REPÚBLICA DE CUBA
Ministerio de Salud Pública



Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis

2019–2023

La Habana, Cuba 2019
"Año 61 de la Revolución"

REPÚBLICA DE CUBA
Ministerio de Salud Pública

Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las **ITS**, el **VIH** y las **hepatitis**

2019–2023

La Habana, Cuba 2019
"Año 61 de la Revolución"

© Colectivo de Autores, 2019
© Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, 2019
© Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades, 2019

Edición: Beatriz Rodríguez
Diseño y maquetación: Roque David

ISBN: 978-959-283-180-3

Departamento del Programa de ITS-VIH/sida y hepatitis, MINSAP
Calle 23 esq. a N, Edificio Soto, El Vedado, La Habana, Cuba
CP 10400
Teléfono: +53 7 831 9273

Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades
Calle 27 no. 707 e/ A y B, El Vedado, La Habana, Cuba
CP 10400
Teléfono: +53 7 831 1606

MINSAP

Prosalud
Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades

REPÚBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

RESOLUCIÓN No. 56

POR CUANTO: La Ley No. 41 "Ley de la Salud Pública" de fecha 13 de julio de 1983, dispone en el Artículo 1) los principios básicos para la regulación de las relaciones sociales en el campo de la salud pública, con el fin de contribuir a garantizar la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el restablecimiento de la salud, la rehabilitación social de los pacientes y la asistencia social y el artículo 54) establece que a los efectos del desarrollo y perfeccionamiento de la prevención, protección y control de la salud en el campo de la higiene y la epidemiología, el Ministerio de Salud Pública promueve estudios e investigaciones en coordinación con los órganos, organismos, e instituciones científicas que corresponda, con la participación activa y organizada de la población, si fuere necesario.

POR CUANTO: El Decreto No. 139 de fecha 4 de febrero de 1989 "Reglamento de la Ley de la Salud Pública" establece en el artículo 123) 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: El Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS) es el responsable de coordinar y estructurar la respuesta intersectorial a la epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y responsable de analizar y proponer las acciones que se consideren necesarias en cada momento.

POR CUANTO: La planificación estratégica multisectorial para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se realiza cada cinco años y se ha evaluado el balance de cumplimiento de los objetivos propuestos en el PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS/VIH/SIDA 2014-2018 y se hace necesario dejar sin efectos la Resolución No. 773 de fecha 27 de diciembre del año 2013 del Ministro de Salud Pública que aprobó dicho Plan, con el objetivo de proyectar nuevos ejes estratégicos en un nuevo período de trabajo, que acelere el progreso hacia el fin de las epidemias de VIH e ITS como problemas de salud pública para el 2030, así como la eliminación de la discriminación en todas sus formas.

POR CUANTO: El período que se inicia 2019-2023 se orienta a consolidar lo alcanzado, reconociendo la introducción de nuevas tecnologías, la formación y capacitación de recursos humanos, el fortalecimiento de la participación comunitaria y de las alianzas con otros sectores; pero el que es imprescindible escalarlo a un nivel superior que permita la identificación temprana de nuevas infecciones, la vinculación de más personas a los servicios de salud y a tratamientos efectivos, procurando la reducción de nuevos casos de

ITS, VIH y hepatitis, reducción de complicaciones y muertes relacionadas con estas entidades; así como la protección de futuras generaciones por medio de la eliminación de la trasmisión materno infantil.

POR CUANTO: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en la meta 3, objetivo 3 exhorta a adoptar medidas específicas contra las infecciones crónicas por virus de la hepatitis y al respecto las propuestas que integran el nuevo Plan Estratégico reconocen el Plan de Acción de la Organización Mundial de la Salud para la prevención y control de las ITS y el VIH 2016-2021, la respuesta a las hepatitis víricas y otros planes sanitarios; así como estrategias innovadoras para acelerar la respuesta al logro de las metas globales "90-90-90" dirigidas a la prevención, la atención y el tratamiento, basados en la cobertura sanitaria gratuita, universal y accesible que garantiza de forma continua el Sistema Nacional de Salud y la participación activa de la comunidad, especialmente los grupos de población clave.

POR TANTO: En el ejercicio de las atribuciones que me están conferidas según el Artículo 100 inciso a) de la Constitución de la República de Cuba,

RESUELVO

PRIMERO: Aprobar el PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS PARA EL PERÍODO 2019-2023, el cual se anexa como Único a la presente Resolución.

SEGUNDO: El Plan que se aprueba tiene alcance multisectorial y los representantes del Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS) pueden proponer a través del Grupo, al que resuelve, las disposiciones específicas que consideren para efectuar una ejecución y control más efectivo en sus ámbitos de competencia.

TERCERO: El Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS) en los territorios es coordinado por los Directores provinciales de salud y en el caso del Municipio Especial Isla de la Juventud por el Director Municipal, como vicepresidentes en los territorios de los Grupos mediante una acción intersectorial de Respuesta Ampliada a la Epidemia, que define temas transversales y objetivos comunes, e indicadores de evaluación, velando por la observancia plena y el respeto de los derechos y garantías de los grupos de población clave.

CUARTO: El Viceministro que atiende las unidades organizativas de higiene, epidemiología, salud ambiental y lucha antivectorial queda encargado de la ejecución y control de lo que por la presente Resolución se dispone.

QUINTO: La presente Resolución entra en vigor al día siguiente de la fecha de su firma.

NOTIFÍQUESE al Viceministro que atiende las unidades organizativas de higiene, epidemiología, salud ambiental y lucha

antivectorial y por su conducto a los integrantes del Grupo de Trabajo en el organismo.

COMUNÍQUESE a los ministros de los organismos y a los jefes de los órganos que integran el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS), a los presidentes de los consejos de administración provincial y municipal y a los Directores Provinciales de Salud y en el caso del Municipio Especial Isla de la Juventud por el Director Municipal.

ARCHÍVESE el original de la presente Resolución, debidamente firmado, en la Dirección Jurídica del organismo.

DADA en el Ministerio de Salud Pública, en La Habana, a los 8 días del mes de marzo de 2019. "Año 61 de la Revolución".

DR. JOSÉ ANGEL PORTAL MIRANDA
Ministro de Salud Pública

Anexo Único
Resolución No. 56/2019

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 15

1 SITUACIÓN ACTUAL 17

1.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO DEL PAÍS 17

1.1.1.Distribución espacial de la población 17

1.1.2.Composición de la población por sexo y edades 18

1.1.3.Mortalidad 19

1.2. CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) 19

1.3. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ITS, LAS HEPATITIS, Y EL VIH Y SUS TENDENCIAS 20

1.4. POBLACIONES EN CONDICIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD 23

1.4.1.Grupos de población clave (GPC) 23

1.4.2.Poblaciones adicionales transversales 24

1.4.3.Grupos vulnerables 24

1.4.4.Caracterización de los grupos de población clave según sistemas de vigilancia biológica y comportamental 25

2 MARCO CONCEPTUAL, REGULADOR Y FACILITADOR DEL PEN 30

2.1. LEGISLACIÓN VIGENTE VINCULADA AL VIH 30

2.2. PROTECCIÓN LEGAL Y SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN CUBA 31

2.3. PERFECCIONAMIENTO DEL MARCO INSTITUCIONAL Y EL SISTEMA JURÍDICO EN RELACIÓN CON LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS 34

2.4. MARCOS INTERNACIONALES CONDUCTORES 35

2.5. MARCO ORGANIZATIVO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS 36

2.5.1.Marco intersectorial 36

2.5.2.Marco asistencial continuo frente a las ITS, el VIH y las hepatitis 38

2.5.3.Respuesta Nacional de la sociedad civil 40

2.5.3.1.Línea de apoyo a personas que viven con el VIH (LAPVV) 40

2.5.3.2.Personas transgénero 40

2.5.3.3.Hombres que tienen sexo con otros hombres 41

2.5.3.4.Personas que practican sexo transaccional 41

2.5.4.Marco de la cooperación internacional 42

3 MARCO DE FINANCIAMIENTO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS 46

3.1. GASTO EN SALUD 46

3.2. GASTO TOTAL EN LA RESPUESTA 46

3.2.1.Marco de transición para la sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH 48

3.2.2.Política de sostenibilidad, transición y cofinanciamiento 49
3.2.3.Seguimiento de los compromisos de cofinanciamiento 53
4 EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DEL PEN 2014-2018 54
4.1. AVANCES DEL PAÍS EN LA RESPUESTA A LAS ITS, LAS HEPATITIS Y AL VIH 55
4.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES BRECHAS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2014-2018 57
4.3. DESAFÍOS CLAVE QUE DEBEN SUPERARSE PARA EL PERÍODO 2019-2023 58
5 MARCO ESTRATÉGICO DEL PEN 2019-2023 60
5.1. PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PEN 60
5.2. VISIÓN Y MISIÓN OBJETIVA AL 2023 61
5.3. MARCOS PARA LA ACCIÓN, ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN 62
5.4. MATRIZ DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2019-2023 63
5.4.1.Definición de objetivos estratégicos 63
5.4.2.Definición de ejes estratégicos 63
5.4.3.Definición de áreas de resultados clave que deben instrumentarse 64
5.4.4.Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E) del PEN 2019-2023 64
5.4.4.1.Metas nacionales 67
5.4.5.Ámbitos del plan 69
5.4.6.Relación entre los objetivos estratégicos y los objetivos mundiales existentes (Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS) 69
5.4.6.1.Alineación de los objetivos estratégicos del presente PEN y los Objetivos de Desarrollo Sostenible 69
5.4.6.2.Fundamentación de la integración de los objetivos con los instrumentos internacionales 71
5.5. PLAN OPERATIVO 72
5.6. ESTIMACIÓN DE LOS COSTOS DE APLICACIÓN DEL PEN PARA 2019-2023 94
5.7. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PEN 95
6 BASES NORMATIVAS 111
6.1. PREVENCIÓN COMBINADA 113
6.1.1.Contribución de las personas que viven con el VIH a la Respuesta Nacional 113
6.1.2.Contribución de la Red de HSH a la Respuesta Nacional 115
6.1.3.Contribución de la Red TRANSCUBA a la Respuesta Nacional 117
6.1.4.Contribución de las personas que practican sexo transaccional 119
6.1.5.Marco de intervenciones integrales dirigidas a poblaciones clave (HSH, PPST y personas transgénero) 120
6.1.6.Paquete básico de servicios para grupos de población clave en el área de salud 124
6.1.7.Metodología del trabajo intersectorial 125
6.1.8.Protocolo de la consejería en ITS-VIH/sida 126
6.2. INFECCIÓN POR EL VIH 131
6.2.1.Protocolo para la vigilancia de la infección por el VIH 131
6.2.2.Procedimientos para el diagnóstico de VIH en adultos y niños mayores de 18 meses 140

6.2.3.Diagnóstico de VIH en niños menores de 18 meses 144
6.2.4.Protocolo de atención integral a personas que viven con el VIH (PVV) 148
6.2.5.Metodología para la atención alimentaria y nutricional a las personas que viven con el VIH 154
6.2.6.Conducta a seguir ante pacientes ingresados en hospitales en los que se sospeche infección por VIH o sida 157
6.2.7.Seguimiento del paciente con diagnóstico tardío 159
6.2.8.Atención integral a niños expuestos a riesgo de infección por VIH durante el embarazo y niños con VIH 160
6.2.9.Protocolo de atención a la gestante seropositiva al VIH 161
6.2.10.Protocolo para el tratamiento con antirretrovirales en adolescentes, adultos y niños con VIH 167
6.2.11.Protocolo para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) 170
6.2.12.Protocolo para la profilaxis posterior a la exposición (PEP) 177
6.2.13.Tratamiento de las principales infecciones oportunistas 180
6.2.14.Quimioprofilaxis primaria de las infecciones oportunistas más frecuentes 183
6.2.15.Quimioprofilaxis secundaria de las infecciones oportunistas más frecuentes 184
6.2.16.Protocolo para la prevención de la coinfección TB/VIH 185
6.2.17.Protocolo para el manejo de la adherencia a tratamiento antirretroviral en la atención primaria de salud 188
6.2.18.Protocolo para la vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales 190
6.3. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL 193
6.3.1.Protocolo para el manejo de las infecciones de transmisión sexual 193
6.3.2.Protocolo de actuación en recién nacidos hijos de madres con VDRL reactiva 213
6.3.3.Protocolo de actuación en hijos de madre con sífilis tratada adecuadamente y con buena respuesta clínica y serológica 215
6.3.4.Protocolo de actuación en recién nacidos con sospecha de sífilis congénita 215
6.3.5.Protocolo para el manejo del síndrome de secreción uretral 218
6.3.6.Protocolo para el manejo del síndrome de flujo vaginal 219
6.3.7.Protocolo para el manejo del síndrome de flujo vaginal en gestantes 220
6.3.8.Protocolo para el manejo del síndrome de flujo vaginal persistente en gestantes ya tratadas sindrómicamente 221
6.3.9.Abordaje de las infecciones de transmisión sexual en menores 222
6.3.10.La enfermera especializada en ITS-VIH/sida en el área de salud 223
6.4. HEPATITIS VIRALES 228
6.4.1.Protocolo para la vigilancia de hepatitis 228
6.4.2.Procedimiento ante serologías de hepatitis B y C reactivas 233
6.4.3.Procedimientos para el estudio y seguimiento de casos de hepatitis B y C 235
6.4.4.Tratamiento y seguimiento de casos de hepatitis B 236
6.4.5.Tratamiento y seguimiento de casos de hepatitis C 238
6.4.6.Prevención de la transmisión maternoinfantil de la hepatitis B 241
6.4.7.Manejo de la gestante con hepatitis B en los diferentes escenarios 241

6.4.8.Manejo de hijos de madres con HBsAg positivo 243
6.4.9.Manejo de la gestante con hepatitis C en los diferentes escenarios 244
6.4.10.Procedimientos para el manejo de donantes de sangre positivos a los virus de las hepatitis B y C 246
6.4.11.Procedimiento ante la exposición ocupacional y no ocupacional a los VHB y VHC 247
ANEXO N.º 1 **252**
ANEXO N.º 2 **254**
ANEXO N.º 3 **256**
ABREVIATURAS Y SIGLAS **260**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS **266**
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA **269**

INTRODUCCIÓN

En Cuba, la planificación estratégica para las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH se realiza cada cinco años. Partiendo de la evaluación de la estrategia que concluye (2014-2018), se identificaron resultados y brechas, y, de su análisis, se proyectaron los nuevos ejes estratégicos que darán la pauta para acelerar el progreso hacia el fin de las epidemias del VIH y las ITS, como problemas de salud pública para el 2030, así como de la discriminación en todas sus formas. Las metas y ejes estratégicos que se proyectan para esta nueva etapa son coherentes con el plan de acción, para la prevención y el control de las ITS y el VIH, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y para el sector salud, para el período 2016-2021; todo a la luz de los desafíos y de cara a la sostenibilidad de la Respuesta Nacional.

Este es el primer Plan Estratégico que incluye las hepatitis víricas, y se ha concebido para contribuir a la consecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y específicamente, la meta 3 del objetivo 3 de dicha agenda, que hace un llamamiento a adoptar medidas específicas contra las infecciones crónicas por el virus de la hepatitis. El Plan aquí propuesto está en consonancia con otros planes sanitarios pertinentes, como los relativos al VIH y las infecciones de transmisión sexual.

Esta estrategia se basa en un marco de cobertura sanitaria universal y está focalizada en todas las etapas del proceso asistencial continuo, y reconoce que, para cerrar las brechas de cada uno de los pilares, es necesario que la sociedad civil continúe participando activamente, en especial los grupos de población clave (GPC).

Este Plan lo respalda una consolidada posición de los compromisos gubernamentales con la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis víricas, manifestada de diversas formas, tales como la sostenibilidad de la Respuesta, el posicionamiento político definido, y las acciones impulsoras de la participación de la sociedad civil organizada y los diferentes actores de la vida social y económica del país. Este nuevo plan propone estrategias innovadoras para acelerar la Respuesta, con el fin de contribuir al logro de las metas globales "90-90-90" con respecto a la prevención, la atención y el tratamiento, armonizándose con los principales instrumentos internacionales.

A continuación, se presenta el Plan Estratégico Nacional para la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis, 2019-2023, como herramienta directriz de las decisiones y acciones que la Respuesta a estas infecciones demandará en los próximos cinco años.

Este nuevo período se orienta a consolidar lo alcanzado y a escalarlo a un nivel que permita la identificación temprana de nuevas infecciones, la vinculación de más personas a los servicios de salud, y a tratamientos efectivos, lo que se verá reflejado en la reducción de nuevos casos de ITS, VIH y hepatitis, en la reducción de complicaciones y muertes relacionadas con estas entidades, así como en la protección de las futuras generaciones contra el VIH, la sífilis congénita y la hepatitis B, por medio de la eliminación de la transmisión maternoinfantil.

1

SITUACIÓN ACTUAL

1.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO DEL PAÍS

El territorio que ocupa la República de Cuba se localiza en un archipiélago integrado por la Isla de Cuba, la Isla de la Juventud y más de 1600 isletas y cayos. Desde su nueva división político-administrativa en 2010 (figura 1), cuenta con 15 provincias y 168 municipios, incluyendo el municipio especial Isla de la Juventud.

Figura 1. Cuba. División Político - Administrativa



Fuente: Tomado de Panorama Económico y Social. Cuba, 2016.

1.1.1. Distribución espacial de la población

La población calculada al cierre del año 2017 resultó de 11 221 060 habitantes, lo que representó una tasa de crecimiento de -1,6 por mil habitantes. Ocurrieron 114 971 nacimientos, 1901 más que el pasado año. En cuanto a las defunciones, con las 106 948 ocurridas, es la primera vez que el país rebasa la cifra de 100 mil; ello significó

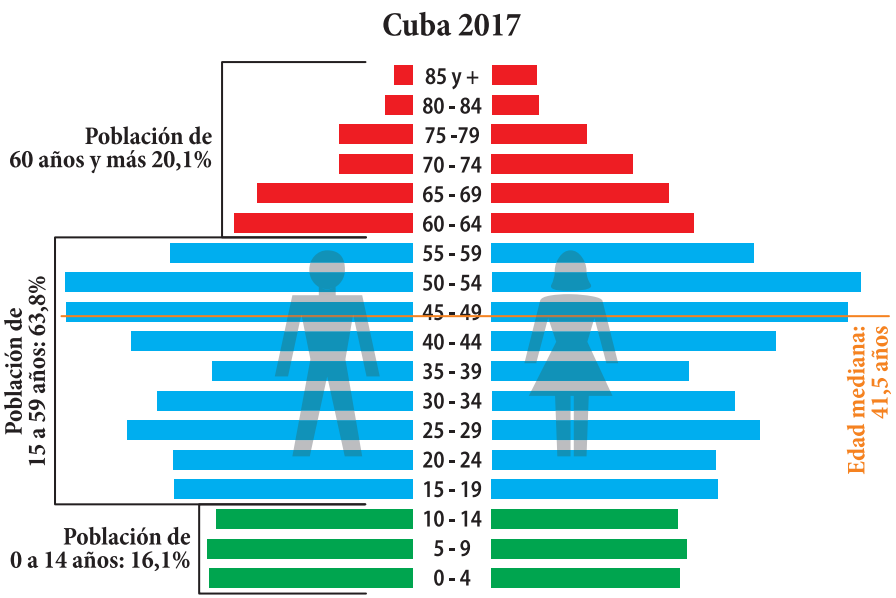
un total de 7540 más que el año anterior. [1] Las migraciones por su parte volvieron a ser de signo negativo y con un valor cercano a las 26 194 personas y superaron a las del año anterior en 8943.

La distribución de la población por los territorios es heterogénea. Solo en La Habana se concentra el 19 % del total de la población del país, y si se une con Holguín y Santiago de Cuba (las otras dos que sobrepasan el millón de habitantes), la cifra se eleva al 37,5 %. Estos tres territorios ocupan apenas el 14,7 % del territorio nacional.

1.1.2. Composición de la población por sexo y edades

En Cuba, al cierre del año 2017, había un total de 5 584 885 varones y 5 636 175 hembras lo que representaba el 49,8 y el 50,2 % del total, respectivamente, para una Relación o Índice de Masculinidad de 991 varones por cada 1000 hembras.[1-3]

Figura 2. Estructura de la población por sexo y edades. Cuba 2017



Fuente: Sistema de Información Estadístico Nacional de Demografía.

Por edades, el valor de este indicador es diferencial, siguiendo en general una tendencia a ser mayor (por encima de 1000) en los primeros años de la vida e ir descendiendo hacia las edades más avanzadas, hasta ubicarse por debajo de 1000 entre los 40 y 44 años (figura 2). Esto se explica porque nacen más varones que hembras, pero también mueren más varones que hembras, lo que se conoce como sobremortalidad masculina. En Cuba, a partir del grupo de edad 40-44, la presencia femenina es mayo-

ritaria, y esto se va haciendo más agudo hacia las edades más avanzadas de la vida, cuando es mayor aún la mortalidad entre los hombres.

Hace años que el país viene transitando por un proceso de envejecimiento poblacional relativamente acelerado. Si se analiza la estructura por edades de la población de 2017, a través de la gráfica conocida como "pirámide de edades", se observa una estrechez de su base, un ensanchamiento al centro y una cúspide en proceso de dilatación; ello indica que han disminuido los efectivos en las edades tempranas y que se incrementan las personas adultas mayores.

1.1.3. Mortalidad

En el año 2017, se reportaron 106 948 defunciones, 7560 más que en el 2016. Según la clasificación en tres grupos de causas de muerte, la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles es la más elevada, 782,3 defunciones por cada 100 000 habitantes; le sigue, en orden decreciente, la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles, las causas de muerte materna, perinatal y nutricional, 89,0, y la mortalidad por causas externas, 71,2.[1]

En relación con las diez primeras causas de muerte, las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con una tasa de 241,6 por 100 000 habitantes, seguida de la muerte por tumores malignos, cuya tasa es de 224,0; ambas causas explican el 49,0 % del total de las defunciones del año 2017.

1.2. CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)

Derecho a la salud

Los esfuerzos gubernamentales están orientados a seguir garantizando el acceso pleno a los servicios de salud, a elevar los indicadores y a lograr que el sistema de salud cubano sea eficiente y sostenible para continuar desarrollándolo, como expresión de dignidad humana y equidad.[3]

Cuba ha continuado consolidando la calidad de su Sistema Nacional de Salud, con cobertura universal y asistencia gratuita, y es su pilar fundamental la Atención Primaria de Salud (APS). Es el país mejor dotado en el número de médicos por habitantes, según la Organización Mundial de la Salud. En 2017, la esperanza de vida al nacer fue de 78,4 años. La tasa de mortalidad en el menor de 1 año fue de 4,0 por cada mil nacidos vivos, la más baja de la historia, y en menores de 5 años se redujo a 5,5 por cada mil nacidos vivos. El porcentaje de supervivencia en esa edad es de 99,5. El 99,9 % de los partos se realizan en instituciones de salud.

El país cuenta con 492 366 trabajadores de la salud y el 71 % son mujeres. La tasa de médicos por 10 mil habitantes es de 81,9, la de estomatólogos 16,6 y la de enfermeras 77,9.[1]

Se ha fortalecido el Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida (PNPCITS-VIH/sida), con notables resultados: la introducción de nuevas tecnologías, la formación y capacitación de recursos humanos; el fortalecimiento de la participación comunitaria y de las alianzas con otros sectores ejemplifican los principales avances.

1.3. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ITS, LAS HEPATITIS, Y EL VIH Y SUS TENDENCIAS

Los primeros casos de VIH en Cuba se diagnosticaron en 1986, y hasta diciembre de 2017 se encontraban viviendo con el VIH 23 500 personas de las 28 659 diagnosticadas en toda la epidemia. El 19 % son mujeres y el 81 % hombres. Han fallecido 5159 personas con VIH, 4636 a causa del sida y el resto por otras causas.*

La principal vía de transmisión es la sexual (99,6 %) y los grupos de edades que más casos han aportado en los últimos cinco años son, en el siguiente orden: 40 a 49 años, 25 a 29, 20 a 24, y 50 y más. Este comportamiento, según edades al diagnóstico, ha variado en relación con períodos previos, en los que predominaban las edades más jóvenes. En toda la epidemia, se han diagnosticado 100 menores de 15 años (0,34 % de todos los casos diagnosticados): de ellos, 53 por transmisión maternoinfantil.

Se mantienen 45 municipios más afectados por la epidemia y en ellos se encuentra el 81 % de todas las personas que viven con el VIH.

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) representan el 70 % del total de casos diagnosticados en el país y el 87,4 % entre los del sexo masculino.

Se mantiene vigente, y se consolida en el período, la política de búsqueda de casos de VIH en grupos de población. En 2017, se realizaron 2,6 millones de pruebas de VIH.

La prevalencia de VIH al cierre de 2017 era de 0,29 % en población de 15 a 49 años, 19,7 % en transgéneros, 5,58 % en hombres que tienen sexo con hombres y 2,82 % en personas que practican sexo transaccional (PPST).

ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el sida) ha estimado que para finales de 2018 existirían en Cuba 31 mil personas viviendo con el VIH. Asumiendo que estas estimaciones son coherentes con la realidad, y tomando como referencia los datos nacionales de personas con VIH esperadas al cierre de 2018 (25,400), existen en el país alrededor de 5 mil personas que tienen VIH y no conocen su estado serológico.

En junio de 2015, el país se convirtió en el primero que eliminó la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita, condición que fue revalidada por la OMS en junio de 2017 (ver tabla 1).

La Respuesta al VIH en Cuba puede mostrar impactos relevantes, tanto en las muertes evitadas como en las nuevas infecciones por VIH, en dependencia de la aplicación eficaz de la acción acelerada, como puede apreciarse en la figura 3 y 4.

Sin embargo, la búsqueda activa de casos en grupos clave para alcanzar el primer 90 puede comprometer, a corto plazo, los indicadores de incidencia y prevalencia (figura 5).

La sífilis y la gonorrea fueron, entre todas las infecciones transmitidas sexualmente, las que primero fueron atendidas mediante programas de control. Posteriormente, desde 1996, todas las ITS se integraron en un solo programa que también incluyó a los síndromes de ITS.

Fueron unificados los protocolos de actuación, intensificadas las acciones de prevención y mejorado el reporte estadístico de casos.

---

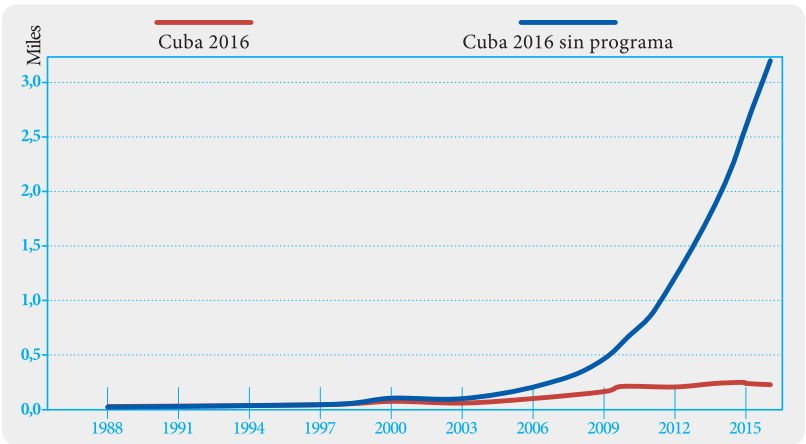
* Registro informatizado VIH/sida, MINSAP, 2017.

Tabla 1. Resumen de indicadores de resultados e impacto. Cierre de 2017

Indicadores	Resultados
Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y viven con el VIH	5,58
Porcentaje de personas transgénero que viven con el VIH	19,70
Porcentaje de trabajadores sexuales que viven con el VIH	2,82
Porcentaje de adultos y niños con VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de iniciar la terapia antirretroviral	95,84
Porcentaje de personas que viven con el VIH que actualmente reciben tratamiento antirretroviral	82,72
Porcentaje de personas que viven con el VIH que están en TAR, que tienen una carga viral (CV) suprimida a los 12 meses (< 1000 copias/ml)	70,77
Porcentaje de personas que viven con VIH que iniciaron TAR con un recuento de CD4 de < 200 células/mm^3	15,75

Fuente: Registro informatizado de VIH/sida, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 2017 y Encuesta de indicadores de prevención, ONEI, La Habana, 2017.

Figura 3. Impacto de muertes evitadas por la acción de la Respuesta al VIH en Cuba*



Fuente: Valores de Spectrum con acciones del programa de VIH en Cuba considerando TAR y entrega de condones vs. sin TAR ni entrega de condones.

Durante el período 2014-2018, se presentó un incremento anual del reporte de sífilis, estabilizado en 2017, donde el incremento en relación con el 2016 fue de un 2 %. Si bien no se apreciaron diferencias significativas en cuanto al comportamiento por sexo, ha predominado el reporte en hombres y entre ellos en hombres que tienen sexo con hombres.

En igual período, disminuyó la notificación de casos de condiloma acuminado, gonorrea y todos los síndromes de ITS.

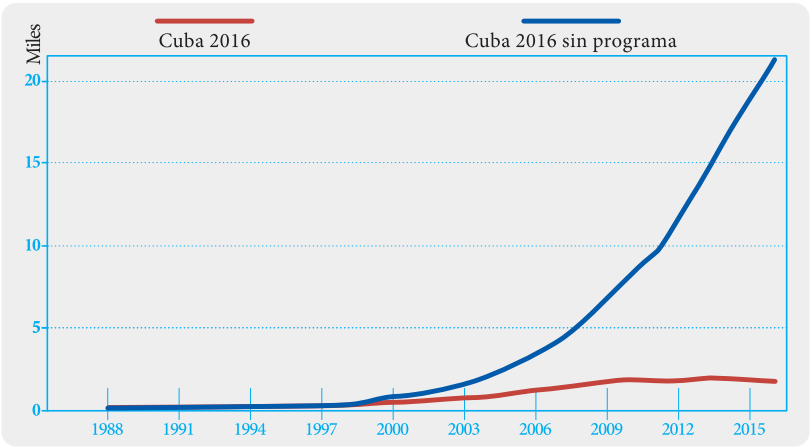
Se intensificó la búsqueda de casos de sífilis. Al cierre del 2017 se realizaron dos millones de pruebas de detección, el 47,2 % en poblaciones clave.**

* Nota técnica: Corrida de Spectrum con acciones del programa en TAR y entrega de condones, y si no hubieran estado disponibles los tratamientos y condones. Los resultados muestran que en el 2016 se han evitado más de 3000 muertes por causa del VIH.

** Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Departamento de ITS-VIH/sida. Informe de resultados. La Habana: MINSAP, 2017.

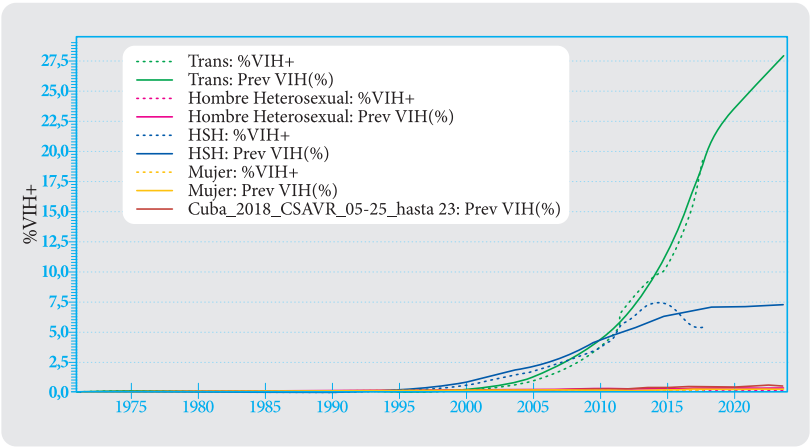
Se mantienen cumplidos los indicadores de la estrategia de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita.

Figura 4. Impacto de nuevas infecciones evitadas por la acción de la Respuesta al VIH en Cuba*



Fuente: Valores de Spectrum con acciones del programa de VIH en Cuba considerando TAR y entrega de condones vs. sin TAR ni entrega de condones.

Figura 5. Pronóstico de nuevas infecciones para el 2020 aplicando las metas urgentes**



Fuente: Valores de Spectrum.

Las hepatitis virales representan una elevada carga de enfermedad y mortalidad a nivel mundial; son la octava causa de mortalidad en todo el mundo. Se estima que cada año

* Nota técnica: Corrida de Spectrum con acciones del programa en TAR y entrega de condones, y si no hubieran estado disponibles los tratamientos y condones. Los resultados muestran que en el 2016 se evitaron más de 20 000 nuevas infecciones por VIH.

** Nota técnica: Corrida de Spectrum con acciones del programa en TAR y entrega de condones, y si no hubieran estado disponibles los tratamientos y condones. Los resultados muestran que en el 2016 se evitaron más de 20 000 nuevas infecciones por VIH.

ocasionan 1,4 millones de muertes por infección aguda y por cáncer hepático, y cirrosis, relacionadas con las hepatitis; una mortalidad comparable a la del VIH y la tuberculosis.

Como parte del impulso mundial para eliminar las hepatitis virales, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas han servido de ejemplo para la adopción de medidas a escala mundial.

La OMS ha elaborado directrices, estrategias y planes destinados a apoyar las respuestas nacionales. Cuba intensifica su avance relacionado con el conocimiento de las hepatitis virales, su prevención y control; la identificación y notificación obligatoria; la búsqueda de casos en las embarazadas, donantes de sangre y pacientes con insuficiencia renal crónica en los servicios de hemodiálisis.

La pesquisa con el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) de las gestantes se inició en 1986; la vacunación a todos los recién nacidos se introdujo en 1992, y, en 2008, se comenzó la aplicación de la Gamma Globulina Hiperinmune B (HBIg). En los años sucesivos, se extendió la vacunación a la población preescolar, escolares, adolescentes, adultos jóvenes, población de riesgo y personal de salud ocupacionalmente expuesto, lo que posibilitó la reducción de la prevalencia de hepatitis B en la población general y de riesgo. En la actualidad, la gran mayoría de la población menor de 35 años se encuentra protegida contra la hepatitis viral B.

Existe una drástica reducción de la incidencia de la hepatitis B en la población general (más del 98 %). Las coberturas anuales de vacunación son cercanas al 100 %. Después de más de 25 años de vacunación, la tasa de nuevas infecciones se ha reducido de 20,2 en 1992 a 0,5 x 100 000 habitantes en 2017.[1]

Actualmente, el principal problema de salud lo constituye la hepatitis C, la cual afecta fundamentalmente a personas que reciben tratamiento dialítico por insuficiencia renal crónica, seguido por las personas con VIH. En población donante de sangre, se ha estimado una prevalencia de 0,9 %. En Cuba, el genotipo 1b es el causante de la mayoría de las infecciones por el virus de la hepatitis C (VHC).

La mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado ocupan el noveno lugar dentro de las principales causas de muerte en nuestro país, donde las muertes relacionadas con el virus de la hepatitis B aportan el 28,1 % de esas muertes y el virus C el 62 %. Desde el año 2000 al 2017 hubo un incremento de la mortalidad por estas causas en un 75,9 %.[1]

1.4. POBLACIONES EN CONDICIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD

1.4.1. Grupos de población clave (GPC)

La heterogeneidad del comportamiento de las ITS, el VIH y las hepatitis víricas subraya la importancia de identificar los grupos de población clave y grupos vulnerables para planificar y programar de forma eficiente los servicios de prevención, tratamiento y atención.

Los **grupos de población clave** son grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local. Además, suelen enfrentarse a los "problemas jurídicos y sociales" a causa de estos comportamientos que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Los grupos de población clave son importantes para la dinámica de la transmisión del VIH y constituyen asociados esenciales para lograr una respuesta eficaz a la epidemia.[4]

En correspondencia con los datos de prevalencia disponibles y los principales riesgos asociados a la infección por el VIH, las hepatitis y otras ITS, se han identificado los siguientes ***subgrupos de población clave*** hacia los que se dirigen intervenciones preventivas específicas:

Grupos de población clave
• *Personas transgénero;*
• *Hombres que tienen sexo con hombres;*
• *Personas que practican sexo transaccional y sus parejas;*
• *Personas que viven con el VIH (PVV) y sus parejas.*

Las personas transgénero habían sido agrupadas en la categoría de HSH (hombres que tienen sexo con hombres), en todos los estudios de comportamiento y de prevalencia de infecciones de transmisión sexual y VIH, hasta el año 2012, cuando debido a la organización y presión de la Red de Transgéneros en Cuba, y a las consideraciones planteadas en los diferentes escenarios internacionales, y, en particular, en la Conferencia Mundial de sida realizada en México, en el mes de agosto de 2008, se propuso considerarlas como un grupo separado de los HSH por la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, tanto para la notificación obligatoria en salud pública relacionada con la vigilancia epidemiológica, como para la realización de estudios epidemiológicos o de comportamiento, y por supuesto, para intervenciones de promoción y prevención.[4]

1.4.2. Poblaciones adicionales transversales

Las mujeres, en toda su diversidad, experimentan una creciente vulnerabilidad biológica a las ITS, el VIH y las hepatitis y están expuestas de manera desproporcionada a la violencia y otras formas de opresión de género que aumentan el riesgo de contraer estas infecciones. **Las personas jóvenes** se enfrentan a dificultades ya que las políticas relacionadas con la edad pueden obstaculizar su capacidad para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR).

1.4.3. Grupos vulnerables

Siempre es importante analizar la epidemiología, pero en todos los contextos hay grupos y comunidades que quedan fuera de la definición de "grupos de población clave" ofrecida anteriormente, pero experimentan una vulnerabilidad y repercusión mayores frente a las ITS, al VIH y las hepatitis. Estos pueden incluir a personas cuyos contextos o situaciones les hacen especialmente vulnerables, o que sufren desigualdad,

prejuicios, marginación y limitaciones en sus derechos sociales, económicos, culturales y de otro tipo.

En aras de centrar la atención en ellos, para formular y adaptar los servicios adecuadamente, se definen los siguientes **grupos vulnerables:**

Grupos vulnerables
• *Niños nacidos de madres con diagnóstico de sífilis, VIH y hepatitis B;*
• *Personas con discapacidad;*
• *Parejas sexuales de personas con ITS, VIH y hepatitis B y C;*
• *Pacientes que han sido multitransfundidos;*
• *Receptores de sangre y productos sanguíneos, tejidos y órganos (VHB y VHC);*
• *Pacientes con necesidad de terapia de reemplazo renal del tipo hemodiálisis (VHB y VHC);*
• *Hemofílicos (VIH, VHB y VHC);*
• *Profesionales de la salud expuestos al contacto con sangre o fluidos corporales (VHB y VHC);*
• *Las personas con coinfecciones:*
– *Hepatitis B y C combinadas;*
– *Hepatitis víricas y tuberculosis; y*
– *VIH y hepatitis víricas.*

1.4.4. Caracterización de los grupos de población clave según sistemas de vigilancia biológica y comportamental

Personas transgénero

- En las personas transgénero, estimadas en 3 700, de acuerdo con la identidad de género asumida, hay un predominio de mujeres transgénero (95,6 % mujeres vs. 4,4 % hombres);[2]
- Según el color de la piel, el 46,7 % de las personas transgénero son blancas, el 37,2 % negras y el 16,1 % mestizas;
- En cuanto al nivel de instrucción, a diferencia de lo que ocurre en la población cubana, las personas transgénero son en su mayoría de bajo nivel. El 92,6 % tienen enseñanza media a lo sumo, el 4,6 % tienen nivel medio superior vencido y un 2,8 % son universitarias;
- Solo algo más de un tercio (39,9 %) se encuentra vinculada al estudio o al trabajo, el 43 % está buscando trabajo, un 0,8 % son pensionadas, el 2,4 % se dedica a los quehaceres del hogar, el 3 % no realiza ninguna actividad y el 11 % se encuentra en "otra situación" no contemplada en las categorías anteriores;
- Son más comunes en las zonas urbanas del país que en las rurales;
- En su mayoría, son personas solteras (56,6 %) y un 33,5 % se encuentran unidas o casadas;

- Cerca de la mitad (47,8 %) recibieron durante el pasado año agresiones físicas por parte de sus parejas, un 57,8 % fueron víctimas de violencia sexual y casi la totalidad (96,5 %) recibieron el impacto de la violencia psicológica;
- Menos de la mitad (42,6 %) usa condón en las relaciones sexuales con parejas ocasionales; y
- El 41,8 % se ha realizado la prueba para conocer su estado serológico respecto al VIH alguna vez.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

- Los HSH, estimados en alrededor de un cuarto de millón (279 531), representan el 9,4 % de los hombres cubanos y el 10,5 % de los que han tenido relaciones sexuales;
- Seis de cada 10 (64,1 %) son bisexuales y un 4,4 % practica sexo transaccional;
- Tienen una edad media de 33,3 años;
- Según color de la piel, la proporción de blancos es relativamente superior a la que se registra en población masculina;
- Tienen como promedio un alto nivel de instrucción, el 69,6 % tienen enseñanza media superior o enseñanza superior terminada y entre ellos el 13,2 % son universitarios;
- El 86 % tienen una vida activa frente al trabajo o el estudio, el 5 % se dedica a labores domésticas y un 2,4 % busca trabajo;
- Por zonas de residencia, representan el 9,9 % de los hombres residentes en cabeceras provinciales, el 9,2 % entre los residentes en el resto de la zona urbana y el 8,9 % de los que viven en la zona rural;
- Se caracterizan por tener menor movilidad territorial que el resto de la población y por ser uno de los grupos en estudio que con mayor frecuencia ingiere bebidas alcohólicas;
- El uso del condón en la última relación de sexo anal con otro hombre también se ha incrementado, aunque se mantiene por debajo del uso con pareja ocasional en general (51,5 % en 2013, 56,9 % en 2015 y 63,9 % en 2017). En el 2017, declararon "siempre usar condón" el 63 % de los HSH;
- La mayoría de los HSH conoce dónde hacerse la prueba del VIH (89,3 %), pero solo alrededor de un tercio (37,1 %) se hizo la prueba durante el 2017;
- Los HSH constituyen los grupos mayormente afectados por la violencia física o sexual por parte de su pareja en el último año (11,0 %).

Personas que practican sexo transaccional (PPST)

- Las PPST estimadas en 82 603 personas representan el 1,4 % de la población de 12 a 49 años, el 1,5 % de los hombres y el 1,3 % de las mujeres;
- Este tipo de práctica, en el caso cubano, es más frecuente entre los varones;
- La cuarta parte (26,5 %) de los hombres que practican sexo transaccional tienen prácticas homo-bisexuales, en tanto el resto realiza este tipo de intercambio con mujeres;
- Algo más de la mitad de las personas transgénero (52,1 %) se involucra en este tipo de intercambio;

- Por zona de residencia, este tipo de práctica es más frecuente en la parte urbana del país;
- Se registran diferencias significativas entre los géneros de las PPST en relación con el color de la piel;
- Las PPST son, en general, relativamente menos instruidas que el resto de la población;
- El inicio de las relaciones sexuales ocurre hacia la mitad de la adolescencia, y es los 15 años la edad más frecuente para ambos sexos;
- El uso del condón en la última relación sexual se ha incrementado (76,35 % en 2015 y 78,1 % en 2017). En el 2017, declararon "siempre usar condón" el 63,9 %;
- La mayoría de los PPST conoce dónde hacerse la prueba del VIH (89,3 %), pero solo 46,9 % se hizo la prueba durante el 2017;
- Las poblaciones PPST, que además tienen pareja estable, constituyen los grupos mayormente afectados por la violencia física o sexual por parte de su pareja.

Personas que viven con el VIH (PVV)

- Las personas que viven con el VIH en Cuba, en diciembre de 2017, representaban el 0,3 % de la población de 12 a 49 años;
- En el 2017, la edad promedio de las personas que viven con el VIH fue de 39,8 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 dentro de ese rango de edades;
- En 2017, en La Habana, residía el 45 % de las personas que viven con el VIH y el resto se distribuía mayormente en las provincias de Santiago de Cuba, Camagüey, Villa Clara y Granma;
- En general, tienen un alto nivel educacional, y son las mujeres que viven con el VIH relativamente menos instruidas que los hombres con VIH;[5-7]
- 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 % vs. 34,9 % respectivamente) y, en consecuencia, son en comparación menores las proporciones de personas que viven con el VIH con color de la piel blanca (54,0 % vs. 65,1 % respectivamente).

Adolescentes y jóvenes

- La población entre 10 y 29 años de edad es esencialmente urbana y representa el 24,9 % del total de la población;[2]
- El inicio de las relaciones sexuales ocurre hacia la mitad de la adolescencia; los 16 años es la edad más frecuente para ambos sexos;[6]
- Por grupos de edades se aprecia cómo, de forma escalonada, tanto en hombres como en mujeres, e independientemente de su orientación sexual, se ha venido incrementando a lo largo del tiempo el uso del condón en la primera relación sexual;

- El 94,5 % de los adolescentes y jóvenes tiene alguna información respecto al VIH, proporcionada principalmente por los medios de comunicación y los materiales promocionales;
- Solo el 32,4 % tiene conocimiento perfecto sobre el VIH y persiste un 17 % con mitos y falsas creencias sobre el VIH;
- Apenas el 20,9 % fue alcanzado por programas de prevención al VIH en el último año;
- El 56 % recibió información sobre el uso de condón y solo el 22,3 % recibió una muestra de condón gratis;
- El 58,1 % de los adolescentes y jóvenes nunca se ha realizado la prueba del VIH, principalmente por estar seguros de no estar infectados;
- El 91,1 % sabe adónde dirigirse para realizarse la prueba del VIH;
- Poco más del 40 % ha pensado alguna vez en hacerse la prueba del VIH;
- El 28,4 % se realizó la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el 95,7 % conoce los resultados;
- El 87 % de las pruebas del VIH realizadas fueron indicadas por un personal de salud, acompañadas mayoritariamente de la respectiva consejería;
- El 5 % ha evitado los servicios de salud por causa del estigma y la discriminación, especialmente los adolescentes (7 %);
- El 83,5 % usó condón en la última relación sexual;
- El 16 % de las mujeres y el 7 % de los hombres jóvenes de 15 a 19 están casadas actualmente o en unión;[6]
- La edad promedio de las madres al procrear se desplaza alrededor de los 28 a 30 años. Usa algún método anticonceptivo el 67 % de las adolescentes activas sexualmente, valor inferior al 76 % en el uso, en las mujeres entre 20 y 24 años o de edades más avanzadas;[8]
- Son el condón, el dispositivo intrauterino (DIU) y la píldora, los métodos más utilizados por las adolescentes cubanas;
- El 11,8 % de los adolescentes fuma, el 35,7 % ingiere bebidas alcohólicas y un 1,7 % confiesa que consume sustancias tóxicas;[8]

Mujeres

- En Cuba, al cierre del año 2017, había un total de 5 636 175 mujeres lo que representa el 50,2 % del total de la población, para una Relación o Índice de Masculinidad de 991 varones por cada 1000 hembras;[2]
- En Cuba, a partir del grupo de edad de 40 a 44, la presencia femenina es mayoritaria;
- El 61,0 % de las mujeres en edad laboral se encuentra económicamente activa;
- En sentido general, exhiben alto grado de instrucción;
- En el ámbito ocupacional, la mujer cubana está presente en todas las categorías ocupacionales, con predominio en las categorías técnicas y administrativas;
- Las mujeres cubanas residen en la zona urbana en un 78,7 %;
- La población en edad fértil se estima en 2 649 968 mujeres;

- La tasa de fecundidad general es de 43,0 nacidos vivos por 1000 mujeres de 15 a 49 años;*
- El 8 % de las mujeres de 15 a 49 años tienen necesidades no satisfechas de anticoncepción, y se destaca el grupo de mujeres de 15 a 19 años donde este indicador es de 22 %;[6]
- La maternidad temprana es más frecuente en las mujeres de más bajo nivel educacional, así como en el área rural;
- El 4 % de las mujeres opina que es justificado que el esposo o pareja golpee a su esposa, mientras que esta misma opinión la tienen el 7 % de los hombres entrevistados;
- Solo el 60 % de las mujeres cuentan con un conocimiento integral sobre los métodos de prevención y la transmisión del VIH;
- El 97 % de las mujeres en edad reproductiva conoce un lugar donde se pueden hacer las pruebas de VIH y alrededor del 32,1 % se la ha realizado, en los últimos 12 meses, y conoce el resultado;[2]
- El 52 % de las mujeres con más de una pareja en los últimos 12 meses reporta el uso del condón, el cual aumenta entre las mujeres más jóvenes y las que tienen un mayor nivel escolar.

* Nota técnica: Número promedio de hijas por mujer.

2

MARCO CONCEPTUAL, REGULADOR Y FACILITADOR DEL PEN

2.1. LEGISLACIÓN VIGENTE VINCULADA AL VIH

La Ley n.º 41, del 13 de julio de 1983, "Ley de la Salud Pública", en su artículo e) establece que "El Ministerio de Salud Pública tiene a su cargo la rectoría metodológica, técnica y científica en la prestación de los servicios, elabora el Plan Ramal de la Salud Pública y regula el ejercicio de la medicina y de las actividades que le son afines, fijando las condiciones, requisitos y limitaciones de las mismas".

El Decreto n.º 139, del 4 de febrero de 1989, "Reglamento de la Ley de la Salud Pública", en su artículo n.º 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".[9]

a) Legislación vigente en materia administrativa

Decreto-Ley n.º 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 Ministerial n.º 141, del 21 de agosto de 2000, define los medicamentos que serán asignados de forma gratuita a las personas que viven con el VIH.

b) 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 personas que viven con el VIH. La seropositividad en sí 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 n.º 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 él mismo, tiene derecho a trabajar; la seropositividad no constituye una limitante para acceder al empleo.

Ley n.º 116, del 22 de diciembre de 2013, "Código del Trabajo" en su artículo 116 establece que "El trabajador cobra el salario que corresponde al tiempo de la jornada laboral a la que asiste con conocimiento del empleador y lo acredita, de acuerdo con las regulaciones que para cada caso establece la ley, cuando concurra los motivos siguientes:
k) Asistir a consultas médicas programadas para los trabajadores portadores del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (sida).

c) Legislación vigente en materia civil

En cuanto a los derechos que en materia civil puedan o deban tener las personas que viven con el 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 personas que viven con el VIH.

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.

d) Legislación vigente en materia penal

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

2.2. PROTECCIÓN LEGAL Y SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA EN CUBA

El Estado cubano garantiza la protección integral de la niñez y la juventud acorde a los principios de desarrollo de la sociedad socialista cubana, y para ello la Constitución de

la República, en su artículo 40, establece que "la niñez y la juventud disfrutan de particular protección por parte del Estado y la sociedad".[10]

Los principios establecidos por la legislación cubana para el tratamiento y atención a menores, están en consonancia con los principios internacionalmente adoptados para el tratamiento de la temática.

El gobierno cubano es signatario de las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de Justicia de Menores, del 29 de noviembre de 1985 –Reglas de Beijing–; las Directrices de Naciones Unidas para la Prevención de la Delincuencia Juvenil –Directrices de RIAD– del 14 de diciembre de 1990; las reglas de Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad, del 14 de diciembre de 1990; el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía infantil, 2000; Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la participación de los niños en los conflictos armados y de la Convención de los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1990.

Para los efectos de la Convención de los Derechos del Niño, en el Artículo 1 / Parte I, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad. La Ley n.º 59/89 "Código Civil Cubano" en el artículo 29, apartado primero declara "La plena capacidad para ejercer los derechos y realizar actos jurídicos se adquiere por arribar a la mayoría de edad, que comienza a los 18 años cumplidos".[11]

Para asegurar el disfrute pleno de los derechos y la protección de los niños, niñas y adolescentes cubanos, el Estado cubano ha promulgado un conjunto de normas jurídicas complementarias, todo lo cual constituye una genuina expresión de su voluntad política, entre las que se destacan:

- "Código de la Niñez y la Juventud", que regula la participación de los niños y jóvenes en la construcción de la sociedad y establece obligaciones de las personas, organismos e instituciones que intervienen en su educación;
- "Código de Familia", del 14 de febrero de 1975, y la Ley n.º 62, del 29 de diciembre de 1987, "Código Penal", que regula jurídicamente las instituciones de familias y las relaciones paterno-filiales, entre otras actividades:
  - La responsabilidad legal es exigible a las personas naturales, a partir de los 16 años de edad cumplidos en el momento de cometer el acto punible. Artículo 16.1.
  - Están autorizados a formalizar matrimonio los mayores de 18 años de edad. (Excepcionalmente, siempre que la hembra haya cumplido 14 años y el varón 16 años, y con autorización de sus padres o el representante legal. No pueden contraer matrimonio las menores de 14 años y los varones menores de 16 años de edad). Art. 3 (modificado).

La familia, la escuela, los organismos estatales y las organizaciones de masas y sociales tienen el deber de prestar especial atención a la formación integral de la niñez y la juventud.

El Sistema de Salud pública prioriza este segmento poblacional, y sus principales lineamientos están contenidos en el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia aprobado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), en la actualidad, vigente para el período 2013-2018.

En el citado programa, se precisan algunos criterios bioéticos para la Atención Integral a las y los adolescentes, entre los que se destacan los siguientes:

- Realizar el examen físico con privacidad, confidencialidad y la presencia de un adulto o representante legal en los menores de 16 años;
- Aplicar el consentimiento informado para adolescentes y familiares con representación de menores de 16 años, y con información continua durante todo el proceso de atención;
- Los y las adolescentes menores de 16 años no deben asistir solos a las consultas, pero siempre deben ser atendidos y orientados para una nueva consulta con sus padres, familiares o representante legal;
- No se recomienda hacer recetas ni entregar medicamentos, ni realizar procederes médicos, a menores de 16 años sin la presencia de sus padres, familiares o representante legal.

El país continúa fortaleciendo y perfeccionando su marco institucional y su sistema jurídico, con modificaciones y propuestas que se corresponden con las necesidades de los adolescentes cubanos y los estándares internacionales en la materia. En tal sentido, y como parte del seguimiento al plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, y para dar solución progresiva a las principales recomendaciones realizadas por la OMS/OPS, se han identificado cuatro prioridades claves para avanzar en el próximo período 2019-2023:

1. Concluir estudio que defina los límites legales del adolescente para el acceso a los servicios e insumos de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), y de VIH, u otro procedimiento sin el consentimiento de padres o tutores legales, incluyendo el acceso libre y gratuito a la prueba del VIH, los condones masculinos y femeninos, la anticoncepción oral de emergencia, la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y demás servicios e insumos de SSR.
2. Revisión del marco legal vigente para asegurar que se facilite el acceso equitativo y universal de los y las adolescentes a los servicios necesarios para el mantenimiento de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita.
3. Presentar resultados del estudio en las direcciones provinciales de salud.
4. Monitorear y evaluar la implementación de las modificaciones.

2.3. PERFECCIONAMIENTO DEL MARCO INSTITUCIONAL Y EL SISTEMA JURÍDICO EN RELACIÓN CON LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS

En junio de 2017, la Asamblea Nacional del Poder Popular aprobó el documento **Proyecto de Conceptualización del Modelo Económico y Social Cubano de Desarrollo Socialista,** y las bases del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030, que contribuyen al fortalecimiento de la institucionalidad del país.[3]

Cuba continúa fortaleciendo y perfeccionando su marco institucional y su sistema jurídico, con modificaciones y propuestas que se corresponden con las necesidades de la sociedad cubana y los estándares internacionales en la materia. Como parte del proceso de actualización del modelo cubano de desarrollo económico y social, se han revisado, actualizado y modificado un número significativo de normas jurídicas, mientras que otras están en estudio.

- La Ley n.º 116, del 22 de diciembre de 2013, "Código del Trabajo", en su artículo 2 establece los principios fundamentales que rigen el derecho de los trabajadores: b) igualdad en el trabajo; todo ciudadano en condiciones de trabajar tiene derecho a obtener un empleo atendiendo a las exigencias de la economía y a su elección, tanto en el sector estatal como no estatal; sin discriminación por el color de la piel, género, creencias religiosas, orientación sexual, origen territorial, discapacidad y cualquier otra distinción lesiva a la dignidad humana;
- El 20 de junio de 2013, Cuba se adhirió al Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional;
- Desde noviembre de 2014, la Fiscalía General de la República (FGR) dispuso vías alternativas para la atención a la ciudadanía, con el propósito de ampliar los mecanismos para canalizar las preocupaciones y/o quejas de la población. Estas vías ofrecen a los ciudadanos asesoría en cuestiones vinculadas a la protección de sus derechos humanos;
- En enero de 2015, se aprobó la Estrategia de Comunicación Social para Adolescentes y Jóvenes cubanos, en la que se da cobertura a las principales inquietudes cognitivas y de ocio de estos públicos;
- El 8 de diciembre de 2016, se promulgaron el Decreto-Ley n.º 339, "De la maternidad de la trabajadora", y el Decreto-Ley n.º 340, "Modificativo de Regímenes Especiales de Seguridad Social en cuanto a la Protección a la Maternidad";
- La violencia entre las personas se combate en todas sus formas. Sus expresiones más graves están sancionadas por la ley, incluyendo la violencia doméstica. En el 2016, la Fiscalía General y la Federación de Mujeres Cubanas firmaron un Convenio de colaboración para la utilización de la vía alternativa (telefónica) para denunciar hechos de violencia contra las mujeres;

- Se han logrado avances sostenidos en la lucha contra la discriminación por motivo de orientación sexual. El documento Proyecto de Conceptualización del Modelo Económico y Social Cubano de Desarrollo Socialista, contempló el enfrentamiento a toda forma de discriminación, que incluye motivos de identidad de género y orientación sexual, entre los principios que sustentan el Modelo;
- La sociedad civil cubana se consolida como un actor cada vez más importante en el panorama nacional;
- Como parte del proceso de actualización del modelo cubano de desarrollo económico y social, se han propuesto los siguientes lineamientos de la política económica para la Salud Pública, para el período 2016-2021:[12]

123. Elevar la calidad del servicio que se brinda, el cumplimiento de la ética médica, lograr la satisfacción de la población. Garantizar la utilización eficiente de los recursos, el ahorro y la eliminación de gastos innecesarios.

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

125. Garantizar la sostenibilidad de las acciones interdisciplinarias, sectoriales, intersectoriales y comunitarias.

126. Dar continuidad al proceso de reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud, con la calidad necesaria. Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente.

127. Consolidar el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población.

130. Garantizar la formación, desarrollo y estabilidad de los especialistas médicos para dar respuesta a las necesidades del país.

2.4. MARCOS INTERNACIONALES CONDUCTORES

A nivel internacional, existen una serie de instrumentos legales, normativas, convenios, declaraciones y directrices técnicas que buscan garantizar los derechos de las personas con ITS, VIH y hepatitis. El país ha adquirido estos compromisos y los mismos constituyen el fundamento normativo que establece este Plan Estratégico. Entre ellos se destacan los siguientes:

- Declaración política de las Naciones Unidas de 2016 para poner fin a la epidemia del sida: Metas y compromisos mundiales de prevención para 2020;[13]
- Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave, OMS, julio de 2016;[14]
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Objetivo 3 ("Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades"), Objetivo 5 (Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas); Objetivo 17 (Fortalecer

los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible), 2015;[15]
- Acción acelerada: Metas 90-90-90 y Estrategia "En la Ruta Acelerada para terminar con el sida", ONUSIDA, 2016-2021;[16]
- Declaración de París: Acción acelerada en las ciudades: poner fin a la epidemia de sida, 1.º de diciembre de 2014;[17]
- Directrices de OMS, 2013 y 2015, y Tratamiento 2.0 de la OMS;[18]
- Declaración de la Consulta de las Américas 2012, Ministros de Educación: "Una nueva cultura de la salud en el contexto escolar";[19]
- Declaración de Ministros de Salud y Educación, México, 2008;[20]
- Tres Unos en acción (Dónde estamos, a dónde nos dirigimos), 2003.[21]

Cuba mantiene su compromiso con la normativa internacional de derechos humanos. El país ha ratificado 44 de los 61 instrumentos internacionales en materia de derechos humanos (72,13 %), lo que coloca a Cuba dentro del grupo de Estados miembros de la ONU con mayor número de ratificaciones de instrumentos de este tipo.[3]

Instrumentos internacionales de los que Cuba es Estado parte:

- *Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial;*
- *Convenio 111 OIT relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación;*
- *Convenio para la represión de la trata de personas y de la explotación de la prostitución ajena;*
- *Convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales;*
- *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), ratificada en 1986;*
- *Convención sobre los Derechos del Niño, tratado internacional de Naciones Unidas firmado en 1989; en la defensa de la niñez, el país supera las obligaciones de la Convención sobre los Derechos del Niño;*
- *Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución y la Pornografía Infantil;*
- *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.*

2.5. MARCO ORGANIZATIVO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS

2.5.1. Marco intersectorial

La Respuesta al VIH es multisectorial. Fue creada desde los primeros años de la epidemia, por decisión del gobierno, el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida (GOPELS), que está integrado por representantes de todos los organismos del Estado, con la responsabilidad de evaluar periódicamente las estrategias de preven-

ción y control de la epidemia desde el punto de vista multisectorial. Este órgano es coordinado en los territorios por los directores provinciales y municipales de salud, en su condición de vicepresidentes de los Consejos de la Administración Provinciales (CAP) y los Consejos de la Administración Municipales (CAM), y son monitoreados por los presidentes de las Asambleas del Poder Popular, con una orientación de liderazgo compartido.

La base metodológica que respalda la acción intersectorial es la Respuesta Ampliada a la Epidemia, que define temas transversales y objetivos comunes, establece los espacios de encuentro, instituye estrategias de coordinación y define indicadores de evaluación de la acción intersectorial, velando siempre por la plena observancia y respeto de los derechos y garantías de los grupos de población clave.

Para el trabajo de coordinación, seguimiento y evaluación de la Respuesta Ampliada a la Epidemia, se conforman tres grupos de trabajo intersectorial:

- Legal: integrado por los organismos e instituciones cuyo objeto social están vinculados con los aspectos legales;
- Comunicación: constituido por los medios masivos de comunicación y otros que puedan asesorar en el tema; y
- Prevención: compuesto por el resto de los sectores sociales.

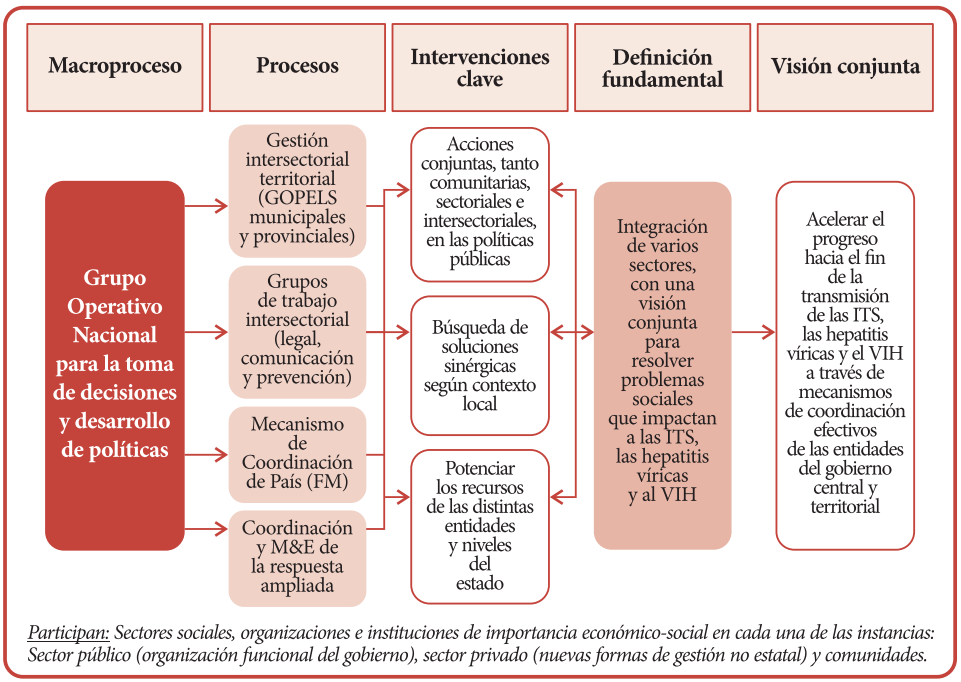
La coordinación del trabajo en los procesos de planeación, ejecución y seguimiento de los programas financiados por el Fondo Mundial (FM) se realiza a través de los GOPELS provinciales y municipales con el asesoramiento técnico de los grupos de ITS-VIH/sida y el Mecanismo de Coordinación de País (MCP), con el objetivo de garantizar el enfoque coordinado y multisectorial de los proyectos, estableciendo alianzas entre todos los participantes pertinentes dentro del país.

A la luz del contexto actual, se precisa que la Respuesta intersectorial adquiera plena potencialidad como herramienta política y tecnológica fundamental del Sistema de Salud Pública. En tal sentido, se hace necesario valorar la experiencia, identificar las principales brechas existentes, actualizar los marcos normativos para abordar los determinantes de la salud y definir la ruta que desencadene en la práctica mecanismos de coordinación e integración realmente resolutivos, a fin de alcanzar una capacidad de respuesta superior en calidad y dinamismo.

Por tal motivo, en este nuevo Plan Estratégico Nacional (PEN), se proponen nuevas líneas estratégicas de acción para asegurar prioridades de políticas y apuntar a la cohesión y coherencia entre ellas y promover una respuesta interprogramática y multisectorial eficaz frente a las ITS, el VIH y las hepatitis desde una perspectiva holística que supere la mirada sectorial de la política actual (véase propuesta de modelo de gestión en la figura 6).

Este modelo de gestión intersectorial respalda ampliamente la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis, el cual genera un espacio apto y propicio para la real operación: el nivel territorial.

Figura 6. Modelo de gestión intersectorial en la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis



Fuente: Figura elaborada por los autores, a partir de la reorganización técnica de la Respuesta Ampliada.

2.5.2. Marco asistencial continuo frente a las ITS, el VIH y las hepatitis

Si bien el concepto de cobertura sanitaria universal sirve de marco a este Plan Estratégico Nacional, el conjunto continuo de servicios que se necesitan para superar las ITS, el VIH y las hepatitis brinda un marco integral de prestación de servicios para organizar las medidas estratégicas.

El primer nivel de atención en salud constituye la puerta de entrada al conjunto continuo de servicios que se necesitan para alcanzar las metas estratégicas y comprende a todas las personas incluidas en actividades de prevención, las alcanzadas con pruebas de detección, las que conocen su estado, las admitidas en los diferentes mecanismos de atención, las que han iniciado el tratamiento, aquellas que lo han completado, las personas curadas, y las que acceden a atención crónica.

La red de servicios se distribuye por niveles de atención y su puerta de entrada es el consultorio del médico y enfermera de la familia, y el policlínico es la institución alrededor de la cual se organiza la atención integral a la población con los recursos humanos y tecnológicos que dispone, a lo que se adicionan más de veinte especialidades que garantizan el incremento de su capacidad resolutiva, acercando la atención médica altamente calificada a las comunidades. Se dispone de procedimientos para conducir a los pacientes de manera asistida a través de la red hasta el tercer nivel de atención, si fuera necesario. Cuenta con un sistema de acreditación y certificación a partir de estándares,

normas y procedimientos basados en la evidencia, que garantizan la calidad, efectividad y eficiencia del modelo de prestación de servicios de salud.

Todo esto apoyado en un sistema de información integrado, con adecuado soporte financiero y logístico, en el que los procesos de toma de decisiones se sustentan en un sistema de gestión, a partir de la rendición de cuentas por los resultados alcanzados en el cumplimiento de los objetivos de trabajo anuales, así como de los mecanismos de control del presupuesto.

El país cuenta con 47 638 médicos de la familia que dan cobertura al 100 % de la población incluyendo los lugares más apartados, 10 869 Equipos Básicos de Salud (EBS) en Consultorios del Médico de la Familia[1] y más de 12 mil promotores pares voluntarios.*

Para la atención y seguimiento –especializados– a las ITS, el VIH y las hepatitis, se cuenta, además, con personal médico de otros servicios de salud municipales, provinciales y de la red de hospitales que han sido entrenados para asegurar una respuesta interprogramática eficaz frente a estas entidades.

Figura 7. Conjunto continuo de servicios relativos a las ITS, las hepatitis víricas y el VIH en el proceso asistencial



Fuente: Figura elaborada por los autores.

La atención integral a las ITS, el VIH y las hepatitis está contenida en el programa del médico y enfermera de la familia, y de esta forma se asegura el acceso a los servicios y el tránsito por los diferentes niveles de atención en salud. Para ello se cuenta con los médi-

* Reportes de Monitoreo y Evaluación del Componente Educativo del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, el VIH y las hepatitis (2017).

cos y enfermeras de los consultorios, así como con el personal del resto de los servicios del policlínico (Psicología, Trabajo social, Dermatología, Planificación familiar, Estomatología, entre otros), los que garantizan la cobertura de los diferentes servicios que necesita la población relacionados con las ITS, el VIH y las hepatitis.

Se cuenta, además, con personal de salud para la atención directa de las ITS: las enfermeras especializadas en ITS-VIH/sida, presentes en todos los policlínicos del país, están entrenadas en técnicas de comunicación, entrevista, análisis epidemiológico, confección de reportes e informes periódicos, orientación y atención a pacientes, localización y estudio de contactos, educación sanitaria en la comunidad, aplicación de tratamientos, consejería, técnicas para el monitoreo de la adherencia a tratamientos en la comunidad y apoyo a los grupos de población clave.

2.5.3. Respuesta Nacional de la sociedad civil

2.5.3.1. Línea de apoyo a personas que viven con el VIH (LAPVV)

La Línea de Apoyo a personas que viven con el VIH es una agrupación de la sociedad civil con representación a nivel nacional, provincial y municipal, dirigida por coordinadores electos o ratificados periódicamente en sus reuniones anuales. Es miembro de las Comisiones de Legalidad y Prevención de GOPELS, de la Comisión Técnica de sida, y ocupa la vicepresidencia del Mecanismo de Coordinación de País, para los proyectos financiados por el Fondo Mundial. Responder a las características locales de la epidemia es un principio rector de su trabajo. Para ello, ha definido como ámbitos de acción: comunidad de PVV en acción, familia y sociedad, comunicación social y alianzas, fortalecimiento organizativo y prevención.

Es una red proveedora de servicios de cuidado a las personas que viven con el VIH, de prevención combinada hacia la adherencia del tratamiento, el autocuidado y acompañamiento psicosocial a las PVV.

Como estrategia para realizar sus acciones, emplea la de educación de pares o iguales, donde un miembro de la red adiestrado como promotor de salud y/o activista social actúa sobre su mismo grupo (iguales). Por ello la preparación de promotores y/o activistas para realizar acciones comunitarias en el fomento y desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva, es uno de los desafíos que enfrenta de manera continua la red, como proveedora de servicios.

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

2.5.3.2. Personas transgénero

Las Red de personas transgénero, parejas y familias es una agrupación de la sociedad civil que realiza actividades encaminadas a la promoción de salud sexual, con énfasis en la prevención del VIH, y a fomentar el ejercicio de los derechos sexuales y el respeto a la identidad de género, bajo la asesoría técnica del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

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 con 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 transgénero 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 de encuentro posibilitando caracterizar mejor a esta población y elaborar los materiales educativos de apoyo.

En 2015, y como parte del Nuevo Modelo de Financiamiento (NMF) del Fondo Mundial, se redimensionó la estrategia fortaleciendo el trabajo en poblaciones transgénero para disminuir la incidencia de ITS, VIH y hepatitis. La misma abarca un amplio espectro de actividades, con énfasis en la promoción de la salud y prevención, bajo un enfoque de derechos humanos y el respeto de la diversidad sexual.

2.5.3.3. Hombres que tienen sexo con otros hombres

La Red de HSH es una organización de la sociedad civil integrada y dirigida por promotores de salud y activistas sociales que, de manera voluntaria, dedican su tiempo y esfuerzos a impulsar el cambio de comportamiento, brindando servicios relacionados con la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis, la promoción de salud, y el activismo social entre sus pares. Se estructura en tres niveles (municipal, provincial y nacional), y participa de manera activa en el Componente Educativo del Programa de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida. Entre los ámbitos de acción se destacan la promoción de salud y prevención, el abordaje de género y derechos humanos, la comunicación e investigaciones, así como el desarrollo organizacional.

Las principales actividades que se realizan 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.

2.5.3.4. Personas que practican sexo transaccional

En Cuba, no existen organizaciones formales que agrupen a las personas que practican sexo transaccional (PPST). Esta población se aborda mediante estrategias de pares de forma transversal en los grupos HSH, personas transgénero y jóvenes, atendiendo a que muchas de estas personas no se autorreconocen, ni son reconocidas socialmente como trabajadores del sexo. Hoy día, las PPST se encuentran integradas a la estrategia de prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis, en todas las provincias del país, las cuales cuentan con capital humano, insumos y servicios orientados a estos grupos.

Las experiencias de trabajo en el orden educativo con estos grupos, y los actores asociados a estos, se analizan y debaten en ámbitos científicos, comunitarios y de toma de decisiones, con el propósito de perfeccionar la Respuesta, que permita un mayor impacto.

2.5.4. Marco 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 (UNICEF, FNUAP, PNUD, UNESCO, OMS-OPS), así como organizaciones no gubernamentales (Medicuba-Suiza, 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 enfocar hacia estas el apoyo de las partes asociadas.

a) Áreas de colaboración y contribuciones destacables (OPS/OMS)

Con la inauguración, en 1965, de una representación de la OPS/OMS en La Habana, se abrió una etapa de colaboración ininterrumpida entre el Gobierno de Cuba y la referida organización.

La OPS/OMS brindó 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 a la asistencia técnica y el desarrollo de capacidades locales.

La promoción de la equidad de género y el derecho a la salud, como ejes transversales de la cooperación de la OPS/OMS, han estado presentes en todos los ámbitos de actuación mediante acciones interprogramáticas. El apoyo al avance hacia la Salud Universal y la consolidación de los logros del Sistema Nacional de Salud de Cuba marcan la orientación explícita de la estrategia de cooperación, con el derecho a la salud y la meta de no dejar a nadie atrás de los ODS, como motores orientadores de todas las acciones.

Entre los logros más relevantes del SNS en los últimos años, como parte de la estrategia de cooperación, se destacan los siguientes:

- (2014) Cuba ocupó por primera vez, la presidencia de la 67 Asamblea Mundial de la Salud, un reconocimiento a los resultados alcanzados por el SNS;
- (2015) Cuba cumple con los Objetivos de Desarrollo del Milenio; y
- (2015) Cuba se convierte en el 1er país del mundo en recibir la certificación por parte de OMS de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Para esto, el país se sometió, con el apoyo de OPS/OMS, a un riguroso proceso de revisión y a la presentación de un informe que documenta todo lo realizado para conseguir y sostener este logro;
- (2018) Asistencia técnica en dos proyectos pilotos de PrEP y tratamiento como prevención.

b) Marco de la cooperación del Fondo Mundial y contribución de la Representación Permanente en Cuba del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Los vínculos entre el Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida y el Sistema de Naciones Unidas en materia de prevención del VIH, se inician en la década de los años 90, a través del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA),* quien se focaliza en visibilizar a Cuba en las estadísticas internacionales sobre la enfermedad.

En enero del 2002, fue creado el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (Fondo Mundial) como un instrumento financiero llamado a complementar los programas existentes para dar Respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria.[22]

En ese propio año, se establecen una serie de negociaciones entre el Gobierno de Cuba y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo dirigidas a organizar y acompañar el proceso de presentación de una propuesta al Fondo Mundial para dar Respuesta al VIH.

Este proceso estuvo caracterizado por la voluntad, el empeño y la flexibilidad del país para crear los mecanismos y estructuras necesarias, en correspondencia con los requerimientos y estándares del Fondo Mundial. Un papel fundamental en este momento lo desempeñó el Ministerio para la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica (MINVEC), hoy Ministerio del Comercio y la Inversión Extranjera (MINCEX), quien, como organismo rector de la cooperación en el país, convocó a organizaciones disímiles pertenecientes al GOPELS, procedentes de diferentes espacios de la sociedad, y con diversas visiones y estilos de trabajo, a integrarse en el Grupo Nacional de Coordinación para la Cooperación con el Fondo Mundial, en febrero del 2002, con la finalidad de presentar una propuesta al Fondo Mundial.

Este grupo constituyó un esfuerzo de participación y concertación significativo, y estableció el antecedente de lo que fuera después el Mecanismo de Coordinación de País (MCP), responsabilizado –en lo adelante– con "la preparación, implementación, monitoreo y evaluación de las sucesivas Propuestas Coordinadas de País (PCP), en apoyo a las estrategias nacionales de salud".

En ese mismo año 2002, el MCP selecciona a la Representación Permanente en Cuba del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) como receptor principal de la subvención, al considerar su amplia experiencia en el trabajo de cooperación con el país y su capacidad para administrar fondos internacionales y de fideicomiso.

Con la elección del PNUD, el MCP garantizó que el flujo de los fondos aprobados para la ejecución de los proyectos no se afectara a consecuencia del bloqueo impuesto por EE. UU., protegiendo el pago a las compras de medicamentos y otros productos que obligatoriamente debían ser importados.

El aporte del Fondo Mundial desde 2003 y hasta finales de 2017 supera los 110 millones de dólares, lo que ha contribuido a reducir las brechas identificadas para alcanzar las metas del país, en cada período, e impulsado su consecución en un menor espacio de tiempo.

Entre las contribuciones del Fondo Mundial se destaca la adquisición de medicamentos antirretrovirales que han permitido ampliar el acceso a tratamientos, la creación de laboratorios regionales con altos estándares de calidad. Además, ha contribuido al logro de la descentralización de la atención y su inserción en la atención primaria a lo largo de

* Nota Técnica: ONUSIDA constituye el promotor interagencias del Sistema de Naciones Unidas para el VIH/sida.

todo el país, esfuerzo, también, del Ministerio de Salud, que recibió un importante apoyo con recursos del Fondo Mundial, a partir de la Ronda 6. Los recursos de las subvenciones han financiado asistencia técnica, recibida en las instituciones de salud para el manejo del equipamiento, diagnóstico y tratamiento por el personal médico especializado, así como entrenamientos en el extranjero para importar/exportar lecciones aprendidas y buenas prácticas en la Respuesta a la epidemia de VIH.

Durante las subvenciones del Fondo Mundial (de 2002 hasta la actualidad), el país ha contado con la **contribución estratégica del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo** y entre los aportes más relevantes se destacan:

1. Se ha desplegado durante esta etapa un sistema de trabajo compartido, con la participación de múltiples actores implicados, que ha contribuido a cambiar estilos y procedimientos de trabajo.
2. Se han fortalecido las acciones de abogacía, las alianzas estratégicas intersectoriales y el aprovechamiento de espacios con capacidad de convocatoria y legitimación.
3. El PNUD ha puesto a disposición del programa nacional capacidades estratégicas, de conocimientos, y administrativas.
4. Su apoyo ha sido vital en el diseño de las nuevas subvenciones contribuyendo a alcanzar mejor sustento analítico de las propuestas, en aras de facilitar la gestión y el logro más eficiente y eficaz de los resultados.
5. Ha favorecido el debate y la generación de conocimientos a través de la sistematización periódica de experiencias plasmadas en la publicación **Aprendiendo y compartiendo,** iniciativa concebida desde el año 2012 para la promoción de buenas prácticas en el contexto cubano.
6. Ha establecido un sistema de rendición de cuentas, que contempla diferentes niveles de responsabilidad, que ha garantizado la oportunidad, consistencia, transparencia y calidad de los informes programáticos, y es una experiencia que ha contribuido al perfeccionamiento en los sistemas de seguimiento y monitoreo en el país.
7. El diseño del Modelo de Gestión ha resultado vital para integrar en equipo a entidades con elevado nivel profesional en sus roles técnicos, permitiendo contar con conocimiento actualizado y experiencia de trabajo especializada en diferentes campos.
8. De igual manera, el uso de las metodologías e instrumentos que provee el Fondo Mundial para la conformación de los Planes de Adquisiciones ha sido una buena práctica que el país ha ido incorporando, como parte de sus procedimientos de trabajo, para la adquisición y suministros de productos de salud.

Desde el 2014, el Fondo Mundial exhorta a los países de renta media alta a redoblar sus esfuerzos en busca de la sostenibilidad de sus programas de VIH mediante un proceso de transición, para lo cual propone el financiamiento del 100 % de los antirretrovirales, reactivos de CD4 y de carga viral (CV), y otros productos de salud a ser asumidos por estos países.

Cuba ha sido una excepción de esta normativa, y ha continuado recibiendo financiamiento para productos de salud durante los últimos años, razón por la cual, en la subvención de transición aprobada para los años 2018-2020 se plantean un conjunto de acciones

que demuestran la capacidad y compromiso del país en absorber estos productos de salud, de manera que se asegure para el 2020 contar con los productos de salud necesarios para hacer sostenible el acceso de las personas con VIH a los servicios de prevención, diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento.

3

MARCO DE FINANCIAMIENTO DE LA RESPUESTA NACIONAL A LAS ITS, EL VIH Y LAS HEPATITIS

3.1. GASTO EN SALUD

Los esfuerzos gubernamentales están orientados a seguir garantizando el acceso pleno a los servicios de salud, elevar los indicadores y lograr que el Sistema de Salud cubano sea eficiente y sostenible para continuar desarrollándolo, como expresión de dignidad humana y equidad. El presupuesto asignado a la salud pública y la asistencia social ascendió a 10 369,4 millones de pesos, que representa el 20,3 % del total de gasto corriente, que al propio tiempo constituye el 12,0 % del producto interno bruto. El comportamiento real asciende a 10 650,1 millones de pesos, para un 20,5 %.[1,3]

El financiamiento a los Servicios de Salud se ha caracterizado por incidir sobre los aspectos esenciales de la ejecución de sus niveles de actividad a fin de garantizar su sostenibilidad económica y calidad, y de mantener los resultados de los indicadores trazados.

El gasto total de Cuba en salud para 2017 fue de 7 047 250,000 lo que supone un incremento de 2 145 627,300 respecto a 2013.[1] El gasto en salud por habitante creció en un 43 % (de 439,06 a 626,63).

Tabla 2. Ejecución del presupuesto y gasto por habitante, 2013-2017 (UM: Pesos)

Indicadores	Años				
	2013	2014	2015	2016	2017
Ejecución del presupuesto	4,901,622,700	5,951,622,700	7,178,622,700	7,212,300,000	7,047,250,000
Gasto por habitante	439,06	533,11	639,58	641,87	626,63

Fuente: Registros administrativos. Dirección de Economía, MINSAP, 2017.

3.2. GASTO TOTAL EN LA RESPUESTA

a) Gasto total en VIH

Los datos de gasto del Gobierno en la Respuesta al VIH en Cuba, para el 2017, alcanzaron un total de 79 987 515 dólares, lo que supone un incremento de

136 392 millones de dólares respecto al gasto en 2016. Este incremento muestra la voluntad firme del Gobierno de ampliar los recursos domésticos para la financiación de la Respuesta, reflejado en la siguiente tabla:

Tabla 3. Desglose del Presupuesto Nacional para el Programa de ITS-VIH/sida, 2015-2017

Desglose del presupuesto nacional para el Programa de ITS-VIH/sida	2015		2016		2017	
	Plan	Real	Plan	Real	Plan	Real
GASTOS CORRIENTES	72,592,433	70,580,220	75,083,729	74,851,123,0	78,402,253	79,987,515,00
GASTOS DE PERSONAL	34,202,436	33,542,578	35,190,701	35,294,582,2	36,208,613	36,940,736,58
Salarios	32,455,322	31,805,216	33,428,982	33,509,387,9	34,431,851	35,128,049,17
Otras retribuciones	1,260,284	1,260,284	1,260,284	1,282,553,6	1,260,284	1,285,766,44
Prestación de la Seguridad Social a corto plazo (1,5 %)	486,83	477,078	501,435	502,640,6	516,478	526,920,98
BIENES Y SERVICIOS	34,333,082	33,061,990	35,714,406	35,367,866,7	37,889,659	38,655,772,65
Viáticos	2,089,905	1,860,015	2,173,501	2,034,955,0	2,186,845	2,231,062,13
Alimentos	5,007,096	4,831,848	5,211,380	4,985,258,6	5,319,551	5,427,110,18
Vestuario y lencería	6,266,831	6,000,452	6,521,504	6,492,992,2	6,531,691	6,663,759,16
Materiales para la enseñanza	1,040,062	1,024,321	1,081,665	1,088,912,4	1,093,329	1,115,435,67
Medicamentos y materiales afines	18,496,447	17,941,553	19,236,305	19.282.573,4	21,265,899	21.695.886,92
Energía, combustible y lubricante	863,621	861,48	898,166	890,778,0	899,548	917,736,50
Otros gastos fundamentales	569,12	542,321	591,885	592,397,1	592,796	604,782,10
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	4,056,915	3,975,652	4,178,623	4,188,673,1	4,303,981	4,391,005,76
Al presupuesto de Seguridad Social (12,5 %)	4,056,915	3,975,652	4,178,623	4,188,673,1	4,303,981	4,391,005,76

Fuente: Registro Administrativo de dirección economía del MINSAP.

El coste total estimado del PEN por cinco años alcanza los 415 millones de dólares. En el conjunto de la Respuesta para el período 2014-2018, la aportación anual del Fondo Mundial al presupuesto total de la Respuesta al VIH en Cuba ha oscilado entre un 5,8 % y un 8,3 %, en tanto el aporte del Gobierno ha estado en el entorno del 90 %. El incremento anual del presupuesto del Gobierno hasta el 2017 ha sido como promedio de 3,37 millones, lo que, si bien ha impactado positivamente en la Respuesta, no ha sido suficiente para cubrir todas las brechas identificadas.

Tabla 4. Presupuesto según objetivos estratégicos, PEN 2014-2018

CUBA	Objetivo n.º 1	Objetivo n.º 2	Objetivo n.º 3	Objetivo n.º 4	Objetivo n.º 5	Total
2014	8.788.625,70	57.914.000,09	1.451.295,00	690.373,00	5.489.391,00	74.333.684,79
2015	9.456.358,80	62.125.088,27	1.703.587,00	872.857,00	6.183.923,00	80.341.814,07
2016	9.834.613,15	64.610.091,80	1.771.730,48	907.771,28	6.431.279,92	83.555.486,63
2017	10.227.997,68	67.194.495,47	1.842.599,70	944.082,13	6.688.531,12	86.897.706,10
2018	10.637.117,59	69.882.275,29	1.916.303,69	981.845,42	6.956.072,36	90.373.614,34
Total 5 años						**415.502.305,93**

Fuente: Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/sida 2014-2018.

3.2.1. Marco de transición para la sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH

En el año 2015, el Fondo Mundial anunció su nueva política de evaluación de países receptores de sus donaciones, y en este marco Cuba fue informada de que, a partir del año 2018, el país ya no sería elegible para recibir más apoyo financiero.[22]

Esta decisión, sin embargo, fue acompañada de una propuesta de transición gradual hacia la sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH, la que incluía:

- Un área de VIH con intervenciones de cambio de comportamientos dirigidas a poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, personas que practican sexo transaccional y personas viviendo con el VIH); intervenciones para el testeo para HSH, transgénero y PPST, a fin de conocer su estado serológico; intervenciones que fortalecen la consejería y la atención y cuidado de estas poblaciones; e intervenciones para la optimización de la terapia antirretroviral (TARV), el mejoramiento del acceso de las PVV, en tratamiento, a las mediciones de carga viral y el análisis de resistencia en estos tratamientos;
- Un área de Promoción de Sistemas de Salud Resilientes y Sostenibles con intervenciones para el fortalecimiento de la Respuesta al VIH y los sistemas comunitarios asociados a esta. Estas intervenciones están destinadas a fortalecer el liderazgo, para la sostenibilidad de las poblaciones clave; a la creación de capacidad institucional de las redes de estas poblaciones a nivel comunitario; y al perfeccionamiento de las cadenas de suministros, para reforzar las farmacias que dispensan medicamentos antirretrovirales, así como de los sistemas de control de calidad; además, al mejoramiento de los sistemas de laboratorios destinados a la atención de poblaciones clave, y al fomento de políticas de apoyo y entorno programático.

Las negociaciones sobre este período de transición comenzaron para Cuba desde enero del año 2016, y el país evaluó varios marcos de transición, lo mismo que escenarios post-2017, buscando proponerle al FM un marco que asegurara la sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH, en beneficio de los grupos de población clave y las personas que viven con el VIH.

La planificación realizada a tal efecto tiene como objetivo asegurar la normalidad de las actividades del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida y específicamente:

- *Garantizar la continuidad del tratamiento de las PVV;*
- *Asegurar la continuidad de las políticas de prevención;*
- *Asegurar la continuidad y calidad de los métodos de diagnóstico y de seguimiento;*
- *Garantizar la actualización y calidad del diagnóstico de necesidades de las poblaciones clave; y*
- *Seguir avanzando en la respuesta a la homofobia, transfobia, en el respeto a las PVV, y a cualquier otro derecho relacionado con las poblaciones clave.*

3.2.2. Política de sostenibilidad, transición y cofinanciamiento

Los principios de cofinanciamiento cumplen los requisitos solicitados de acuerdo con la política de sostenibilidad, transición y cofinanciamiento.

El Gobierno estima un incremento en los recursos destinados al Programa Nacional de VIH de 4,4 millones para el 2019 con respecto a 3,8 millones del 2018.

A partir de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido Comunista de Cuba (PCC), aprobados en el VI Congreso y ratificados en el VII Congreso, el país rediseñó nuevas variables económicas y sociales para el desarrollo y crecimiento sostenible del socialismo, donde el sector salud tiene una importancia vital, por su incidencia en los crecimientos de los ingresos al Producto Interno Bruto (PIB) y su carácter social.

Es por ello que en Cuba, aunque existan incidencias en mayor o menor grado sobre los resultados en los indicadores macro de la economía, por los movimientos de los precios internacionales, las tasas de cambio, los riesgos fiscales (impuestos) y otras variables económicas, el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud se protege por la voluntad política del Estado.

En Cuba, se priorizan los servicios sociales, el fortalecimiento de las estructuras productivas, el aprovechamiento de las capacidades instaladas, el desarrollo de los servicios científico-técnicos y el incremento de las exportaciones de servicios, acciones que tributan al crecimiento del Producto Interno Bruto, siempre que otros factores externos, tales como el bloqueo no impidan su desarrollo.

Para el período de transición, Cuba asume retos de absorción importantes, destinando recursos, de forma progresiva, de componentes clave con financiamiento nacional. A continuación, se exponen los más significativos:

a) Compromisos contraídos por Cuba para terapia antirretroviral (TARV) y reactivos para laboratorios

En el período de transición, se reducirá significativamente el apoyo del Fondo Mundial en la adquisición de ARV (tabla 5) y su contribución pasará de 1 298 287 en 2018 a 1 164 785 en 2019 y 429 785 en 2020.[23]

Tabla 5. Aportes financieros del FM en la subvención de transición, 2018-2020

Aporte del Fondo Mundial al tratamiento antirretroviral	Subvención de transición (USD)		
	2018	2019	2020
	1 298 287 (53,0 %)	1 164 785 (33%)	429 785 (9 %)

Fuente: Presupuesto aprobado para el Nuevo Modelo de Financiamiento (NMF) y presupuesto presentado para la subvención de transición.

La política definida para incrementar el aporte nacional durante el proceso de absorción se basará en la producción nacional de ARV. La industria tiene experiencia en el desarrollo de medicamentos y cuenta con los procedimientos establecidos para ello.

El Ministerio de Salud Pública realizará la adquisición de los ARV para los que no se proyecta su producción por razones tecnológicas o de otro tipo, así como aquellos que su demanda sea creciente y menor el aporte del Fondo Mundial, a través de mecanismos de compras conjuntas. Para ello, desde abril de 2018, el país oficializó su membresía al Fondo Estratégico de OPS/OMS y utilizará este u otro mecanismo de compras conjuntas que permitan la adquisición de los ARV que se requieran.

Las hipótesis utilizadas para el total de personas a tratar (tabla 6) se basaron en los estimados de la corrida de Spectrum, 7 noviembre del 2018.

Tabla 6. PVV con necesidades de TAR y cantidad de pruebas por año, 2019-2023

Cuba	2019	2020	2021	2022	2023
	Metas				
Para Tratamientos ARV	18 697	25 579	29 997	31 795	33 569
Para Pruebas de CV	19 395	23 448	53 995	57 231	60 424
Para Pruebas de CD4	4 736	4 768	6 668	7 066	7 460
Para Pruebas de Resistencia	312	422	600	636	671
Fondo Mundial	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
	Metas				
Para Tratamientos ARV	7 682	2 605	0	0	0
Para Pruebas de CV	6 984	4 736	0	0	0
Para Pruebas de CD4	0	0	0	0	0
Para Pruebas de Resistencia	154	52	0	0	0

Fuente: Plan estratégico de absorción de productos de salud. Subvención de transición 2018-2020. Ministerio de Salud Pública/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. La Habana, 2017/ Corrida de Spectrum, 7 noviembre del 2018 vs. 5.72.

Del estimado a financiar por el país para el año 2019 (tabla 7) se prevé un financiamiento con recursos locales de 2 365,1 MUSD; este financiamiento se incrementará para el 2020 ya que el presupuesto estatal ascenderá a la cifra de 4 109,8 MUSD en TARV.

Esta absorción progresiva garantizará que el país sea capaz de asumir la totalidad de la TARV en el 2021.

A partir de 2018, y de forma progresiva, se inicia el financiamiento, con recursos del presupuesto de salud, del total de pruebas de carga viral requeridas por el país, absor-

biendo el financiamiento del 80 %, en este primer año, lo que representa un 23 % adicional para un aporte de 486,6 MUSD.

En el 2019, el país asumirá el financiamiento del 85 %, lo que representa una absorción de 1 701,8 MUSD. El último año de la transición, 2020, se financiará con recursos propios el 90 % de este rubro, lo que representa un aporte de 1 747,6 MUSD. Esta transición permitirá que el presupuesto del Estado sea capaz de asumir en el 2021 el 100 % de la compra de reactivos y consumibles para el testeo de la carga vírica en las PVV.

Tabla 7. Compromisos contraídos por Cuba para cubrir medicamentos antirretrovirales y garantizar reactivos para laboratorios, 2019-2023

Cuba	2019	2020	2021	2022	2023
	Presupuesto				
Para Tratamientos ARV	$ 2,365,053	$ 4,109,820	$ 5,135,186	$ 5,442,986	$ 5,746,677
Para Pruebas de CV	$ 1,701,790	$ 1,747,643	$ 2,346,471	$ 2,346,471	$ 2,477,392
Para Pruebas de CD4	$ 98,295	$ 94,723	$ 127,188	$ 127,188	$ 134,280
Para Pruebas de Resistencia	$ 92,964	$ 115,918	$ 174,873	$ 174,873	$ 184,630
Total	$ 4,258,102	$ 6,068,104	$ 7,633,973	$ 8,091,518	$ 8,542,979

Fuente: Plan estratégico de absorción de productos de salud. Subvención de transición 2018-2020. MINSAP/PNUD. La Habana, 2017/Costos relacionados con datos de corrida de Spectrum, 7 noviembre del 2018 vs. 5.72.

Se contará con el respaldo económico para el plan de absorción de productos de salud. Para cada año, se inscribirá en el Plan de la Economía del MINSAP, el cual se presenta y se aprueba anualmente por el Ministerio de Economía y Planificación, en el mes de septiembre del año anterior.

En el mes de mayo de cada año, la Dirección de Medicamentos y Tecnologías Médicas presentará, a la Dirección de Economía, la planificación de medicamentos, reactivos y gastables que requiere el programa anualmente, según lo planificado para el período de transición, y la Dirección de Economía garantizará el presupuesto necesario para efectuar los pagos de estos productos. Este procedimiento asegurará que no ocurran desabastecimientos y exista una respuesta para la sostenibilidad del programa.

b) Compromisos contraídos por Cuba para Pruebas de diagnóstico rápido y otros productos fungibles para intervenciones conductuales

En el 2019, el país asume la compra de 4 696 650 unidades de condones para la distribución gratuita por valor de 140,9 MUSD (tabla 5) y en el 2020 asume la totalidad de condones necesarios para las actividades de prevención en poblaciones clave, por un monto de 182,9 MUSD, por lo que se irá absorbiendo de forma progresiva en el período 2019-2023 hasta alcanzar un valor de **211.4 MUSD** en el 2023.

Se inicia el financiamiento de lubricantes con recursos domésticos, a partir de 2018 con una absorción total en el 2023 de **268.4 MUSD.**

Tabla 8. Compromisos contraídos por Cuba para Pruebas de diagnóstico rápido y otros productos fungibles para intervenciones conductuales, 2019-2023

Cuba	2019	2020	2021	2022	2023
	Presupuesto				
Para condones dirigidos a grupos de población clave	$ 140,900	$ 182,864	$ 206,913	$ 209,138	$ 211,363
Para lubricantes dirigidos a grupos de población clave	$ 178,920	$ 232,208	$ 262,747	$ 265,572	$ 268,397
Para Pruebas rápidas de VIH dirigidas a población clave	$ 223,608	$ 326,150	$ 378964	$ 383,038	$ 387,113
Para material promocional	$ 1,118,250	$ 1,451,300	$ 1,642,166	$ 1,659,824	$ 1,677,482
Total	$ 1,661,677	$ 2,192,522	$ 2,490,789	$ 2,517,572	$ 2,544,355

Fuente: Plan estratégico de absorción de productos de salud. Subvención de transición 2018-2020. MINSAP/PNUD. La Habana, 2017.

La Dirección de Medicamentos y Tecnologías incluirá, en su sistema de trabajo, el seguimiento de las negociaciones para la sustitución progresiva del equipamiento que requiera renovación por obsolescencia o cambio de tecnología.

c) Gastos presupuestarios destinados al Programa de ITS-VIH/sida para el próximo período

A continuación, se expone la desagregación presupuestaria destinada al Programa de ITS-VIH/sida con recursos nacionales para el período 2019-2023 (tabla 9).

Tabla 9. Desglose de los recursos presupuestarios destinados al Programa de ITS-VIH/sida, 2019-2023

Desglose del presupuesto	Estimados				
	2019	2020	2021	2022	2023
GASTOS CORRIENTES	86,685,137	91,458,665	96,465,380	101,472,095	106,478,810
GASTOS DE PERSONAL	37,620,525	38,347,730	39,089,479	39,831,228	40,572,977
Salarios	35,822,898	36,539,356	37,270,143	38,000,930	38,731,717
Otras retribuciones	1,260,284	1,260,284	1,260,284	1,260,284	1,260,284
Prestación de la Seguridad Social a corto plazo (1,5 %)	537,343	548,090	559,052	570,014	580,976
BIENES Y SERVICIOS	44,586,750	48,543,515	52,717,133	56,890,751	61,064,369
Viáticos	2,213,606	2,227,109	2,240,694	2,254,279	2,267,864
Alimentos	5,643,512	5,812,817	5,987,202	6,161,587	6,335,972
Vestuario y lencería	6,552,086	6,562,307	6,572,544	6,582,781	6,593,018
Materiales para la enseñanza	1,137,499	1,160,249	1,183,454	1,206,659	1,229,864

Tabla 9. Continuación

Desglose del presupuesto	Estimados				
	2019	2020	2021	2022	2023
Medicamentos y materiales afines	27,545,105	31,286,091	35,238,297	39,190,503	43,142,709
Energía, combustible y lubricante	901,460	901,460	901,460	901,460	901,460
Otros gastos	593,482	593,482	593,482	593,482	593,482
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	4,477,862	4,567,419	4,658,768	4,750,117	4,841,466
Al presupuesto de Seguridad Social (12,5 %)	4,477,862	4,567,419	4,658,768	4,750,117	4,841,466

Fuente: Registros administrativos de la Dirección de Economía del MINSAP.

3.2.3. Seguimiento de los compromisos de cofinanciamiento

La implementación del Plan de Transición será monitoreada por el GOPELS, máxima autoridad en el país para la coordinación de la Respuesta, por el MCP y las unidades de gestión (ONEI, PNUD, ONP, Programa Nacional). Las redes de HSH, personas transgénero y PVV forman parte del GOPELS nacional, y de los territoriales, participando de forma activa como población clave.

El seguimiento de los compromisos de cofinanciamiento se mantendrá a partir de los registros estadísticos, contables y financieros, del Sistema de Salud cubano, y se informarán en los anuarios que a tales efectos se emiten por el Ministerio de Salud Pública y la Oficina Nacional de Estadísticas e Información.

Adicionalmente, el Ministerio de Economía y Planificación emite cifras oficiales para cada organismo del Plan de la Economía correspondiente, donde se encuentran incluidos los recursos materiales necesarios para brindar los servicios de salud.

4

EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DEL PEN 2014-2018

La coordinación del Plan Estratégico Nacional (PEN) 2014-2018 estuvo a cargo del Ministerio de Salud Pública, a través 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 las ITS-VIH/sida (PNPCITS-VIH/sida).

Se caracterizó por la movilización y participación de representantes del MINSAP –el PNPCITS-VIH/sida, el Laboratorio de Investigaciones en Sida (LISIDA), el Programa de Prevención y Control de la tuberculosis, el Programa de Atención Maternoinfantil (PAMI), la Atención Primaria de Salud (APS), y de Enfermería, el Grupo Nacional de Dermatología, los Servicios Médicos del Ministerio del Interior (MININT) y el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX)–; la participación activa de la sociedad civil –en la figura de las personas que viven con el VIH, hombres que tienen sexo con hombres, activistas transgénero, proyectos juveniles y de mujeres–; los sectores sociales y otras organizaciones involucradas en la Respuesta intersectorial como la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), el Consejo de Iglesias de Cuba (CIC), a través del componente de Salud Sexual, el sector académico y organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

El Diálogo Nacional en Cuba comenzó en el año 2016, donde se realizó una evaluación participativa de medio término del PEN a propósito del ejercicio nacional realizado para la presentación al Fondo Mundial de una propuesta de transición gradual hacia la sostenibilidad de la Respuesta Nacional al VIH.

Esta fase de Diálogo de País para la evaluación de la estrategia nacional continuó durante el año 2018, en el marco de las reuniones nacionales del Programa, consejos de dirección provinciales, videoconferencias con los grupos provinciales de ITS-VIH/sida, sesiones presenciales con representantes de las diferentes áreas, reuniones nacionales de los grupos de población clave, intercambios intersectoriales a todos los niveles, entre otros, que aportaron criterios y experiencias desde sus áreas de influencia, en aras de proyectar una respuesta más efectiva, a partir de los avances, fortalezas y los retos obtenidos en la implementación del PEN 2014-2018.

Este proceso concluirá en diciembre de 2018, con la aprobación del PEN en el Consejo de dirección del Ministerio de Salud Pública, la presentación al Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida (GOPELS) –órgano de coordinación multisectorial nacional presidido por el Ministro de Salud Pública– y al Mecanismo de Coordinación de País (MCP), escenario en los que se encuentran representados los organismos estatales, los diferentes sectores sociales, organismos multilaterales y la sociedad civil.

4.1. AVANCES DEL PAÍS EN LA RESPUESTA A LAS ITS, LAS HEPATITIS Y AL VIH

La continuidad del proceso de transformaciones necesarias del sector ha posibilitado la reorganización de las estructuras del Sistema de Salud y su consolidación, perfeccionando el reordenamiento laboral e institucional, la eficiencia de los servicios y las acciones para elevar el estado de salud de la población cubana, de las que no se ha encontrado exenta la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis.

Los resultados que ostenta hoy la Respuesta Nacional han sido posibles gracias a la voluntad gubernamental, la progresiva participación social, y multisectorial, de los grupos de población clave, organizaciones e instituciones, el sector académico y los organismos internacionales.

Entre los principales avances de la Respuesta programática en el período recién concluido se destacan:

a) Cuba logra mantener la prevalencia de VIH más baja de la región del Caribe y una de las más bajas del hemisferio occidental.
b) Se mantiene eliminada la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita y el país recibió el certificado de revalidación por la OMS en 2017.
c) Se ha ampliado el acceso a paquetes de prevención combinada para grupos de población clave.
d) Se observan avances en indicadores de resultados que miden el uso de condón en la población general y en los grupos de población clave.
e) Se ha logrado una participación significativa de la sociedad civil en la Respuesta acelerada a la epidemia.
f) La introducción en la provincia Matanzas (municipios Matanzas y Cárdenas) de la prueba piloto sobre la profilaxis previa a la exposición (PrEP), como opción dentro de un paquete de prevención combinada del VIH, con perspectiva de expansión gradual.
g) Como resultado de los esfuerzos nacionales y el apoyo financiero del Fondo Mundial a la Respuesta cubana se reducen las brechas para alcanzar las metas de Respuesta rápida al VIH.
h) El país progresa con respecto a las metas 90-90-90 para el 2020:
   - Cada año se realizan más de 2,5 millones de pruebas de VIH, lo que ha hecho posible que el 82,5 % de las personas que viven con VIH en Cuba conozcan su estado de VIH;

  - El 82,7 % de las personas que viven con el VIH que son elegibles para el tratamiento antirretroviral lo reciben de manera gratuita;
  - El 70,8 % de los que reciben tratamiento tienen carga viral por debajo de mil copias, lo que significa que el país está avanzando en el esfuerzo de monitorear y acompañar a las personas en tratamiento con ARV, asegurándose de que el mismo tenga un efecto positivo.

i) Se ha simplificado el algoritmo diagnóstico para la confirmación de VIH y descentralizado su realización en todas las provincias.
j) Han sido evaluados por la OMS los laboratorios para estudios de resistencia a los ARV, del Instituto de Medicina Tropical y de LISIDA (ambos obtuvieron resultados que acreditan cumplir con los estándares establecidos).
k) Se ha realizado la encuesta de vigilancia de la resistencia transmitida del VIH a los antirretrovirales y utilizados sus resultados para actualizar los protocolos de TAR para el próximo período.
l) LISIDA ha sido designado como laboratorio de la red de la OMS para la vigilancia de la resistencia transmitida del VIH a los antirretrovirales.
m) Ha sido impulsada la realización de pruebas de VIH por parte de prestadores no profesionales (grupos de población clave) que han sido capacitados, a fin de aumentar el acceso a los servicios de pruebas mediante estrategias comunitarias.
n) Se produjeron avances en el área terapéutica:
  - Retirados los medicamentos no recomendados (Estavudina, Indinavir y Saquinavir);
  - El criterio de inicio de TAR pasó de 350 células CD4 a 500 células CD4 (tratamiento precoz); y
  - Reducido el número de esquemas de tratamiento.
o) Se ha aprobado para Cuba, para el período 2018-2020, el Proyecto de transición hacia la sostenibilidad, con el propósito de asegurar la normalidad de las actividades del Programa Nacional de Respuesta al VIH, luego del retiro definitivo del apoyo del Fondo Mundial.
p) Se ha actualizado el protocolo de tratamiento de la gonorrea alineado con las recomendaciones de la OMS.
q) Se han reorganizado los protocolos de actuación de las enfermeras especializadas en ITS.
r) Han sido aplicadas 13 994 872 dosis de la vacuna recombinante contra la hepatitis B (Heberbiovac HB) desde 1992 hasta 2017, que ha permitido que la población menor de 36 años esté protegida y que, por tanto, la hepatitis B en Cuba no sea un problema de salud.[24]
s) Se ha introducido la técnica de Biología Molecular por PCR (reacción en cadena de la polimerasa) de los virus B y C, en la red de laboratorios regionales de Santiago de Cuba, Sancti Spíritus, La Habana y en el Banco Provincial de Sangre de la capital.
t) Se han realizado en 2017 más de 714 231 determinaciones de Umelisa HBsAg plus para estudiar la hepatitis B en donantes, gestantes y no donantes, así como

673 478 determinaciones de Umelisa HCV para estudiar la hepatitis C en donantes y no donantes.

u) Se encuentra disponible la vacuna terapéutica recombinante HeberNasvac, para la inmunoterapia activa contra la infección crónica por el virus de la hepatitis B, una vez establecida, y para la prevención de sus consecuencias potenciales.
v) Han sido expandidos los observatorios a los municipios priorizados con el objetivo de asegurar un sistema de monitoreo para la vigilancia y registro de la discriminación en servicios, y para la prevención y atención de la violencia en grupos de población clave.
w) Se han logrado avances sostenidos en la lucha contra la discriminación por motivo de orientación sexual, refrendados en el documento Proyecto de Conceptualización del Modelo Económico y Social Cubano de Desarrollo Socialista y el nuevo "Código del Trabajo", que incorpora la no discriminación por orientación sexual entre los principios fundamentales que rigen el derecho al trabajo.

4.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES BRECHAS DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2014-2018

- Insuficientes las acciones intersectoriales coordinadas a nivel comunitario;
- Limitada intensidad y focalización de las intervenciones a nivel local para impactar sostenidamente en el triple objetivo 90;
- Existen brechas en el alcance de PVV en TAR con estudios de carga viral según protocolo;
- Lenta la implementación de acciones educativas en el sector no estatal, en correspondencia con su inserción acelerada en la economía nacional;
- Carga creciente de otras afecciones comórbidas y que precisan del abordaje integral en el ámbito de la salud;
- Brechas de exclusión y mayor exposición a la violencia sexual o física de las poblaciones transgénero y HSH;
- Debilidades en el enfoque técnico del testeo en los servicios comunitarios de asesoramiento y pruebas del VIH que dificultan un mayor alcance a las poblaciones clave;
- Fluctuaciones en las coberturas de condones, limitando el impacto del mercadeo social de condones;
- No es uniforme la realización de acciones para el abordaje de las ITS y las hepatitis en los paquetes de prevención/atención que se ofertan a HSH, transgéneros y PPST;
- No se ha podido extender a todo el Sistema de Salud cubano el uso de los Antivirales de Acción Directa (ADD), que son curativos para la hepatitis C, dificultando alcanzar la meta mundial, para 2030, de ampliación de la cobertura del tratamiento al 80 % de las personas elegibles;

- Insuficientes niveles de adherencia a la TAR;
- No es sistemático el funcionamiento de la consejería especializada en adherencia, y resulta débil la participación y el acompañamiento del equipo de salud y demás servicios del policlínico;
- La información estratégica disponible sobre ITS y la hepatitis no es utilizada en toda su potencialidad para la vigilancia y evaluación del proceso asistencial;
- No se realiza un seguimiento del gasto público en ITS, VIH y hepatitis;
- Poca presencia de los temas referentes a la prevención de las ITS y las hepatitis en los materiales de comunicación.

4.3. DESAFÍOS CLAVE QUE DEBEN SUPERARSE PARA EL PERÍODO 2019-2023

- Redimensionar la prevención de ITS-VIH/sida garantizando la entrega de un **paquete óptimo de prevención combinada** que coincida con el perfil epidemiológico de la población objetivo y su consecuente evaluación de la aceptabilidad, la cobertura y la eficacia;
- Mejorar el enfoque técnico de la búsqueda de casos en aras de optimizar el **diagnóstico temprano para incidir en el incremento** de personas que conozcan su estado con respecto a las ITS, el VIH y las hepatitis;
- La prevalencia de **virus resistentes a varios de los ARV** producidos localmente implica la realización de cambios en los esquemas y un proceso de transición a nuevos medicamentos-esquemas;
- Avanzar en el desarrollo e introducción y/o garantizar la **compra pública de antirretrovirales** que hagan sostenible el tratamiento de todas las personas que lo requieran;
- Incrementar el acceso de las personas que padecen infección crónica por el **virus de hepatitis C al tratamiento** recomendado;
- Fortalecer las iniciativas socio-conductuales y de base comunitaria para elevar los niveles de **adherencia al tratamiento antirretroviral;**
- Mejorar la identificación y manejo de **comorbilidades asociadas a las ITS, el VIH y las hepatitis** mediante su adecuada dispensarización en el primer nivel de atención y seguimiento por parte de los equipos básicos de salud;
- Maximizar el uso de la **información estratégica** de ITS y hepatitis que permita evaluar mejor el desempeño en el proceso asistencial frente a estas entidades y destinar mejor las inversiones y los servicios;
- Continuar garantizando, a partir del enfoque de salud pública que se propone en la presente estrategia, **entornos institucionales y comunitarios favorables** a la igualdad de género, la protección de los derechos humanos y la inclusión de las comunidades afectadas en las medidas de respuesta;

- Asegurar una contribución superior de la **intersectorialidad** a la eficacia, eficiencia y efectividad de la Respuesta Nacional;

- Avanzar hacia la plena **financiación nacional** de la Respuesta frente a las ITS, el VIH y las hepatitis para hacer **sostenible** el acceso de los grupos de población clave a los servicios de prevención, diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento relativos a todas las etapas del proceso asistencial continuo.

5

MARCO ESTRATÉGICO DEL PEN 2019-2023

5.1. PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PEN

Fase organizativa

Grupo Ad-hoc del PEN 2019-2023

Este comité, conformado por profesionales de instituciones y organizaciones que participan en la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis, fue creado por el Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP para definir la estructura y estrategia básica de este PEN y conducir su elaboración en las diferentes etapas:

- Definir metodología participativa para la elaboración del PEN;
- Elaborar propuesta del contenido de los elementos estratégicos;
- Conducir la consulta nacional y sistematizar sus propuestas;
- Retroalimentar a las(os) participantes en la consolidación, estructuración, ampliación de los elementos del Plan; y
- Editar, reproducir y divulgar el Plan.

De igual manera, este grupo conoció la base documental específica de ITS-VIH/sida, consistente en las Evaluaciones al PEN 2014-2018, y a la amplia base bibliográfica relacionada, debidamente actualizada y aprobada, para ser fundamento de las siguientes fases de construcción.

Fase consultiva

La construcción del Plan Estratégico Nacional para el período 2019-2023 estimuló a los actores de la Respuesta Nacional a que nombraran representantes para participar en los Diálogos de País para su cimentación, celebrados el mes de marzo y abril de 2018. Los talleres fueron facilitados por miembros del Grupo Ad-hoc y fue asistido técnicamente por el Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP, con la participación de representantes de una amplia gama de sectores, instituciones y organizaciones.

(Ver listado de participantes del Diálogo de País en Anexo 1).

Metodología del Diálogo de País

El Diálogo de País contó con la participación de expertos(as), funcionarios del programa, especialistas de otras áreas, sectores sociales, académicos, investigadores, representantes de las agencias de cooperación y las redes de la sociedad civil.

Se partió de un análisis de la problemática en el contexto. Se realizó una comparación entre los desafíos que enfrentaba el PEN 2014-2018 con la situación actual, lo cual permitió determinar el nivel de avance del país en materia política, de condiciones, recursos financieros, acciones, y de monitoreo y evaluación, con respecto a los existentes en el 2013. Con ello, se definieron las deficiencias que aún persistían o los problemas a los que debía responder el PEN 2019-2023.

Se analizaron las prioridades y estrategias establecidas por organismos internacionales tales como las Estrategias Mundiales del Sector de la Salud para las ITS, las hepatitis y el VIH, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el período 2016-2021, con el objetivo de que el PEN lograra responder a estos instrumentos, políticas y estrategias. Se realizó un ejercicio comparativo entre los mismos para determinar primero, cómo se relacionaban unos con otros y con ello establecer el marco al que debían apegarse las líneas estratégicas del nuevo plan.

Todos estos elementos fueron retomados, en los talleres subsiguientes de consulta nacional, para proponer acciones estratégicas, a fin de revertir las brechas identificadas centradas, especialmente, en el ambicioso conjunto de metas mundiales de la vía rápida: "90-90-90".

5.2. VISIÓN Y MISIÓN OBJETIVA AL 2023

Visión

Reducir la incidencia de casos nuevos de ITS, VIH y hepatitis virales, la mortalidad relacionada con el sida y las complicaciones relacionadas con estas entidades, así como la discriminación en todas sus formas, asegurando que todas las personas –especialmente los grupos de población clave–, tengan acceso oportuno a servicios eficaces y sostenibles para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención crónica de dichas infecciones.

Misión

El Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023, tiene como propósito articular acciones para asegurar una Respuesta acelerada, eficaz y sostenible a las ITS, el VIH y las hepatitis en Cuba, basadas en un marco de cobertura sanitaria universal y focalizada en todas las etapas del proceso asistencial continuo.

5.3. MARCOS PARA LA ACCIÓN, ENFOQUES Y PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN

<table>
<tr><th colspan="2">Marcos para la acción</th></tr>
<tr><td>Cobertura sanitaria universal</td><td>La continuidad de los servicios relativos a las ITS, el VIH y las hepatitis víricas</td></tr>
<tr><td>Constituye una meta sanitaria general de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y abarca tres objetivos principales interrelacionados:
• aumentar la variedad, la calidad y la disponibilidad de los servicios de salud esenciales;
• mejorar la utilización equitativa de los servicios en función de las necesidades; y
• cubrir los costos de dichos servicios.</td><td>Todas las etapas del proceso asistencial frente a las ITS, el VIH y las hepatitis conforman el marco para organizar la aplicación del Plan y las intervenciones específicas que se deben adoptar, así como la información estratégica necesaria para focalizar las intervenciones, a fin de lograr el máximo impacto.</td></tr>
<tr><th colspan="2">Enfoque de acción acelerada</th></tr>
<tr><td colspan="2">Enfoque de salud pública: Procura garantizar el acceso más amplio posible a servicios de alta calidad a nivel de la población; alcanzar la equidad sanitaria, y promover la igualdad de género, y el respeto a la diversidad sexual e identidad de género; lograr la participación de las comunidades y movilizar a todos los sectores sociales en la Respuesta Nacional.
Enfoque de Intensificación (al máximo) de la prevención combinada en áreas de alta prevalencia:
• Preservativos (demanda-acceso y amplia cobertura);
• Amplio alcance de los grupos de población clave;
• Profilaxis previa a la exposición (PrEP) y posterior a la exposición (PEP) para grupos de población específicos;
• Búsqueda activa de casos de ITS, VIH y hepatitis B y C en grupos de población clave y campañas de movilización para vacunación contra la hepatitis B;
• Comunicación especializada; y
• Creación de demanda, a través de medios múltiples.
Enfoque sobre la prestación de servicios de pruebas de ITS basadas en las cinco C: Las cinco C (por sus siglas en inglés) de las directrices unificadas sobre servicios de prueba del VIH de la OMS de 2015 representan principios que se aplican en todos los modelos de servicios de pruebas de ITS de Cuba, y en todas las circunstancias: consentimiento, confidencialidad, asesoramiento, resultados correctos y vinculación con el cuidado.
Enfoque de tratamiento basado en tres pilares fundamentales: demanda, inversión y prestación.
Pilar 1: Demanda. Acciones estratégicas destinadas a aumentar la demanda de los servicios de pruebas y tratamiento de ITS, VIH y hepatitis.
Pilar 2: Inversión. Acciones estratégicas destinadas a movilizar recursos para hacer sostenible el acceso creciente a esquemas de tratamiento alineados con las recomendaciones internacionales y que garanticen la eficacia más alta.
Pilar 3: Prestación. Acciones estratégicas destinadas a cerrar brechas en el espectro continuo de la atención para mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral y las tasas de supresión viral (VIH), en la atención crónica de las hepatitis y en la atención integral de las ITS, el VIH y las hepatitis.</td></tr>
<tr><td>Principios orientadores</td><td>Liderazgo y compromiso, Alianzas, Responsabilidad e implicación, Innovación, Cero discriminación, Rendición de cuentas, y Seguimiento y evaluación.</td></tr>
</table>

5.4. MATRIZ DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2019-2023

Los resultados a lograr con la ejecución de este Plan Estratégico, se han clasificado en un objetivo general, tres objetivos específicos, tres ejes estratégicos (EE) y sus respectivas líneas estratégicas, en los que se describen las actividades por las cuales se alcanzarán dichos resultados.

5.4.1. Definición de objetivos estratégicos

Objetivo general

Acelerar en Cuba el progreso hacia el fin de las epidemias de ITS, VIH y hepatitis como problema de salud pública, así como de la discriminación en todas sus formas, al reducir la incidencia, las complicaciones y la mortalidad relacionada con estas entidades.

Objetivos estratégicos

1. Impulsar la ejecución de intervenciones de alto impacto para garantizar el acceso oportuno a servicios eficaces y sostenibles a lo largo del proceso asistencial continuo.
2. Promover y proteger los derechos humanos, la igualdad de género y la equidad sanitaria, a través de mecanismos de coordinación multisectorial eficientes e inclusivos.
3. Ampliar el financiamiento público de la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis, teniendo en cuenta la equidad y la eficiencia, y dando prioridad al primer nivel de atención, a fin de lograr la sostenibilidad.

5.4.2. Definición de ejes estratégicos

De aquí a 2023, la Respuesta Nacional debe seguir tres ejes estratégicos (EE) que se apoyan entre sí y cada uno de los cuales exige acciones específicas (véase resumen estratégico en figura 8).

1. **EE 1** - Continuo de la prevención, acceso al diagnóstico, atención y tratamiento de las ITS, el VIH y las hepatitis, y seguimiento a coinfecciones y/o comorbilidades: asegura el fortalecimiento y la expansión de las intervenciones combinadas específicas de gran impacto a lo largo del proceso asistencial continuo.

Se subdivide en cinco líneas estratégicas, a saber:

- Prevención para reducir la vulnerabilidad y el riesgo en grupos de población clave;
- Acceso al diagnóstico;
- Atención y tratamiento;
- Adherencia al tratamiento; y
- Atención crónica.

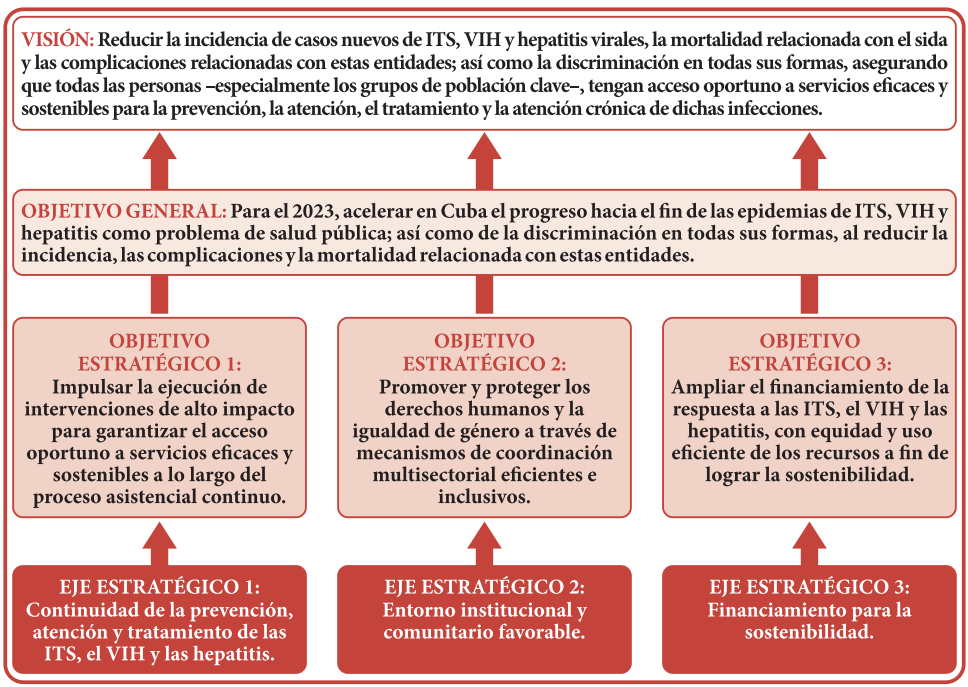
2. **EE 2** - Entorno institucional y comunitario favorable: se proponen intervenciones multisectoriales basadas en los derechos humanos y los principios de salud pública con el fin de garantizar un entorno social, jurídico y normativo favorable a la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis, con la participación activa de la sociedad civil en todos los niveles.
3. **EE 3** - Financiamiento para la sostenibilidad: asegura el acceso universal a servicios de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento financiados con recursos

nacionales, teniendo en cuenta la equidad y la eficiencia, con objeto de mejorar su capacidad para responder a la infección por el VIH, las ITS y a las hepatitis.

5.4.3. Definición de áreas de resultados clave que deben instrumentarse

- Vigilancia en salud y protección de la salud de la población general con énfasis en los grupos de población clave;
- 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;
- Gestión financiera y logística.

Figura 8. Resumen del Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis, 2019-2023



Fuente: Figura elaborada por los autores, a partir del concepto estratégico definido para el PEN 2019-2023.

5.4.4. Sistema de Monitoreo y Evaluación (M&E) del PEN 2019-2023

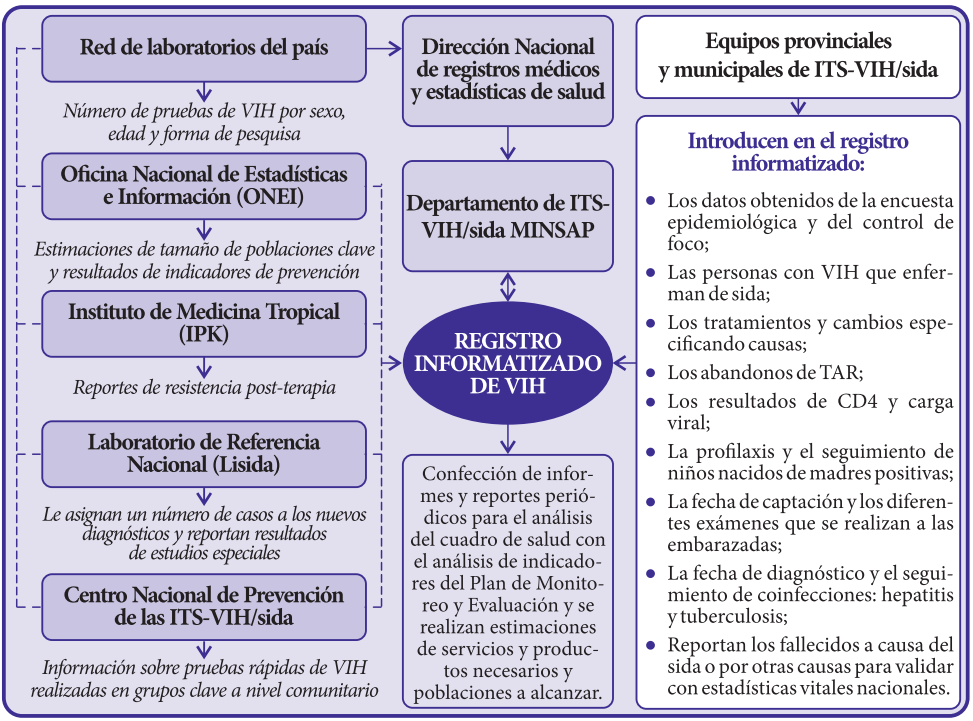
Infección por el VIH

El área de M&E constituirá un eje estratégico transversal del presente Plan. Se dará seguimiento al progreso y los logros de esta estrategia, por medio de un conjunto de

indicadores que tendrán una línea de base y metas establecidas, con diferentes frecuencias de evaluación, y sus resultados serán utilizados para el análisis del cuadro de salud a nivel de áreas de salud, municipios, provincias y nacionalmente.

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, los reportes de centros nacionales y provinciales, los sistemas informatizados **online** de coberturas de reactivos y medicamentos, los reportes de los laboratorios regionales, así como las encuestas nacionales de vigilancia del comportamiento. Todos serán utilizados integralmente para el análisis técnico periódico del plan y la corrección de acciones en función de los resultados (véase figura 9).

Figura 9. Sistema de información estadístico de VIH



Fuente: Figura elaborada por los autores.

Se establecerá 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 utilizará 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, reactivos, materiales educativos, pruebas, etc., garantizando que las acciones de prevención y apoyo sean incluyentes, y se dirijan con más énfasis hacia los grupos de población clave.

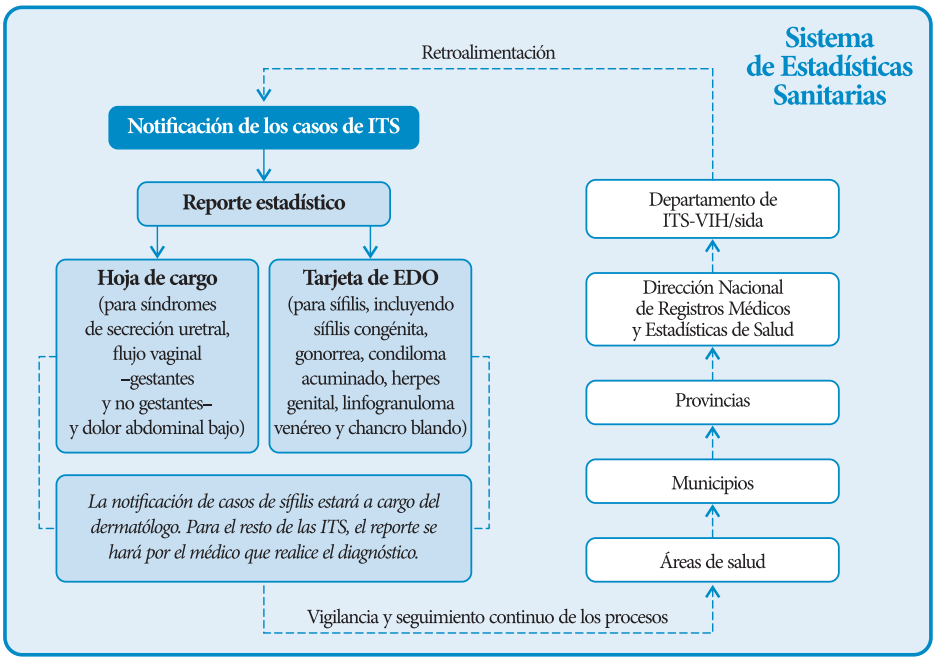
Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual pueden notificarse según su etiología o según el síndrome que producen. La elección dependerá de la disponibilidad de pruebas de laboratorio que haya en el medio asistencial. 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.

La notificación de los casos de ITS es obligatoria 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 (figura 10).

Figura 10. Notificación de los casos de ITS



Fuente: Figura elaborada por los autores.

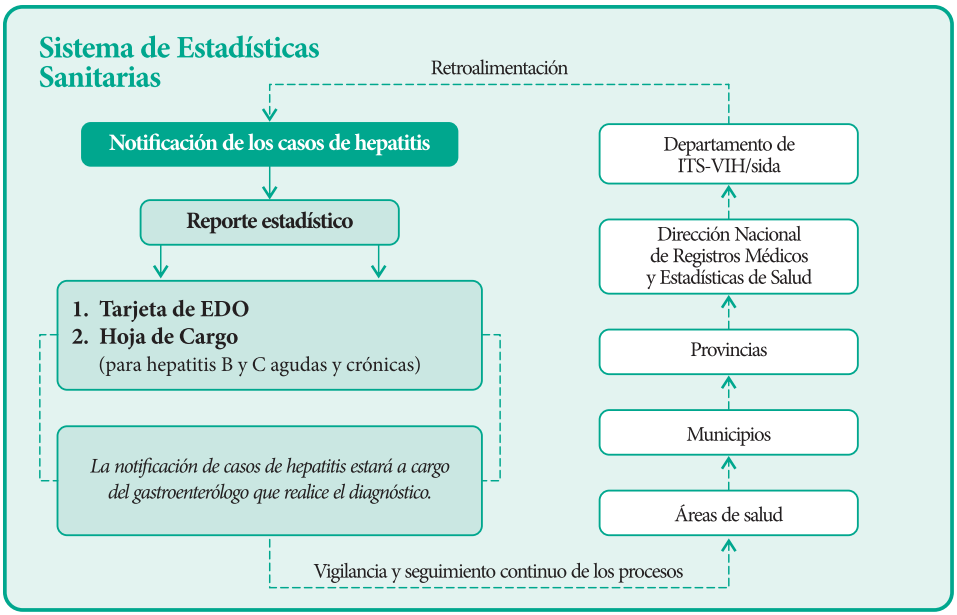
La información de los procesos se recogerá y monitoreará a nivel de provincias, municipios y áreas de salud, a través de la consolidación de datos procedentes de las unidades de salud, afianzados en cada nivel en los informes de ITS con periodicidad trimestral (trimestre, semestre, nonestre y año). El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

Hepatitis

La notificación de los casos de hepatitis es obligatoria en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria para todas las hepatitis que se reportan estadísticamente (figura 11).

Figura 11. Notificación de los casos de hepatitis



Fuente: Figura elaborada por los autores.

La información de los procesos se recogerá y monitoreará a nivel de provincias y municipios, a través de la consolidación de datos procedentes de las unidades de salud, asegurados en cada nivel en los informes programáticos con periodicidad mensual. 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.

5.4.4.1. Metas nacionales

El presente plan organizará su trabajo en torno a tres resultados transformadores centrados en las personas, a saber: a) reducir la incidencia de casos nuevos de ITS, VIH y hepatitis virales; b) reducir la mortalidad relacionada con el sida y las hepatitis víricas; y c) mantener eliminada la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis congénita y la hepatitis B perinatal.

A continuación, se presentan los principales indicadores de impacto relacionados con el presente Plan (tablas 10-12).

Tabla 10. Indicadores de impacto relacionados con la reducción de la incidencia de casos nuevos de ITS, VIH y hepatitis***

Indicador	Línea de base	Meta 2023
Incidencia: Nuevos casos de ITS.	1445 (2010)	Reducción de un 25 % de la incidencia de sífilis con respecto al 2010.
	4210 (2010)	Reducción de un 25 % de la incidencia de blenorragia con respecto al 2010.
Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH.	2200 (2010)	Reducción del 15 % de las nuevas infecciones por VIH, con respecto al 2010.
Nuevos casos de infecciones crónicas por virus de las hepatitis B.	57 (2017)*	Reducción de un 20 % de nuevas infecciones por hepatitis B con respecto al 2017.
Nuevos casos de infecciones crónicas por virus de las hepatitis C.	139 (2017)**	Reducción del 20 % de nuevas infecciones por hepatitis C con respecto al 2017.

Fuente: Elaborado a partir de resultados publicados en el Anuario Estadístico de Salud 2016, Edición 2017 y Registro informatizado de VIH/sida.

Tabla 11. Indicadores de impacto relacionados con la reducción de la mortalidad relacionada con las ITS, las hepatitis víricas B y C, y el VIH***

Indicador	Línea de base	Meta 2023
Número estimado de casos nuevos de cáncer*** cérvicouterino.	1415 (2012)	Reducción del 5 % en relación con el 2012.
Número estimado de muertes relacionadas con el sida.	364 (2014)	Reducción del 30 % en relación con el 2014.
Número estimado de muertes relacionadas por hepatitis víricas B y C.	1738 (2017)	Reducción del 20 %.

Fuente: Registro informatizado de VIH/sida.

Tabla 12. Indicadores de impacto relacionados con la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis congénita y la hepatitis B perinatal****

Indicador	Línea de base	Meta 2023
Tasa de incidencia de la sífilis congénita.	0,04 mil NV (2017)	Menor o igual a 0,5 casos de sífilis congénita (incluidos los mortinatos) por 1000 nacidos vivos.
Tasa de transmisión maternoinfantil del VIH.	1,0 % (2017)	Transmisión maternoinfantil (TMI) menor o igual a 2 %
Prevalencia de HBsAg en los niños de 4 a 6 años de edad.	Por definir	Prevalencia de positividad al HBsAg menor o igual a 0,1 % en los niños de 4 a 6 años de edad.

Fuente: Registro informatizado de VIH/sida, Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de salud, MINSAP.

* Nota técnica: se inició el reporte de casos crónicos en 2017.

** Idem.

*** Una reducción de 5 % en comparación con la línea de base del 2012.

**** Alineada a la Iniciativa ETMI-plus: Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas.

5.4.5. 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 es el encargado de hacer cumplir el Plan Estratégico para el período 2019-2023 y tomar las decisiones que correspondan para su modificación;
- El Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis, 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;
- Las Comisiones Técnicas de ITS-VIH y la de hepatitis, serán responsables 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 estas entidades;

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 y jefes de programa de hepatitis serán responsables de implementar, controlar, monitorear y evaluar los resultados del plan a este nivel; y
- 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

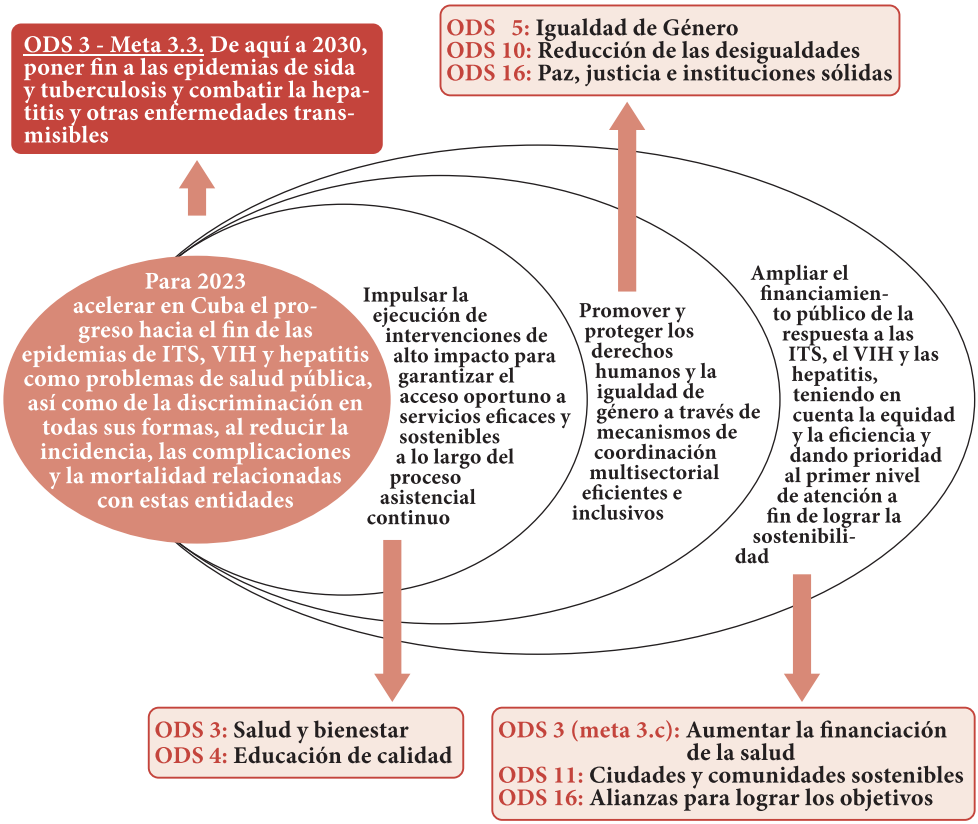
- El director del policlínico será el responsable de la implementación y cumplimiento del plan a ese nivel; y
- El Equipo Básico de Salud será el responsable de la realización de las acciones contenidas en el plan, aplicadas a la familia y su comunidad.

5.4.6. Relación entre los objetivos estratégicos y los objetivos mundiales existentes (Objetivos de Desarrollo Sostenible, ODS)

5.4.6.1. Alineación de los objetivos estratégicos del presente PEN y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible enfatiza un enfoque basado en darle prioridad a los más vulnerables para no dejar atrás a nadie. Se trata de crear sinergias entre los objetivos y las metas de desarrollo sostenible.

Figura 12. Alineación de los objetivos estratégicos y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)



Fuente: Figura elaborada por los autores, a partir de la triangulación de objetivos PEN y Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El vínculo entre los objetivos estratégicos del presente Plan Estratégico y los objetivos y metas de desarrollo sostenible, particularmente el objetivo 3.3 –para el año 2030, acabar con las epidemias de sida, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles–, presenta una gran oportunidad para la coprogramación de la Respuesta a las ITS, el VIH y las hepatitis y una agenda de desarrollo más amplia.

5.4.6.2. Fundamentación de la integración de los objetivos con los instrumentos internacionales

Agenda 2030-Objetivos	Estrategia ONUSIDA 2016-2021	Fundamentación de cómo el PEN integra los Objetivos de Desarrollo Sostenible
Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.	**Objetivo 1.** 90 % de las personas (niños, niñas, adolescentes y adultos) que viven con el VIH conocen su estado; 90 % de las personas que viven con el VIH y que conocen su estado están recibiendo tratamiento; 90 % de las personas en tratamiento han suprimido la carga viral. **Objetivo 2.** Cero nuevas infecciones por el VIH entre los niños y las madres con vida y saludables.	Se ha diseñado un **Programa de Prevención Combinado** que incluye paquete individual de servicios de alto impacto para alcanzar a los grupos de población clave dentro de un entorno propicio a nivel comunitario, el cual presupone la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios biomédicos como: consejería y pruebas de VIH; detección y tratamiento de las ITS y enfermedades oportunistas; PrEP y PEP; atención y cuidado; terapia antirretroviral; coinfección VIH/TB; reducción de carga viral.
Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.	**Objetivo 6.** 90 % de las poblaciones clave, incluidos los PPST, los HSH y las personas transgénero tienen acceso a servicios para la prevención combinada del VIH.	Se ha diseñado un Programa de Prevención Combinado que incluye paquete individual de servicios de alto impacto para alcanzar a los grupos de población clave dentro de un entorno propicio a nivel comunitario, el cual presupone la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios de cambio de comportamiento como: consejerías educativas, condones, lubricantes, materiales promocionales y el mercadeo social.
	Objetivo 7. 90 % de las personas que viven con el VIH, están en riesgo de infección y afectadas por el VIH, y no reportan ningún tipo de discriminación, especialmente en entornos de salud, educación y el lugar de trabajo.	Se ha diseñado un Programa de Prevención Combinado que incluye paquete individual de servicios de alto impacto para alcanzar a los grupos de población clave dentro de un entorno propicio a nivel comunitario, el cual presupone la participación, empoderamiento y liderazgo de las poblaciones clave, a fin de eliminar el estigma, la discriminación y violencia de género.
Objetivo 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.	**Objetivo 9.** Las inversiones financieras globales para la Respuesta al sida en países de renta baja y media alcanzan montos significativos en sus presupuestos de salud, con un aumento continuo de los niveles actuales de fuentes públicas nacionales.	Abordaje de los **determinantes sociales de la salud** que permitan fortalecer la función directriz del sector público en la financiación de sistemas de asistencia equitativos, que garanticen el acceso universal a la salud.

5.5. PLAN OPERATIVO

Eje estratégico n.º 1. Continuo de la prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH, el virus de la hepatitis B y las ITS							
Área estratégica 1.1. Prevención para reducir la vulnerabilidad y el riesgo en grupos de población clave							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Aumentar el uso del condón en los grupos de población clave.	Incrementado el uso del condón en grupos de población clave (GPC): Personas trans-género: 75,8 % HSH: 73,9 % PPST: 87,0 % Población de 15-49 años: 81,0 %	Adquisición y distribución de condones y lubricantes destinados a puntos de venta: entrega gratuita a GPC y la venta a destinos priorizados.	Número de condones adquiridos y distribuidos.	Informes de rendición de cuentas del área de condones.	EMSUME, MEDICUBA, Dirección de Medicamentos y Tecnología, Dirección de Economía, Departamento ITS-VIH/sida y las hepatitis, CNP ITS-VIH/sida.	2019	5.192.653,21
						2020	5.386.799,50
						2021	5.595.504,23
						2022	5.812.557,15
						2023	6.038.292,20
		Acciones Educativas de Mercadeo Social de Condones en sitios de encuentro de los GPC y puntos de venta de municipios seleccionados.	Porcentaje de grupos de población clave que reportan haber utilizado un preservativo en la última relación sexual.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida, ONEI.	Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores pares.	2019	490.116,75
						2020	541.082,32
						2021	555.958,37
						2022	571.429,46
						2023	587.519,38
		Campaña de bien público para la promoción del uso del condón.			CNPITS-VIH/sida.	2019	291.965,29
						2020	305.156,97
						2021	310.595,99
						2022	316.252,58
						2023	322.135,44
		Monitoreo del abastecimiento y las coberturas y vigilancia de la calidad y aceptación de los condones.			Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores pares.	2019	219.682,59
						2020	233.822,96
						2021	236.408,63
						2022	239.097,72
						2023	241.894,38

Incrementar la cobertura educativa en grupos de población clave.	Incrementada la cobertura educativa: Personas transgénero: 96,3 % HSH: 92,5 % PPST: 91,0 %	Actividades de IEC donde se transmitan mensajes de prevención, conectando a los grupos clave con servicios de alcance comunitario.	Porcentaje de grupos de población clave alcanzados con paquete de prevención.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida. ONEI.	Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores pares.	2019	464.984,75
						2020	509.063,22
						2021	522.658,49
						2022	536.797,58
						2023	551.502,24
		Actividades de IEC para grupos de población clave privada de libertad.			Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores pares.	2019	181.302,74
						2020	190.393,85
						2021	191.242,35
						2022	192.124,80
						2023	193.042,54
		Asesoramiento sobre el uso del preservativo y prácticas sexuales seguras, a través de servicios de consejería.			Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores pares.	2019	380.341,44
						2020	496.870,27
						2021	509.977,83
						2022	523.609,69
						2023	537.786,83
Ampliar la cobertura y retención de profilaxis previa a la exposición (PrEP) en grupos de población clave (personas transgénero, HSH).	Alcanzadas 2400 personas con profilaxis previa a la exposición (PrEP).	Promoción de los servicios, materiales educativos de apoyo, utilización de las TICs, trabajo comunitario de promotores pares.	Número de personas que reciben al menos una vez en los últimos 12 meses profilaxis previa a la exposición.	Informes anuales de los proyectos pilotos.	Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores pares.	2019	219.181,26
						2020	244.181,26
						2021	269.181,26
						2022	269.181,26
						2023	269.181,26
	75 % de los grupos de población clave que iniciaron PrEP: se mantienen en PrEP.	Seguimiento al funcionamiento de los pilotajes de PrEP, entrenamiento continuado al personal de salud y comunitario involucrado.	Porcentaje de personas que se mantiene en PrEP, 12 meses después de comenzada.	Informes anuales de los proyectos pilotos.	Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores pares.	2019	174.206,60
						2020	182.244,99
						2021	182.767,54
						2022	183.310,99
						2023	183.876,17

Estrategias	Resultado esperado (Meta 2023)	Actividades	Indicador	Fuente de verificación	Participantes	Estimaciones de costos anuales	
Fortalecer programas de prevención para adolescentes y jóvenes.	Incrementado el conocimiento relacionado con la transmisión del VIH, en jóvenes entre 15-24 años: 90,5 %.	Intervenciones de IEC para adolescentes y jóvenes.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad con conocimientos sobre la prevención del VIH.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida, ONEI.	Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores(as) de la red de jóvenes.	2019	209.257,41
						2020	296.116,01
						2021	301.193,40
						2022	306.473,88
						2023	311.965,59
Ampliar el acceso de las mujeres entre 15-49 años a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) utilizando los métodos más eficaces.*	Ampliadas las demandas de servicios de planificación familiar con métodos modernos, en mujeres entre 15-49 años: 92,8 %.	Desarrollar acciones educativas que favorezcan una cultura en salud sexual y reproductiva, en mujeres en edad fértil.	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que han visto satisfechas sus demandas de servicios de planificación familiar con métodos modernos.	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, UNICEF, Cuba.	CNPITS-VIH/sida y hepatitis, Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y promotores(as) de la red de jóvenes.	2019	296.583,87
						2020	339.628,33
						2021	346.446,22
						2022	353.536,82
						2023	360.911,04
Fortalecer los programas de prevención primaria del virus del papiloma humano (VPH) que contemple la introducción de la vacuna contra el VPH.	Establecidos los lineamientos técnicos y operativos para la introducción de la vacunación contra el VPH.	Desarrollar una investigación formativa para establecer los lineamientos técnicos y operativos para la introducción de la vacuna contra el VPH.**	Socialización de los lineamientos al 100 % de los decisores para la toma de decisiones.	Informes programáticos.	Departamento de Enfermedades Transmisibles, Sección independiente de cáncer, Atención Primaria de Salud (APS), hospitales.	2019	179.179,65
						2020	186.631,45
						2021	187.329,46
						2022	188.055,38
						2023	188.810,35

* Se consideran métodos anticonceptivos modernos los siguientes: La píldora (anticonceptivos orales), dispositivo intrauterino (DIU), anticonceptivos inyectables, esterilización femenina, esterilización masculina, preservativo femenino, preservativo masculino, implantes, anticonceptivos de emergencia, método de días fijos, método de amenorrea lactacional y diafragma.

** Análisis de costos, distribución de la vacuna, factores sociales y culturales, así como políticas y promoción.

Área estratégica 1.2. Acceso al diagnóstico							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Infección por el VIH							
Incrementar la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.	Que el 91,7 % de las personas que viven con el VIH conozca su estado serológico.	Búsqueda de casos de VIH en población general y grupos de población clave.	Porcentaje de personas que viven con el VIH y conocen su estado serológico.	Registro informatizado de VIH.	Equipo Básico de Salud (EBS), enfermera especializada en ITS, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y hepatitis, otros.	2019	760.593,10
						2020	816.807,82
						2021	837.163,74
						2022	858.333,90
						2023	880.350,87
			Porcentaje de personas pertenecientes a grupos de población clave que se realizaron prueba de VIH en el último año y conocen sus resultados.	Encuesta de indicadores de prevención de la ONEI.	ONEI.	2019	421.617,90
						2020	431.304,78
						2021	436.240,58
						2022	441.373,80
						2023	446.712,37
Prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH.	> 95 % de las embarazadas y sus parejas sexuales con prueba de VIH realizada.	Realización de prueba de VIH a embarazadas y sus parejas sexuales en la atención prenatal.	Porcentaje de embarazadas con prueba de VIH realizada durante la atención prenatal.	Sistema estadístico de Programa de Pesquisa para sífilis y sida.	EBS, enfermera especializada en ITS, PAMI, director del área de salud.	2019	431.445,96
						2020	471.920,21
						2021	478.480,62
						2022	485.303,46
						2023	492.399,19

Área estratégica 1.2. Acceso al diagnóstico (Continuación)							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Infección por el VIH (Continuación)							
Prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH. (Cont.)	> 95 % de las embarazadas y sus parejas sexuales con prueba de VIH realizada. (Cont.)	Realización de prueba de VIH a embarazadas y sus parejas sexuales en la atención prenatal. (Cont.)	Porcentaje de parejas sexuales de gestantes con pruebas de VIH realizadas durante la atención prenatal.	Sistema estadístico de Programa de Pesquisa para sífilis y sida.	EBS, enfermera especializada en ITS, Programa de Atención Maternoinfantil (PAMI), director del área de salud.	2019	431.445,96
						2020	471.920,21
						2021	478.480,62
						2022	485.303,46
						2023	492.399,19
	> 95 % de las embarazadas que se sabe tienen VIH con carga viral (CV) realizada.	Seguimiento virológico de embarazadas con VIH.	Porcentaje de embarazadas con carga viral realizada durante el embarazo según protocolo.	Registro informatizado de VIH.	EBS, enfermera especializada en ITS, médico designado para atención a PVV, jefe de programa de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	516.538,34
						2020	550.787,62
						2021	560.502,73
						2022	570.606,44
						2023	581.114,30
	> 95 % de las embarazadas que se sabe tienen VIH con tratamiento antirretroviral.	Tratamiento antirretroviral a embarazadas con VIH.	Porcentaje de embarazadas con VIH que tiene TAR para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil (TMI).	Registro informatizado de VIH.	EBS, enfermera especializada en ITS, médico designado para atención a PVV, jefe de programa de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	1.327.328,34
						2020	1.396.010,84
						2021	1.439.534,88
						2022	1.484.799,88
						2023	1.531.875,48

Prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH. (Cont.)	> 95 % de los niños que se sabe estuvieron expuestos al VIH con pruebas realizadas.	Diagnóstico infantil precoz.	Porcentaje de niños expuestos al VIH a los que se le realizaron las pruebas de seguimiento según protocolo.	Registro informatizado de VIH.	EBS, enfermera especializada en ITS, médico designado para atención a PVV, jefe de programa de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	820.044,56
						2020	823.130,39
						2021	843.739,21
						2022	865.172,38
						2023	887.462,89
	> 95 % de los niños nacidos de madres con VIH con profilaxis para la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI).	Profilaxis para la PTMI en niños nacidos de madres con VIH.	Porcentaje de niños nacidos de madres con VIH que recibieron profilaxis para PTMI.	Registro informatizado de VIH.	EBS, enfermera especializada en ITS, pediatra.	2019	330.919,29
						2020	340.923,38
						2021	342.243,92
						2022	343.617,28
						2023	345.045,57
Infecciones de transmisión sexual (ITS)							
Prevenir la TMI de la sífilis congénita.	> 95 % de las embarazadas y sus parejas sexuales con prueba serológica para sífilis realizada.	Realización de prueba serológica para sífilis a embarazadas y sus parejas sexuales en la atención prenatal.	Porcentaje de embarazadas con prueba serológica para sífilis realizada durante la atención prenatal.	Sistema estadístico de Programa de Pesquisa para sífilis y sida.	EBS, enfermera especializada en ITS, PAMI, director del área de salud.	2019	123.536,07
						2020	164.010,32
						2021	170.570,73
						2022	177.393,57
						2023	184.489,30

Área estratégica 1.2. Acceso al diagnóstico (Continuación)							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
ITS (Continuación)							
Prevenir la TMI de la sífilis congénita. (Cont.)	> 95 % de las embarazadas y sus parejas sexuales con prueba serológica para sífilis realizada. (Cont.)	Realización de prueba serológica para sífilis a embarazadas y sus parejas sexuales en la atención prenatal. (Cont.)	Porcentaje de parejas sexuales de embarazadas con prueba serológica para sífilis realizada durante la atención prenatal.	Sistema estadístico de Programa de Pesquisa para sífilis y sida.	EBS, enfermera especializada en ITS, PAMI, director del área de salud.	2019	123.536,07
						2020	164.010,32
						2021	170.570,73
						2022	177.393,57
						2023	184.489,30
	100 % de las embarazadas reactivas a sífilis tratadas adecuadamente.	Tratamiento de las embarazadas reactivas a sífilis.	Proporción de embarazadas reactivas tratadas para sífilis.	Información programática.	EBS, enfermera especializada en ITS, PAMI, director del área de salud, dermatólogo que atiende el área.	2019	1.236.963,50
						2020	1.380.686,73
						2021	1.435.914,20
						2022	1.493.350,77
						2023	1.553.084,80
	100 % de niños expuestos a sífilis con seguimiento completo según protocolo.	Seguimiento de niños expuestos a sífilis.	Porcentaje de niños expuestos a sífilis con seguimiento completo según protocolo.	Información programática.	EBS, enfermera especializada en ITS, PAMI, director del área de salud, dermatólogo que atiende el área.	2019	482.878,96
						2020	509.550,46
						2021	529.932,49
						2022	551.129,78
						2023	573.174,97
	100 % de niños expuestos a sífilis con criterio de tratamiento que fueron tratados.	Tratamiento de niños expuestos a sífilis.	Porcentaje de niños expuestos a sífilis con criterio de tratamiento que fueron tratados.	Información programática.	EBS, enfermera especializada en ITS, PAMI, director del área de salud, dermatólogo que atiende el área.	2019	241.439,48
						2020	254.775,23
						2021	264.966,24
						2022	275.564,89
						2023	286.587,49

Hepatitis							
Prevenir la transmisión maternoinfantil de la hepatitis B.	> 95 % de las gestantes con prueba de HBsAg (antígeno de superficie de la hepatitis B) realizada en la atención prenatal.	Realización de prueba HBsAg en la atención prenatal.	Proporción de embarazadas con HBsAg realizado en la atención prenatal.	SIE tecnología SUMA.	Áreas de salud, enfermera especializada en ITS.	2019	431.445,96
						2020	471.920,21
						2021	478.480,62
						2022	485.303,46
						2023	492.399,19
	≥ 90 % de los hijos de madres con hepatitis B con seguimiento completo según protocolo.	Cumplimiento del protocolo de seguimiento de los hijos de madres con hepatitis B.	Porcentaje de niños de madres con hepatitis B estudiados a los 18 meses de edad.	Informes del IPK y provinciales.	EBS, áreas de salud, enfermera especializada en ITS.	2019	431.445,96
						2020	471.920,21
						2021	478.480,62
						2022	485.303,46
						2023	492.399,19
	≥ 95 % de recién nacidos vacunados contra la hepatitis B en las primeras 24 horas de vida.	Vacunación contra la hepatitis B en las primeras 24 horas de vida a niños nacidos de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo.	Porcentaje de niños de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo, vacunados contra la hepatitis B.	SIE vacunación.	Áreas de salud, enfermera especializada en ITS y hospitales maternos.	2019	1.544.873,38
						2020	1.688.596,62
						2021	1.743.824,09
						2022	1.801.260,65
						2023	1.860.994,68
	≥ 95 % de recién nacidos con Gamma Globulina Anti-hepatitis B aplicada en las primeras 24 horas.	Aplicación de Gamma Globulina Anti-hepatitis B en las primeras 24 horas de vida a niños nacidos de madres con antígeno de superficie de hepatitis B.	Porcentaje de niños de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo, con Gamma Globulina Anti-hepatitis B aplicada en las primeras 24 horas de vida.	Informe programático con datos obtenidos en los hospitales maternos.	Áreas de salud, enfermera especializada en ITS y hospitales maternos.	2019	790.788,85
						2020	817.460,35
						2021	837.842,37
						2022	859.039,67
						2023	881.084,86

Área estratégica 1.2. Acceso al diagnóstico (Continuación)							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Hepatitis (Continuación)							
Interrumpir la cadena de transmisión de hepatitis B y C en población seleccionada.	Incrementada en 5 % anual la vacunación en la población seleccionada.	Vacunación contra la hepatitis B a población seleccionada.	Porcentaje de personas con tercera dosis de vacuna contra la hepatitis B aplicada.	SIE vacunación.	Áreas de salud, enfermera especializada en ITS.	2019	549.349,37
						2020	562.685,12
						2021	572.876,13
						2022	583.474,78
						2023	594.497,37
	Incrementada en 5 % anual la búsqueda activa de casos de hepatitis B en la población seleccionada.	Realización de HBsAg a la población seleccionada al menos una vez al año.	Porcentaje de personas pertenecientes a la población seleccionada que se han realizado HBsAg.	SIE tecnología SUMA.	Áreas de salud, enfermera especializada en ITS.	2019	431.445,96
						2020	471.920,21
						2021	478.480,62
						2022	485.303,46
						2023	492.399,19
	Incrementada en 5 % anual la búsqueda activa de casos de hepatitis C en la población seleccionada.	Realización de Anti-VHC al menos una vez al año.	N.º de pruebas de Anti-VHC realizadas en población seleccionada.	SIE tecnología SUMA.	Áreas de salud, enfermera especializada en ITS.	2019	330.919,29
						2020	340.923,38
						2021	342.243,92
						2022	343.617,28
						2023	345.045,57

Área estratégica 1.3. Atención y tratamiento							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Infección por el VIH							
Tratar con antirretrovirales a todas las personas que se conocen viven con el VIH.	90 % de las personas que viven con el VIH tratadas con antirretrovirales.	Indicación de terapia antirretroviral a todas las personas que viven con el VIH.	Porcentaje de personas que viven con el VIH con terapia antirretroviral.	Registro informatizado de VIH.	Áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	24.649.354,37
						2020	26.661.920,36
						2021	27.538.797,18
						2022	28.450.749,06
						2023	29.399.179,03
Promover la vinculación precoz a la atención.	90 % de las personas que viven con el VIH diagnosticadas se encuentran vinculadas a la atención.	Seguimiento de la dispensarización de personas que viven con el VIH a nivel del área de salud.	Porcentaje de personas que viven con el VIH vinculadas a la atención.	Registro informatizado de VIH.	EBS, áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	572.254,96
						2020	689.454,81
						2021	717.033,00
						2022	745.714,33
						2023	775.542,90
Aumentar el acceso de las personas que viven con el VIH a pruebas de CV.	≥ 95 % de las personas en TAR tengan una CV realizada al año.	Indicación de carga viral a la totalidad de personas que viven con el VIH en TAR según protocolo.	Porcentaje de personas que viven con el VIH que tienen al menos una carga viral realizada post TAR en un período de 12 meses.	Registro informatizado de VIH.	Áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	2.715.233,30
						2020	2.916.489,27
						2021	3.033.148,84
						2022	3.154.474,80
						2023	3.280.653,79

Área estratégica 1.3. Atención y tratamiento (Continuación)							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Infección por el VIH (Continuación)							
Tratar con antirretrovirales a todas las personas que se conoce viven con el VIH. (Cont.)	≥ 95 % de las personas que viven con el VIH tengan una carga viral basal.	Realización de carga viral al momento del diagnóstico.	Porcentaje de personas que viven con el VIH diagnosticadas en el período y que tienen carga viral realizada.	Registro informatizado de VIH.	Áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	601.715,71
						2020	611.870,08
						2021	636.344,89
						2022	661.798,69
						2023	688.270,63
Estadificación temprana de nuevos casos de VIH.	95 % de personas que viven con el VIH estadificados precozmente.	Evaluación del estado inmunológico al diagnóstico.	Porcentaje de casos nuevos de VIH a los que se les ha realizado una prueba de CD4 al diagnóstico.	Registro informatizado de VIH.	EBS, áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	405.032,00
						2020	331.286,00
						2021	252.032,00
						2022	193.586,00
						2023	166.964,00
	90 % de casos nuevos de VIH con más de 200 células CD4 al diagnóstico.	Diversificación de las vías para ampliar la búsqueda de casos de VIH en la población.	Porcentaje de casos nuevos de VIH con más de 200 células CD4 al diagnóstico.	Registro informatizado de VIH.	Áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	478.417,47
						2020	478.417,47
						2021	497.554,16
						2022	517.456,33
						2023	538.154,58

Hepatitis							
Tratar a las personas con hepatitis crónica B y C.	90 % de las personas con hepatitis B crónica tratadas.	Indicación de tratamiento a las personas con hepatitis B crónica.	Porcentaje de personas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento según protocolos vigentes.	Registros programáticos de personas con tratamiento.	Jefes provinciales de programa de hepatitis, especialistas tratantes del Instituto de Gastroenterología y de consultas provinciales de hepatitis.	2019	70.087,50
						2020	73.545,05
						2021	75.286,85
						2022	77.098,33
						2023	78.982,26
	> 90 % de casos de hepatitis B crónica con supresión vírica.		Porcentaje de pacientes con hepatitis B crónica en tratamiento que alcanzan supresión viral.	Registro informatizado de VIH.	Especialista de asistencia.	2019	601.715,71
						2020	611.870,08
						2021	636.344,89
						2022	661.798,69
						2023	688.270,63
	65 % de las personas con hepatitis C crónica tratadas.	Indicación de tratamiento a las personas con hepatitis C crónica.	Porcentaje de personas con hepatitis C crónica que inician tratamiento según protocolos vigentes.	Instituto de Gastroenterología y consultas provinciales de hepatitis.	Jefes provinciales de programa de hepatitis, especialistas tratantes del Instituto de Gastroenterología y de consultas provinciales de hepatitis.	2019	405.032,00
						2020	331.286,00
						2021	252.032,00
						2022	193.586,00
						2023	166.964,00
	> 90 % de casos de hepatitis C crónica curados.		Porcentaje de pacientes con hepatitis C crónica que logran curación entre aquellos que completaron el tratamiento.		Especialista de asistencia.	2019	601.715,71
						2020	611.870,08
						2021	636.344,89
						2022	661.798,69
						2023	688.270,63

Área estratégica 1.3. Atención y tratamiento (Continuación)							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Infecciones de transmisión sexual (ITS)							
Interrumpir cadena de transmisión de la blenorragia.	> 95 % de casos de blenorragia tratados.	Tratamiento de casos de blenorragia.	Porcentaje de casos de blenorragia tratados según recomendaciones nacionales actualizadas.	Informes programáticos.	Enfermeras especializadas en ITS de las áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y hepatitis.	2019	1.326.941,16
						2020	1.430.144,90
						2021	1.487.350,70
						2022	1.546.844,73
						2023	1.608.718,51
	> 95 % de parejas sexuales con blenorragia tratados.	Tratamiento de parejas sexuales con blenorragia.	Porcentaje de parejas sexuales con blenorragia tratadas.		Enfermeras especializadas en ITS de las áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	1.615.054,51
						2020	1.715.579,24
						2021	1.784.202,41
						2022	1.855.570,51
						2023	1.929.793,33
Interrumpir cadena de transmisión de la sífilis.	> 95 % de casos de sífilis y sus parejas sexuales tratados.	Tratamiento de casos de sífilis.	Porcentaje de casos de sífilis tratados.	Informes programáticos.	Enfermeras especializadas en ITS de las áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	1.326.941,16
						2020	1.430.144,90
						2021	1.487.350,70
						2022	1.546.844,73
						2023	1.608.718,51
	> 95 % de parejas sexuales tratados.	Tratamiento de parejas sexuales de casos de sífilis.	Porcentaje de parejas sexuales tratadas.		Enfermeras especializadas en ITS de las áreas de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	1.615.054,51
						2020	1.715.579,24
						2021	1.784.202,41
						2022	1.855.570,51
						2023	1.929.793,33

ITS (Continuación)							
Fortalecer el monitoreo de la resistencia de *N. gonorrhoeae* a los antimicrobianos.	100 % de los laboratorios seleccionados vigilando la resistencia de la *N. gonorrhoeae.*	Vigilancia de la resistencia de *N. gonorrhoeae.*	Porcentaje de laboratorios que vigilan la resistencia de *N. gonorrhoeae.*	Informes de laboratorio de referencia del IPK.	Laboratorios de microbiología seleccionados. Laboratorio de referencia del IPK.	2019	241.439,48
						2020	254.775,23
						2021	264.966,24
						2022	275.564,89
						2023	286.587,49

Área estratégica 1.4. Adherencia al tratamiento

Estrategias	Resultado esperado (Meta 2023)	Actividades	Indicador	Fuente de verificación	Participantes	Estimaciones de costos anuales	
Infección por el VIH							
Disminuir la carga viral comunitaria.	90 % de las PVV con TAR tienen carga viral suprimida.	Campaña de bien público para la promoción de la adherencia al tratamiento, apego a la atención y supresión viral.	Porcentaje de personas que viven con el VIH en TAR que tienen carga viral suprimida un año después de comenzada el TAR.	Informes de rendición de cuentas del área de comunicación.	CNPITS-VIH/sida	2019	182.396,42
						2020	185.850,38
						2021	186.517,14
						2022	187.210,58
						2023	187.931,76
		Apoyo a la adherencia mediante consejería en adherencia para PVV en TAR y sus parejas, con participación de la APS y la Red de PVV.		Informes de rendición de cuentas del CNPITS-VIH/sida, la Línea de Apoyo a personas que viven con el VIH (LAPVV), el Registro informatizado, el MINSAP.	EBS, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director de área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y LAPVV.	2019	703.943,45
						2020	714.396,94
						2021	736.205,56
						2022	758.885,58
						2023	782.474,75

Área estratégica 1.4. Adherencia al tratamiento (Continuación)							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Infección por el VIH (Continuación)							
Disminuir la carga viral comunitaria (Cont.).	90 % de las PVV con TAR tienen carga viral suprimida.	Monitoreo de la adherencia al TAR a nivel comunitario.	Porcentaje de personas que viven con el VIH en TAR que tienen carga viral suprimida un año después de comenzada el TAR.	Informes de rendición de cuentas del CNPITS-VIH/sida, la Línea de Apoyo a personas que viven con el VIH, el Registro informatizado, el MINSAP.	EBS, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y LAPVV.	2019	733.262,83
						2020	742.815,80
						2021	765.761,18
						2022	789.624,37
						2023	814.442,10
Incrementar la retención a la TAR.	> 95 % de las personas en TAR se mantienen en tratamiento.	Realización de consejería en adherencia y apoyo del personal de salud y promotores pares.	Porcentaje de personas que continúan en TAR a los 12 meses de iniciarlo.	Registro informatizado.		2019	348.556,57
						2020	363.607,65
						2021	371.384,71
						2022	379.472,84
						2023	387.884,50
Mantener niveles óptimos de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales.	100 % de los puntos de distribución de ARV se encuentren abastecidos en el período.	Monitoreo sistemático de las existencias de ARV.	Porcentaje de puntos de distribución de ARV que se mantuvieron abastecidos durante el período.	Portal COMEDICS, EMCOMED.	Dirección Nacional de Medicamentos, MINSAP, Departamento de Servicios Farmacéuticos, Departamento ITS-VIH/sida y hepatitis, CNPITS-VIH/sida, Grupo de Análisis y Planificación de medicamentos y reactivos (GAP) provinciales, EMCOMED.	2019	314.169,43
						2020	321.122,36
						2021	327.199,40
						2022	333.520,75
						2023	340.094,33

Área estratégica 1.5. Atención crónica y otras comorbilidades							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Coinfección VIH/TB							
Prevenir la coinfección VIH/TB.	≥ 95 % de las personas con TB testada para VIH.	Evaluación del estado respecto a la infección por VIH en casos de tuberculosis.	Porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada.	Sistema estadístico de Programa de Pesquisa para sífilis y sida.	EBS, vicedirector de H. y E. del área de salud, jefe de programa de TB.	2019	402.855,12
						2020	421.467,90
						2021	431.559,36
						2022	442.054,49
						2023	452.969,41
	> 95 % de adultos y niños elegibles que iniciaron terapia preventiva con Isoniazida.	Iniciación de terapia preventiva con Isoniazida en casos de nuevo diagnóstico.	Porcentaje de adultos y niños incorporados en servicios de atención para VIH que iniciaron terapia preventiva con Isoniazida.	Informes programáticos, registro informatizado de VIH.	EBS, vicedirector del H. y E. del área de salud. Especialista designado para atención a PVV, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis.	2019	975.378,16
						2020	1.015.486,21
						2021	1.049.338,41
						2022	1.084.544,26
						2023	1.121.159,24
Tratar con terapia combinada a las personas con coinfección VIH/TB.	97 % de las personas coinfectadas con TB estén tratadas para ambas entidades.	Tratamiento combinado de la coinfección VIH/TB.	Porcentaje de casos con coinfección VIH/TB que son tratados para ambas entidades.	Informes programáticos, registro informatizado de VIH.	EBS, vicedirector de H. y E. del área de salud, especialista designado para atención a PVV.	2019	572.279,71
						2020	592.333,73
						2021	609.259,83
						2022	626.862,76
						2023	645.170,25

Área estratégica 1.5. Atención crónica y otras comorbilidades (Continuación)							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Coinfección VIH/TB (Continuación)							
Mejorar la tasa de curación de la tuberculosis en pacientes coinfectados con VIH/TB.	≥ 90 % de las personas portadoras de coinfección con VIH/TB curados de TB.	Que adherencia al TAR en PVV con coinfección VIH/TB se mantenga.	Proporción de casos de coinfección VIH/TB que se reportan como curados de tuberculosis.	Sistema estadístico de TB.	APS, Atención Secundaria de Salud (ASS), secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, LAPVV.	2019	437.913,56
						2020	451.282,91
						2021	462.566,97
						2022	474.302,26
						2023	486.507,25
		Consejería para promover el autocuidado.				2019	184.183,94
						2020	224.191,10
						2021	226.391,49
						2022	228.679,90
						2023	231.059,85
Coinfección VIH/VHB y VIH/VHC							
Mejorar el abordaje integral de la coinfección VIH/VHB-VHC.	95 % de las personas diagnosticadas con VIH con marcadores virales para hepatitis B y C realizados.	Realización de marcadores virales de hepatitis B y C a personas diagnosticadas con VIH.	Porcentaje de personas que inician terapias antirretrovirales que se han sometido a pruebas para la detección del VHB y VHC (para adaptar tratamiento).	Registro informatizado de VIH/sida y reportes provinciales.	APS, ASS, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, LAPVV.	2019	346.849,44
						2020	468.802,73
						2021	480.787,59
						2022	493.251,85
						2023	506.214,67

Coinfección VIH/VHB y VIH/VHC (Continuación)							
Mejorar el abordaje integral de la coinfección VIH/VHB-VHC (Cont.).	95 % de las personas diagnosticadas con VIH con marcadores virales para hepatitis B y C realizados.	Tratamiento de las personas con VIH coinfectadas con el virus de las hepatitis B y/o C.	Porcentaje de personas con coinfección VIH/VHB y VHC tratadas.	Registro informatizado de VIH/sida y reportes provinciales.	APS, ASS, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y hepatitis, LAPVV.	2019	1.098.214,15
						2020	1.273.857,31
						2021	1.318.044,35
						2022	1.363.998,88
						2023	1.411.791,58
Realizar pruebas de detección precoz de lesiones precancerosas y malignas de cuello uterino a población femenina de 25 y más años.	Incrementar en 5 % el número de mujeres de 25 y más años que tienen actualizada la prueba citológica según protocolo.	Acciones educativas para la prevención y detección precoz del cáncer cérvicouterino y otras ITS.	Porcentaje de mujeres 25 y más años con pruebas citológica realizada en el año.	Dirección de registros médicos y estadísticas de salud.		2019	384.192,53
						2020	394.193,37
						2021	399.993,85
						2022	406.026,36
						2023	412.300,16

Eje estratégico n.º 2. Entorno institucional y comunitario favorable							
Área estratégica 2.1. Respuesta intersectorial							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Redimensionar la Respuesta intersectorial a todos los niveles.	100 % de las provincias y 90 % de los municipios priorizados con GOPELS funcionando sistemáticamente.	Realización de reuniones del GOPELS con la periodicidad establecida según reorganización del trabajo intersectorial (ver Bases normativas).	Porcentaje de reuniones planificadas y realizadas.	Reporte mensual de indicadores de la Respuesta intersectorial.	Direcciones provinciales y municipales de salud, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, y sectores miembros del GOPELS de los diferentes niveles.	2019	289.377,69
						2020	221.045,92
						2021	223.120,51
						2022	225.278,08
						2023	227.521,94
Área estratégica 2.2. Acceso a los servicios de VIH							
Mejorar los niveles de acceso de los grupos de población clave a los servicios de salud.	Reducidas, en un 5 %, con respecto a la línea base (2017), las experiencias de discriminación relacionadas con el VIH en servicios de salud, la evitación de búsqueda de atención médica y el reporte de actitudes discriminatorias hacia PVV.	Actividades para la reducción del estigma y la discriminación en entornos laborales, sanitarios y educativos, y apoyo entre iguales para promover la salud y la no discriminación.	Porcentaje de personas que viven con el VIH que informan experiencias de discriminación relacionadas con el VIH en servicios de salud. Porcentaje de grupos de población clave que evitaron buscar atención médica en los últimos 12 meses.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida, ONEI.	Secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS y LAPVV.	2019	210.939,83
						2020	324.346,49
						2021	330.553,10
						2022	337.007,96
						2023	343.721,04

Área estratégica 2.2. Acceso a los servicios de VIH (Continuación)							
Disminuir las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH y los niveles de violencia hacia las mujeres y grupos de población clave.	Reducidas, en un 6,4 %, respecto a la línea base (2017) por cada año de implementación del PEN, las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH y los niveles de violencia hacia las mujeres y grupos de población clave.	Formación de capacidades sobre los derechos en grupos de población clave y vulnerables.	Porcentaje de mujeres y hombres de entre 15 y 49 años de edad que reportan actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida, ONEI.	CNPITS-VIH/sida, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS.	2019	169.181,26
						2020	215.097,56
						2021	252.328,95
						2022	255.654,86
						2023	259.113,80
		Formación del personal de salud sobre derechos humanos y ética médica en relación con el VIH.				2019	262.711,10
						2020	191.202,94
						2021	195.786,52
						2022	196.850,74
						2023	197.957,51
	Reducido, por cada año de implementación del PEN, el número de mujeres y grupos de población clave (HSH y mujeres transgénero) que refieren haber recibido violencia reciente por parte de una pareja íntima. Mujeres: 1,5 % Transgéneros: 30,2 % HSH: 6 %	Observatorios para la denuncia de manifestaciones de violencia, estigma y discriminación, donde se ofrezca información, derivación, asesoramiento y representación jurídica en relación con el VIH.	Porcentaje de mujeres y grupos de población clave (HSH y mujeres transgénero) que refieren haber recibido violencia reciente por parte de una pareja íntima.			2019	199.108,56
						2020	337.586,88
						2021	366.355,75
						2022	374.242,73
						2023	382.445,19

Área estratégica 2.2. Acceso a los servicios de VIH (Continuación)							
Estrategias	**Resultado esperado (Meta 2023)**	**Actividades**	**Indicador**	**Fuente de verificación**	**Participantes**	**Estimaciones de costos anuales**	
Disminuir las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH y los niveles de violencia hacia las mujeres y grupos de población clave (Cont.).	100 % de las provincias y 90 % de los municipios priorizados con GOPELS funcionando sistemáticamente.	Actividades para reducir la discriminación relacionada con el género y el VIH, las normas de género dañinas y la violencia contra mujeres y niñas y las poblaciones clave en toda su diversidad.	Porcentaje de mujeres y grupos de población clave (HSH y mujeres transgénero) que refieren haber recibido violencia reciente por parte de una pareja íntima.	Encuesta sobre Indicadores de Prevención de la Infección por el VIH/sida, ONEI.	CNP ITS-VIH/sida, secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida y las hepatitis, director del área de salud, vicedirector de H. y E. del área de salud, enfermera especializada en ITS.	2019	390.975,74
						2020	214.560,39
						2021	356.853,17
						2022	364.360,04
						2023	372.167,19
Eje estratégico n.º 3. Financiamiento para la sostenibilidad							
Garantizar la sostenibilidad financiera y material de las estrategias y acciones relacionadas con las ITS, el VIH y las hepatitis.	100% de disponibilidad continua de medicamentos, reactivos e insumos de laboratorio para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, el VIH sida y las hepatitis.	Planificación, adquisición y distribución oportuna de ARV y otros medicamentos para el tratamiento de las ITS, las hepatitis y las coinfecciones, que garanticen la disponibilidad para el tratamiento de todos los pacientes que lo requieran.	Porcentaje de cumplimiento de los planes anuales de ARV y demás medicamentos para el tratamiento de las ITS y las hepatitis.	Informes periódicos de las empresas aseguradoras y de la Dirección de Medicamentos y Tecnología.	Departamento de Economía del MINSAP, Grupo Empresarial, EMSUME, MEDICUBA, Dirección de Medicamentos y Tecnología.	2019	7.967.637,35
						2020	8.341.049,41
						2021	8.667.924,13
						2022	9.007.873,85
						2023	9.361.421,55

Garantizar la sostenibilidad financiera y material de las estrategias y acciones relacionadas con las ITS, el VIH y las hepatitis (Cont.).	100 % de disponibilidad continua de medicamentos, reactivos e insumos de laboratorio para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, el VIH sida y las hepatitis.	Planificación, adquisición y distribución oportuna de reactivos que garanticen el acceso de las personas a las pruebas de CV (VIH y hepatitis), y de CD4, y a las pruebas de resistencia.	Porcentaje de cumplimiento de los planes anuales de reactivos para pruebas de CV y CD4.	Informes periódicos de las empresas aseguradoras y la Dirección de Medicamentos y Tenología.	Departamento de Economía del MINSAP, Grupo Empresarial, EMSUME, MEDICUBA, Dirección de Medicamentos y Tecnología.	2019	1.537.563,68
						2020	1.542.469,14
						2021	1.597.400,66
						2022	1.654.529,44
						2023	1.713.943,36
		Planificación, contratación y distribución oportuna de condones, lubricantes, materiales de comunicación, que garanticen el abastecimiento ininterrumpido a poblaciones clave y el desenvolvimiento de entornos favorables.	Porcentaje de cumplimiento de los Planes anuales de condones y lubricantes.			2019	314.272,72
						2020	334.285,34
						2021	340.889,50
						2022	347.757,83
						2023	354.900,89
		Planificación, adquisición y distribución oportuna de las pruebas rápidas y otras pruebas de laboratorio de VIH, ITS y hepatitis.	Porcentaje de cumplimiento de los Planes anuales de pruebas rápidas y otras pruebas de laboratorio.			2019	912.878,94
						2020	1.030.204,05
						2021	1.064.644,96
						2022	1.100.463,51
						2023	1.137.714,81

5.6. ESTIMACIÓN DE LOS COSTOS DE APLICACIÓN DEL PEN PARA 2019-2023

CUBA	*Eje estratégico n.º 1*					*Eje estratégico n.º 2*	*Eje estratégico n.º 3*	Total
	Prevención	Acceso al diagnóstico	Atención y tratamiento	Adherencia a TAR	Atención crónica			
2019	8.120.275,89	11.713.152,30	37.148.989,55	2.282.328,70	4.401.866,61	1.522.294,18	10.732.352,69	**75.921.259,93**
2020	8.725.359,67	12.389.463,38	39.787.232,74	2.327.793,13	4.841.615,26	1.503.840,18	11.248.007,94	**80.823.312,30**
2021	9.021.934,30	12.638.713,99	41.005.991,16	2.387.068,00	4.977.941,87	1.724.998,00	11.670.859,25	**83.427.506,57**
2022	8.997.898,04	12.897.934,69	42.321.456,26	2.448.714,12	5.119.720,74	1.753.394,41	12.110.624,62	**85.649.742,89**
2023	9.414.230,89	13.167.524,13	43.757.863,62	2.512.827,44	5.267.172,41	1.782.926,68	12.567.980,61	**88.470.525,78**
Total 5 años	44.279.698,79	62.806.788,50	204.021.533,33	11.958.731,39	24.608.316,90	8.287.453,45	58.329.825,11	**414.292.347,47**

5.7. PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PEN

Estrategias	Metas	Indicadores	Descripción	Frecuencia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
Aumentar el uso del condón en los grupos de población clave.	Incrementado el uso del condón en HSH: 73,9 %.	Porcentaje de hombres que declara haber utilizado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina.	Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber usado un preservativo durante el último coito anal con una pareja masculina / Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que declararon haber mantenido un coito anal con una pareja masculina en los últimos 6 meses x 100.	Bianual	64,0	66,5	67,0	69,9	73,9
	Incrementado el uso del condón en personas transgénero: 75,8 %.	Porcentaje de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal.	Número de personas transgénero que reportaron haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal / Número de personas transgénero encuestadas x 100.	Bianual	67,0	69,5	71,5	73,0	75,8
	Incrementado el uso del condón en PPST: 87,1 %.	Porcentaje de PPST que declara haber utilizado un preservativo con su último cliente.	Número de PPST que declararon haber usado un preservativo con su último cliente / Número de PPST que declararon haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses x 100.	Bianual	80,0	82,1	83,5	86,0	87,1

Estrategias	Metas	Indicadores	Descripción	Frecuencia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
Incrementar la cobertura educativa en grupos de población clave.	Incrementada la cobertura educativa:	Porcentaje de población clave (personas transgénero, HSH, PPST) que refieren haber recibido un conjunto combinado de intervenciones, para la prevención del VIH, las hepatitis y otras ITS.	Número de poblaciones clave que informan haber recibido dos o más intervenciones / Número de poblaciones clave encuestadas x 100.	Bianual					
	96,3 %.		Personas transgénero.		95,0	96,0	96,1	96,2	96,3
	92,5 %.		HSH.		87,0	92,0	92,1	92,2	92,5
	91,0 %.		PPST.		83,5	88,0	90,0	90,5	91,0
Ampliar la cobertura de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y posterior a la exposición (PEP) en grupos de población clave (personas transgénero, HSH).	Alcanzadas 2400 personas con PrEP.	Número de personas que reciben al menos una vez en los últimos 12 meses profilaxis oral previa a la exposición.	Número de personas que reciben profilaxis oral previa a la exposición para prevenir la infección por VIH durante el período del que se informa.	Anual	800	1 200	1 600	2 000	2 400
	75 % de los grupos clave que iniciaron PrEP se mantienen en PrEP.	Porcentaje de personas que se mantiene en PrEP 12 meses después de comenzada.	Número de personas que se mantiene en PrEP 12 meses después de haberla iniciado / Número de personas que iniciaron PrEP en los últimos 12 meses x 100.	Anual	60	70	70	75	75
Fortalecer programas de prevención para adolescentes y jóvenes.	Incrementado el conocimiento relacionado con la transmisión del VIH: en jóvenes entre 15-24 años: 90,5 %.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años de edad con conocimientos sobre la prevención del VIH.	Número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad que hayan respondido correctamente a las cinco preguntas que avalan conocimiento perfecto / Número de encuestados de entre 15 y 24 años de edad x 100.	Bianual	82,2	90,2	90,3	90,4	90,5

Ampliar el acceso de las mujeres entre 15-49 años a servicios de salud sexual y reproductiva utilizando los métodos más eficaces.	Ampliadas las demandas de servicios de planificación familiar con métodos modernos en mujeres entre 15-49 años: 92,8 %.	Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que han visto satisfechas sus demandas de servicios de planificación familiar con métodos modernos.	Número de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que utilizan métodos anticonceptivos modernos / Número total de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que tienen una demanda para planificación familiar x 100.	Bianual	75,7	90,7	92,2	92,7	92,8
Incrementar la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.	91,7 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico.	Porcentaje de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.	Número de personas diagnosticadas con VIH / Número de personas con VIH que estima Spectrum x 100.	Anual	87,0	90,0	90,8	91,0	91,7
Incrementar la proporción de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico.	91,7 % de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico.	Porcentaje de personas con el VIH y conocen su estado serológico.	Número de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico respecto al VIH / Número de personas que viven con el VIH.	Anual	87,0	90,0	90,4	90,9	91,7
		Porcentaje de personas pertenecientes a grupos de población clave que se realizaron la prueba del VIH en el último año y conocen sus resultados.	Número de HSH, transgénero y PPST que informa haber realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses y el resultado fue negativo / Número de personas en grupos de población clave que respondieron a la pregunta 1 que se enumera.*	Bianual					
			HSH		70,0	90,0	90,1	90,2	90,5
			Transgénero		73,0	86,0	90,0	90,1	90,2
			PPST		73,0	86,0	90,0	90,1	90,2

* **Método de medición:** 1. ¿Conoce usted su estado serológico a través de pruebas para el VIH? a) No, nunca me he sometido a esas pruebas. / b) Si, me he sometido a esas pruebas.
2. Si la respuesta es afirmativa: ¿cuándo se sometió usted a esas pruebas por última vez? a) 6 meses. / b) Hace entre 6 y 12 meses. / c) Hace más de 12 meses.
3. ¿Cuál fue el resultado de las últimas pruebas para el VIH a que se sometió usted? a) Positivo. / b) Negativo. / c) Indeterminado.

Estrategias	Metas	Indicadores	Descripción	Frecuencia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
Prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH.	> 95 % de las embarazadas y sus parejas sexuales con prueba de VIH realizada.	Porcentaje de embarazadas con prueba de VIH realizada durante la atención prenatal.	Número de embarazadas con prueba serológica para VIH realizada durante la atención prenatal / Total de embarazadas captadas x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
		Porcentaje de parejas sexuales de gestantes con pruebas de VIH realizadas durante la atención prenatal.	Número de parejas con embarazadas con prueba serológica para VIH realizada durante la atención prenatal / Total de embarazadas captadas x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	> 95 % de las embarazadas que se sabe tienen VIH con carga viral realizada.	Porcentaje de embarazadas con carga viral realizada durante el embarazo según protocolo.	Número de embarazadas con VIH con carga viral realizada / Total de embarazadas con VIH x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	> 95 % de las embarazadas que se sabe tienen VIH con tratamiento antirretroviral.	Porcentaje de embarazadas con VIH que tiene TAR para reducir el riesgo de la TMI.	Número de embarazadas con VIH en TAR / Total de embarazadas con VIH x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	> 95 % de los niños que se sabe estuvieron expuestos al VIH con pruebas realizadas.	Porcentaje de niños expuestos al VIH a los que se le realizaron las pruebas de seguimiento según protocolo.	Número de niños expuestos al VIH a los que se les realizaron las pruebas de seguimiento según protocolo / Total de niños nacidos de madres con VIH x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0

Prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH. (Cont.)	> 95 % de los niños nacidos de madres con VIH con profilaxis para la PTMI.	Porcentaje de niños nacidos de madres con VIH que recibieron profilaxis para PTMI.	Número de niños nacidos de madres con VIH que recibieron profilaxis para PTMI / Total de niños nacidos de madres con VIH x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
Prevenir la TMI de la sífilis.	> 95 % de las embarazadas y sus parejas sexuales con prueba serológica para sífilis realizada.	Porcentaje de embarazadas con prueba serológica para sífilis realizada durante la atención prenatal.	Número de embarazadas con prueba serológica para sífilis realizada durante la atención prenatal / Total de embarazadas captadas x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
		Porcentaje de parejas sexuales de embarazadas con prueba serológica para sífilis realizada durante la atención prenatal.	Número de parejas sexuales de las embarazadas con prueba serológica para sífilis realizada durante la atención prenatal / Total de embarazadas captadas x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	100 % de las embarazadas reactivas a sífilis tratadas adecuadamente.	Porcentaje de embarazadas reactivas tratadas para sífilis.	Embarazadas reactivas tratadas para sífilis / Total de embarazadas reactivas a sífilis x 100.	Semestral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	100 % de niños expuestos a sífilis con seguimiento completo según protocolo.	Porcentaje de niños expuestos a sífilis con seguimiento completo según protocolo.	Número de niños que completaron su seguimiento por exposición a sífilis / Total de niños expuestos a sífilis x 100.	Semestral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Estrategias	Metas	Indicadores	Descripción	Frecuencia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
Prevenir la TMI de la sífilis. (Cont.)	100 % de niños expuestos a sífilis con criterio de tratamiento tratados.	Porcentaje de niños expuestos a sífilis con criterio de tratamiento que fueron tratados.	Número de niños expuestos a sífilis con criterio de tratamiento que fueron tratados / Total de niños expuestos a sífilis con criterio de tratamiento x 100.	Semestral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Prevenir la transmisión maternoinfantil de la hepatitis B.	≥ 95 % de gestantes con prueba de (antígeno de superficie de la hepatitis B) realizada en la atención prenatal.	Porcentaje de embarazadas con HBsAg realizado.	Número de embarazadas con HBsAg realizado / Total de embarazadas captadas x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	≥ 95 % de los hijos de madres con hepatitis B con seguimiento completo según protocolo.	Porcentaje de niños de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo estudiados a los 18 meses de edad.	Número de niños de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo estudiados a los 18 meses de edad / Total de niños nacidos de madres con HBsAg reactivo con 18 meses de nacido x 100.	Anual	90,0	91,0	93,0	94,0	95,0
	≥ 95 % de recién nacidos vacunados contra la hepatitis B en las primeras 24 horas de vida.	Porcentaje de niños de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo, vacunados contra hepatitis B.	Número de recién nacidos de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo vacunados / Número de recién nacidos de madres con antígeno de superficie de la hepatitis B positivo x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0

Prevenir la transmisión maternoinfantil de la hepatitis B. (Cont.)	≥ 95 % de recién nacidos con Gamma Globulina Anti-hepatitis B aplicada en las primeras 24 horas.	Porcentaje de niños de madres con antígeno de superficie de hepatitis B positivo, con Gamma Globulina Anti-hepatitis B aplicada en las primeras 24 horas de vida.	Número de recién nacidos de madres con antígeno de superficie de hepatitis B positivo, con Gamma Globulina Anti-hepatitis B aplicada en las primeras 24 horas de vida / Número de recién nacidos de madres con antígeno de superficie de hepatitis B positivo x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
Interrumpir cadena de transmisión de hepatitis B y C en población seleccionada.	Incrementada en 5 % anual la búsqueda activa de casos de hepatitis B en población seleccionada.	Porcentaje de personas pertenecientes a población seleccionada que se han realizado HBsAg.	Número de personas pertenecientes a población seleccionada que se han realizado HBsAg / Total de personas de la población general y grupos clave x 100.	Anual	3 % incremento	3,7% incremento	3,9 % incremento	4 % incremento	5 % incremento
	Incrementada en 5 % anual la búsqueda activa de casos de hepatitis C en la población seleccionada.	Porcentaje de personas pertenecientes a grupos clave que se han realizado Anti-VHC.	Número de personas pertenecientes a población seleccionada que se han realizado Anti-VHC / Total de población vulnerable x 100.	Anual	3 % incremento	3,7 % incremento	3,9 % incremento	4 % incremento	5 % incremento
Tratar con antirretrovirales a todas las personas que viven con el VIH.	90 % de las personas que viven con el VIH son tratadas con antirretrovirales.	Porcentaje de personas que viven con el VIH con terapia antirretroviral.	Número de personas que viven con VIH con terapia antirretroviral / Total de personas que viven con VIH x 100.	Semestral	88,0	90,0	90,0	90,0	90,0

Estrategias	Metas	Indicadores	Descripción	Frecuencia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
Promover la vinculación precoz a la atención.	90 % de las personas que viven con el VIH se encuentran vinculadas a la atención.	Porcentaje de personas que viven con el VIH vinculadas a la atención.	Número de personas que viven con el VIH vinculadas a la atención / Total de personas con VIH x 100.	Semestral	90,0	90,0	90,0	90,0	90,0
Aumentar el acceso de las personas que viven con el VIH a pruebas de CV.	≥ 95 % de las personas en TAR tengan una CV realizada al año.	Porcentaje de personas que viven con el VIH diagnosticadas en el período y que tienen carga viral realizada.	Número de personas que viven con el VIH diagnosticadas en el período y que tienen carga viral realizada / Total de personas con VIH diagnosticadas en el período x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	≥ 95 % de las personas que viven con el VIH tengan una carga viral basal.	Porcentaje de personas que viven con el VIH que tienen al menos una carga viral realizada post TAR en un período de 12 meses.	Número de personas que viven con el VIH que tienen al menos una carga viral realizada post TAR en un período de 12 meses / Total de personas en tratamiento con criterio de indicación x 100.	Anual	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
Estadificación temprana de nuevos casos de VIH.	95 % de personas que viven con el VIH estadificados precozmente.	Porcentaje de casos nuevos de VIH que se ha realizado una prueba de CD4 al diagnóstico.	Número de casos nuevos de VIH que se ha realizado una prueba de CD4 al diagnóstico / Total de casos nuevos diagnosticados en el período x 100.	Semestral	85,0	88,0	90,0	93,0	95,0
	90 % de casos nuevos de VIH con más de 200 células CD4 al diagnóstico.	Porcentaje de casos nuevos de VIH con más de 200 células CD4 al diagnóstico.	Número de casos nuevos de VIH con más de 200 células CD4 al diagnóstico / Total de casos nuevos diagnosticados en el período con CD4 realizado x 100.	Semestral	85,0	87,0	89,0	89,0	90,0

Tratar a las personas con hepatitis crónica B y C.	90 % de las personas con hepatitis B crónica tratadas.	Porcentaje de personas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento según protocolos vigentes.	Número de personas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento según protocolos vigentes / Total de personas diagnosticadas con hepatitis B crónica x 100.	Anual	85,0	87,0	88,0	89,0	90,0
	> 90 % de casos de hepatitis B crónica con supresión vírica.	Porcentaje de pacientes con hepatitis B crónica en tratamiento que alcanzan supresión viral.	Número de personas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento según protocolos vigentes y están en supresión virológica / Total de personas diagnosticadas con hepatitis B crónica que son tratadas x 100.	Anual	85,0	87,0	88,0	89,0	90,0
	65 % de las personas con hepatitis C crónica tratadas.	Porcentaje de personas con hepatitis C crónica que reciben tratamiento según protocolos vigentes.	Número de personas con hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento según protocolos vigentes en el período / Total de personas diagnosticadas con hepatitis C crónica en el período x 100.	Anual	45,0	50,0	55,0	60,0	65,0
	> 90 % de casos de hepatitis C crónica curados.	Porcentaje de pacientes con hepatitis C crónica en tratamiento que logran curación.	Número de pacientes con hepatitis C crónica con respuesta virológica sostenida tras finalizar el tratamiento en el período / Número total de pacientes con hepatitis C crónica que finalizaron el tratamiento x 100.	Anual	85,0	87,0	88,0	89,0	90,0
Interrumpir cadena de transmisión de la blenorragia.	> 95 % de casos de blenorragia tratados.	Porcentaje de casos de blenorragia tratados.	Número de casos de blenorragia tratados / Total de casos con diagnóstico de blenorragia x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	> 95 % de parejas sexuales de blenorragia tratados.	Porcentaje de parejas sexuales de casos de blenorragia tratadas.	Número de parejas sexuales de casos de blenorragia tratadas / Total de parejas declaradas por casos de blenorragia x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0

Estrategias	Metas	Indicadores	Descripción	Frecuencia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
Interrumpir cadena de transmisión de la sífilis.	> 95 % de casos de sífilis y sus parejas sexuales tratados.	Porcentaje de casos de sífilis tratados.	Número de casos de sífilis tratados / Total de casos con diagnóstico de sífilis x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	> 95 % de parejas sexuales tratados.	Porcentaje de parejas sexuales de sífilis tratadas.	Número de parejas sexuales de casos de sífilis tratadas / Total de parejas declaradas por casos de sífilis x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0
Fortalecer el monitoreo de la resistencia de la *N. gonorrhoeae* a los antimicrobianos.	100 % de los laboratorios seleccionados vigilando la resistencia de la *N. gonorrhoeae.*	Porcentaje de laboratorios que vigilan la resistencia a *N. gonorrhoeae.*	Número de laboratorios que vigilan la resistencia a *N. gonorrhoeae* / Número de laboratorios designados para la vigilancia de la resistencia a *N. gonorrhoeae* x 100.	Semestral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Disminuir la carga viral comunitaria.	90 % de las PVV con TAR tienen carga viral suprimida.	Porcentaje de personas que viven con el VIH en TAR que tienen carga viral suprimida un año después de comenzada la TAR.	Número de personas que viven con el VIH en TAR que tienen carga viral suprimida un año después de comenzada la TAR / Total de personas con VIH que comenzaron TAR hace 12 meses x 100.	Anual	80,0	90,0	90,0	90,0	90,0
Incrementar la retención a la TAR.	> 95 % de las personas en TAR se mantienen en tratamiento.	Porcentaje de personas que continúan en TAR a los 12 meses.	Número de personas con VIH en tratamiento que se mantienen en TAR a los 12 meses / Número de personas con VIH en tratamiento que comenzaron terapia hace 12 meses x 100.	Anual	95,0	95,0	95,0	95,0	95,0

Mantener niveles óptimos de abastecimiento de medicamentos antirretrovirales.	100 % de puntos de distribución de ARV se encuentren abastecidos en el período.	Porcentaje de puntos de distribución de ARV que se mantuvieron abastecidos durante el período.	Número de puntos de distribución de antirretrovirales abastecidos / Número total de puntos de distribución de antirretrovirales x 100.	Semestral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Prevenir la coinfección VIH/TB.	≥ 95 % de las personas con TB testada para VIH.	Porcentaje de pacientes de TB con prueba de VIH realizada.	Número de pacientes con TB que se realizaron la prueba de VIH / Total de pacientes diagnosticados con TB x 100.	Semestral	90,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	> 95 % de adultos y niños elegibles iniciaron terapia preventiva con Isoniazida.	Porcentaje de personas con VIH que iniciaron terapia preventiva con Isoniazida.	PVV de nuevo diagnóstico que iniciaron terapia preventiva con Isoniazida / Total de PVV de nuevo diagnóstico x 100.	Semestral	90,0	95,0	95,0	95,0	95,0
Tratar con terapia combinada a las personas con coinfección VIH/TB.	97 % de las personas coinfectadas con TB tratadas para ambas entidades.	Porcentaje de casos con coinfección VIH/TB que tienen tratamiento antirretroviral y para la tuberculosis.	Número de personas infectadas por el VIH que recibe terapia antirretroviral y que ha empezado un tratamiento para la tuberculosis / Número de casos de TB en personas que viven con el VIH x 100.	Semestral	95,0	95,0	95,0	95,0	97,0
Mejorar la tasa de curación de tuberculosis en pacientes coinfectados con VIH/TB.	≥ 90 % de las personas portadoras de coinfección VIH/TB curados de TB.	Proporción de casos de coinfección VIH/TB que se reportan como curados de tuberculosis.	Número de casos de coinfección curados de tuberculosis / Total de casos coinfectados con TB/VIH que terminan tratamiento antituberculoso x 100.	Semestral	82,0	85,0	87,0	88,0	90,0

Estrategias	Metas	Indicadores	Descripción	Frecuencia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
Mejorar el abordaje integral de la coinfección VIH/ VHB-VHC.	95 % de las personas diagnosticadas con VIH con marcadores virales para hepatitis B y C realizados.	Proporción de nuevos casos de VIH con pruebas de detección para hepatitis B.	Número de personas con VIH con pruebas de detección para hepatitis B / Número de nuevos casos de VIH x 100.	Semestral	90,0	95,0	95,0	95,0	95,0
		Proporción de nuevos casos de VIH con pruebas de detección para hepatitis C.	Número de personas con VIH con pruebas de detección para hepatitis C / Número de nuevos casos de VIH x 100.	Semestral	90,0	95,0	95,0	95,0	95,0
	95 % de personas con coinfección VIH/ VHB-VHC tratadas.	Porcentaje de personas coinfectadas con hepatitis B crónica y VIH que reciben tratamiento según protocolos vigentes.	Número de personas coinfectadas con hepatitis B crónica y VIH que reciben tratamiento según protocolos vigentes / Total de personas diagnosticadas con hepatitis B crónica y VIH x 100.	Semestral	90,0	95,0	95,0	95,0	95,0
		Porcentaje de personas coinfectadas con hepatitis C crónica y VIH que reciben tratamiento según protocolos vigentes.	Número de personas coinfectadas con hepatitis C crónica y VIH que reciben tratamiento según protocolos vigentes / Total de personas diagnosticadas con hepatitis C crónica y VIH x 100.	Semestral	90,0	95,0	95,0	95,0	95,0
Realizar pruebas de detección precoz de lesiones precancerosas y malignas de cuello uterino a población femenina de 25 y más años.	Incrementar en 5 % el número de mujeres de 25 y más años que tienen actualizada la prueba citológica según protocolo.	Tasa de mujeres examinadas para detección precoz de cáncer cérvicouterino por cada mil mujeres de 25 y más años.	Número de mujeres examinadas para detección precoz de cáncer cérvicouterino / Población femenina de 25 y más años x 1000.	Anual	213,5	215,4	218,3	219,2	220,0

Redimensionar la Respuesta intersectorial a todos los niveles.	100 % de las provincias y 90 % de los municipios priorizados con GOPELS funcionando sistemáticamente.	Porcentaje de reuniones planificadas y realizadas.	Número de reuniones de GOPELS provinciales realizadas / Número de reuniones de GOPELS planificadas x 100.	Semestral	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mejorar los niveles de acceso de los grupos de población clave a los servicios de salud.	Reducidas en un 5 % con respecto a la línea base (2017) las experiencias de discriminación relacionadas con el VIH en servicios de salud, la evitación de la búsqueda de atención médica y el reporte de actitudes de discriminación hacia las PVV.	Porcentaje de personas que viven con el VIH que informan experiencias de discriminación relacionadas con el VIH en servicios de salud.	Número de encuestados que responden afirmativamente, "Sí", al menos a uno de los siete elementos que se enumeran* / Número de personas encuestadas x 100.	Bianual	10,0	8,5	7,0	6,5	6,0
		Porcentaje de grupos de población clave que evitaron buscar atención médica en los últimos 12 meses.	Número de HSH y transgéneros que responden afirmativamente, "Sí", a una de las preguntas que se enumeran* / Número de personas encuestadas x 100.	Bianual					
			HSH		27,8	26,3	24,8	23,3	21,8
			Transgéneros		37,8	36,3	34,8	33,3	31,8

* A los encuestados se les pregunta si experimentaron alguna de las siguientes formas de discriminación relacionadas con el VIH, al buscar servicios de salud específicos de VIH, y no relacionados con el VIH, en los últimos 12 meses: Ser negado a recibir servicios de salud debido a su estado de VIH, ser aconsejado a no tener relaciones sexuales debido a su estado de VIH, ser sujeto de chismes o conversaciones negativas debido al estado de VIH, recibir abuso verbal debido a su estado de VIH, recibir abuso físico debido a su estado de VIH, evitar el contacto físico debido al estado del VIH, compartir su estado del VIH sin consentimiento previo.

** ¿Por qué no ha procurado usted acceder a servicios de pruebas sobre VIH / prevención del VIH / tratamiento para el VIH en los últimos 12 meses? 1. Por tener miedo o estar preocupado(a) debido al estigma. 2. Por tener miedo o preocupación de que alguien sepa que yo soy o hago (insertar comportamiento). 3. Miedo o preocupación relacionada con la violencia o con violencia ya experimentada. 4. Miedo o preocupación relacionada con actos de acoso policial o arrestos, o actos de acoso policial o arrestos ya sufridos.

Estrategias	Metas	Indicadores	Descripción	Frecuencia	Meta 2019	Meta 2020	Meta 2021	Meta 2022	Meta 2023
Disminuir las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH y los niveles de violencia hacia las mujeres y grupos de población clave.	Reducidas en un 6,4 % respecto a la línea base (2017) las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH.	Porcentaje de mujeres y hombres de entre 15 y 49 años de edad que reportan actitudes discriminatorias hacia personas que viven con el VIH.	Número de encuestados (de entre 15 y 49 años de edad) que responden "No" a alguna de las dos preguntas que se enumeran* / Número de personas encuestadas x 100.	Bianual	19,2	17,3	15,8	12,8	9,8
	Reducido el número de mujeres y grupos de población clave (HSH y mujeres transgénero) que refieren haber recibido violencia reciente por parte de una pareja íntima.	Porcentaje de mujeres y grupos de población clave (HSH y mujeres transgénero) que refieren haber recibido violencia reciente por parte de una pareja íntima.	Mujeres de entre 15 y 49 años, HSH y transgéneros que tienen, o en algún momento han tenido, una pareja íntima, y que reportan haber experimentado violencia física o sexual por parte de, como mínimo, una pareja íntima en los últimos 12 meses / Número total de mujeres de entre 15 y 49 años de edad, HSH y transgéneros, que tienen actualmente o han tenido una pareja íntima x 100.	Bianual					
	1,5 %		Mujeres		5,4	3,5	2,0	1,9	1,5
	30,2 %		Personas transgénero		65,2	57,7	56,2	43,2	30,2
	6 %		HSH		10,0	9,0	8,0	7,0	6,0

* Este indicador se construye sobre las respuestas a las siguientes preguntas recibidas en una encuesta sobre población general de encuestados que han oído hablar del VIH. ¿Compraría usted verduras frescas de manos de un vendedor si usted supiese que esa persona tiene el VIH? (sí, no, no lo sé / no estoy seguro(a) / depende) ¿Piensa usted que los niños que viven con el VIH deberían poder asistir a la escuela junto con niños que no están infectados por el VIH? (sí, no, no lo sé / no estoy seguro(a) / depende).

Garantizar la sostenibilidad financiera y material de las estrategias y acciones relacionadas con las ITS, el VIH y las hepatitis.	100 % de disponibilidad de medicamentos, reactivos e insumos de laboratorio para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, el VIH/sida y las hepatitis.	Porcentaje de cumplimiento de los planes anuales de ARV y demás medicamentos para el tratamiento de las ITS y las hepatitis.	Cantidades de ARV y demás medicamentos para el tratamiento de las ITS y las hepatitis recibidas / Cantidades de ARV y demás medicamentos para el tratamiento de las ITS y las hepatitis planificadas x 100.	Anual	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Porcentaje de cumplimiento de los planes anuales de reactivos para pruebas de CV y CD4.	Cantidades de reactivos de CV y CD4 recibidos / Cantidades de reactivos para pruebas de CV y CD4 planificados x 100.	Anual	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Porcentaje de cumplimiento de los planes anuales de condones y lubricantes.	Cantidades de condones y lubricantes recibidos / Cantidades de condones y lubricantes planificados x 100.	Anual	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
		Porcentaje de cumplimiento de los planes anuales de pruebas rápidas y otras pruebas de laboratorio.	Cantidades de pruebas rápidas y otras pruebas de laboratorio recibidas / Cantidades de pruebas rápidas y otras pruebas de laboratorio planificadas x 100.	Anual	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6

BASES NORMATIVAS

6.1

PREVENCIÓN COMBINADA

6.1.1. CONTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH A LA RESPUESTA NACIONAL

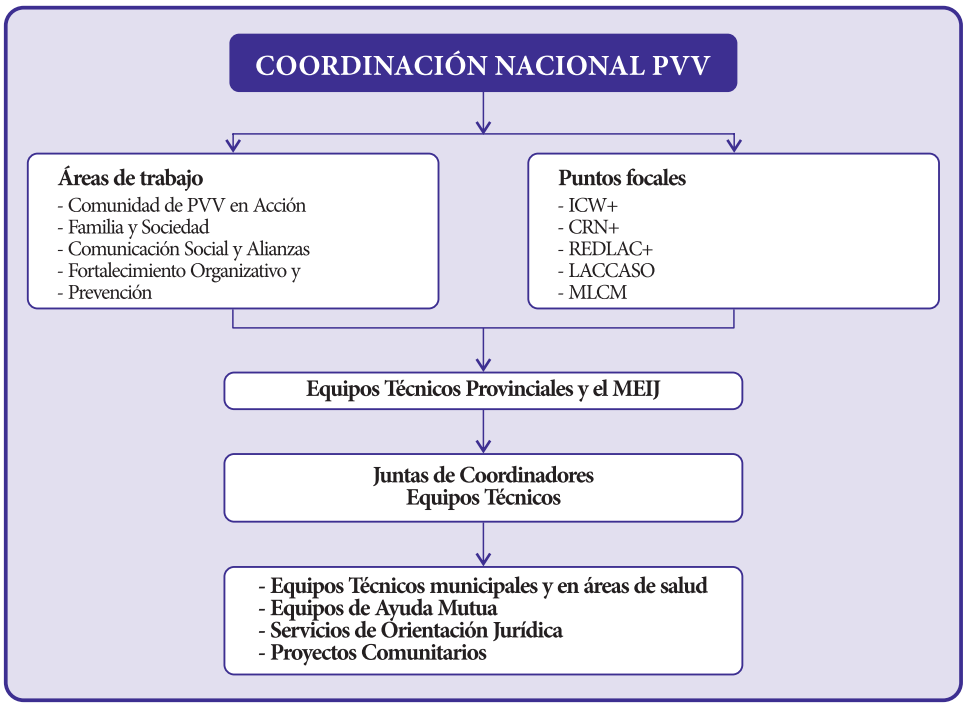
La Línea de Apoyo a personas que viven con el VIH (LAPVV) es una agrupación de la sociedad civil con representación a nivel nacional, provincial y municipal dirigida por coordinadores electos o ratificados periódicamente en sus reuniones anuales.

Ha definido cinco ámbitos de acción: comunidad de PVV en Acción, Familia y Sociedad, Comunicación Social y Alianzas, y Fortalecimiento Organizativo y Prevención (figura 13).

El nivel municipal, provincial y nacional está formado por personas que viven con el VIH integradas en equipos de trabajo comprometidos en la implementación de iniciativas de desarrollo, programas de colaboración y proyectos de sostenibilidad de apoyo a los grupos de población clave. Impulsan, monitorean y desarrollan las actividades que se complementan en las áreas para disminuir la carga de los servicios de salud y además tienen el encargo de:

a) La conceptualización, diseño e implementación de campañas de bien público, y de materiales educativos.
b) El desarrollo de actividades socioculturales y el sostenimiento del Movimiento de Reconocimiento de los Premios Esperanza.
c) Fomentar el uso de servicios de consultoría jurídica y acompañamiento a la eliminación de manifestaciones de estigma y discriminación, en el ámbito laboral, educacional y de salud.
d) Gestionar la información y el conocimiento, así como la sistematización del trabajo educativo, de capacitación, y la atención a los grupos de población clave.
e) La participación de las PVV en los espacios y foros sobre VIH en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional, así como en las redes regionales y comunitarias.
f) Emprender la celebración de encuentros organizativos y de grupos de población clave para la búsqueda de sinergias a nivel municipal, provincial y nacional, para el análisis de los contextos e intercambio de las buenas prácticas.

Figura 13. Estructura funcional (organigrama)



El área de salud deberá funcionar como un entorno amigable para la persona que vive con el VIH. 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 consultorio del médico de la familia (CMF), el Grupo Básico de Trabajo (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:

a) Formación de EAMs, Educadores Pares y su disponibilidad en el acompañamiento a los nuevos diagnósticos.
b) 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.
c) Diseño y organización de actividades socioculturales, acompañamiento, prevención, promoción y educación para la salud, con alcance en grupos de población clave.
d) Distribución y utilización de los materiales educativos, soportes promocionales y manuales informativos de interés, diseñados para las poblaciones clave, y su colocación en consultas, hospitales, Centros de Atención Integral y otros servicios en función de su capacitación e información.
e) Participación en las reuniones técnicas, asesoramiento, análisis de la situación integral de salud, investigaciones y en otros espacios de toma de decisiones.

f) Intervención en actividades coordinadas por el Grupo de Apoyo Nutricional (GAN) municipal* dirigido a la atención de las PVV y la asesoría de especialistas del Departamento de Nutrición Clínica del INHEM. Entre las que se destacan:
   - Talleres de nutrición en personas que viven con el VIH donde se exponen las herramientas para la evaluación nutricional, la cual permite el diagnóstico y posibilita la intervención nutricional individualizada por el especialista;
   - Consejería nutricional para mejorar hábitos y estilos de vida dirigidos a una alimentación saludable; y
   - Encuentros culinarios donde se presentan las preparaciones culinarias confeccionadas por las PVV y se explican los ingredientes, forma de confeccionarlos, valor nutricional y ventajas que ofrecen a la salud de las PVV.

El activismo alcanzado por la comunidad de PVV en el país, y su estrecha vinculación con los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología, y de Educación y Promoción de Salud, hacen posible la participación activa de las PVV en el fortalecimiento del Programa Nacional de Control y Prevención de las ITS-VIH/sida y en la toma de decisiones, todo lo cual influye en el mejoramiento de su calidad de vida.

6.1.2. CONTRIBUCIÓN DE LA RED DE HSH A LA RESPUESTA NACIONAL

Como respuesta a la alta incidencia de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la epidemia de VIH y siguiendo con la estrategia de involucrar a los grupos de población clave en la prevención de las mismas, el 7 de agosto del año 2000 se creó, bajo la tutela metodológica del Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida, la Red de prevención de sida en hombres que tienen sexo con hombres.

La Red HSH es de carácter nacional; cuenta con promotores de salud voluntarios en todas las provincias y municipios.

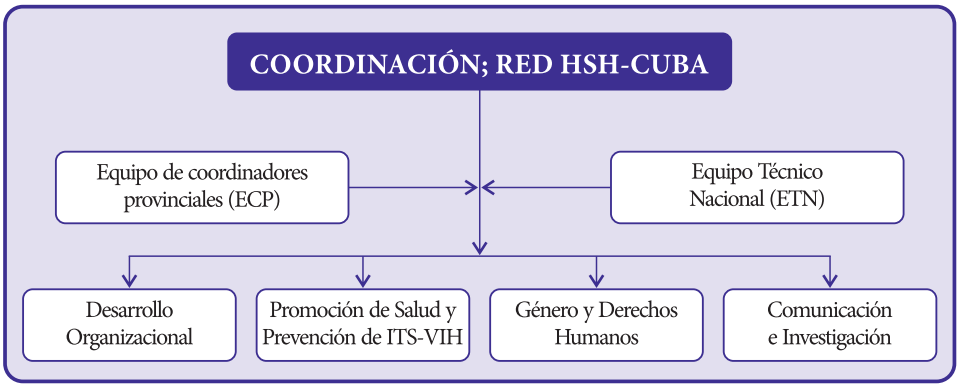
Su referencia técnica, para el trabajo de prevención de las ITS-VIH/sida y las hepatitis, se ubica en el Centro Nacional de Prevención de las ITS y el VIH/sida, y en los niveles provincial y municipal en los Centros Provinciales / Centros y Unidades Municipales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (véase estructura organizativa en figura 14).

El promotor integrado al equipo de salud en los diferentes niveles colabora en la elaboración de las estrategias de trabajo aportando sus conocimientos acerca del grupo al que pertenece, sitios de encuentros, espacios de socialización, códigos de comunicación, y de las inquietudes, necesidades y demandas de la población en materia de prevención. Asimismo, interactúa con su comunidad capacitándola, mediante la metodología de la educación de pares, en temáticas relacionadas con la prevención

* El GAN está integrado por el nutriólogo o nutricionista del CMHEM o UMHEM, el especialista de la consulta especializada municipal y el consejero municipal del policlínico.

del VIH y otras ITS, la promoción de salud, el fortalecimiento de sus capacidades y el reconocimiento de sus derechos.

Figura 14. Estructura organizativa



El nivel municipal, provincial y nacional está formado por promotores de salud integrados en equipos de trabajo comprometidos en impulsar el cambio de comportamiento y generar demanda de servicios relacionados con las ITS, el VIH y las hepatitis entre sus pares, para ello:

a) Capacitan y fomentan la Red de promotores pares HSH.
b) Realizan acciones educativas y de prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis, a través de: actividades para aumentar la percepción de riesgo y los conocimientos, a fin de mejorar destrezas y habilidades para negociar el uso del condón en todas las relaciones, y para la gestión de riesgos.
c) Desarrollan actividades comunitarias para promover el respeto a la diversidad sexual y de identidades, así como de las expresiones de género.
d) Organizan encuentros provinciales, regionales y nacionales de promotores.
e) Ofertan un paquete mínimo de prevención que incluya la entrega gratuita de condones, lubricantes, información sobre uso del condón y prácticas sexuales, y materiales educativos.
f) Generan demanda de servicios y movilizan a la población HSH a conocer su estado serológico.
g) Participan en la realización de consejería de pares y prueba de VIH, y de sífilis, en el terreno.
h) Dialogan con actores claves para la movilización social a favor de la eliminación de toda forma de estigma y discriminación.
i) Diseñan e implementan campañas de derecho y género, en medios masivos como la radio, la TV, las redes sociales, etc.
j) Realizan investigaciones.
k) Asesoran a los HSH para el acceso a los servicios jurídicos en casos de vulneración de derechos.

l) Realizan abogacía para la promoción y defensa de los derechos de los hombres gay y otros HSH.
m) Desarrollan competencias en los recursos humanos de la Red para la protección y defensa de los derechos.
n) Contribuyen a fortalecer los observatorios establecidos para registrar y denunciar los actos de violencia motivados por el estigma y la discriminación por razón de género, identidad sexual, trabajo sexual, estado serológico y cualquiera otra forma de violencia.

El área de salud, en alianza con el CMF, GBT y el policlínico, establecerán vínculos de trabajo para la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis. Entre las principales contribuciones se destacan:

a) La participación y movilización de los HSH hacia los servicios que ofrecen profilaxis posterior a la exposición (PEP), por relación sexual sin condón con personas con VIH, víctimas de violación sexual, otras.
b) La oferta de consejería pre- y postest con valoración de riesgo sustancial.
c) La movilización de los HSH hacia los servicios de prevención que ofrecen tamizaje de VIH, sífilis, VHB y VHC y profilaxis previa a la exposición (PrEP).
d) La transmisión de información a la población meta sobre las temáticas relacionadas con el trabajo de promoción de salud y prevención de enfermedades, con enfoque de género y derechos.
e) La oferta de un paquete mínimo de prevención que incluya la entrega gratuita de condones, lubricantes, información sobre uso del condón y prácticas sexuales, y materiales educativos.
f) La derivación de los HSH hacia los observatorios existentes.
g) El apoyo a sus pares para la vinculación a servicios de prevención, atención y tratamiento para las ITS, el VIH y las hepatitis.

6.1.3. CONTRIBUCIÓN DE LA RED TRANSCUBA A LA RESPUESTA NACIONAL

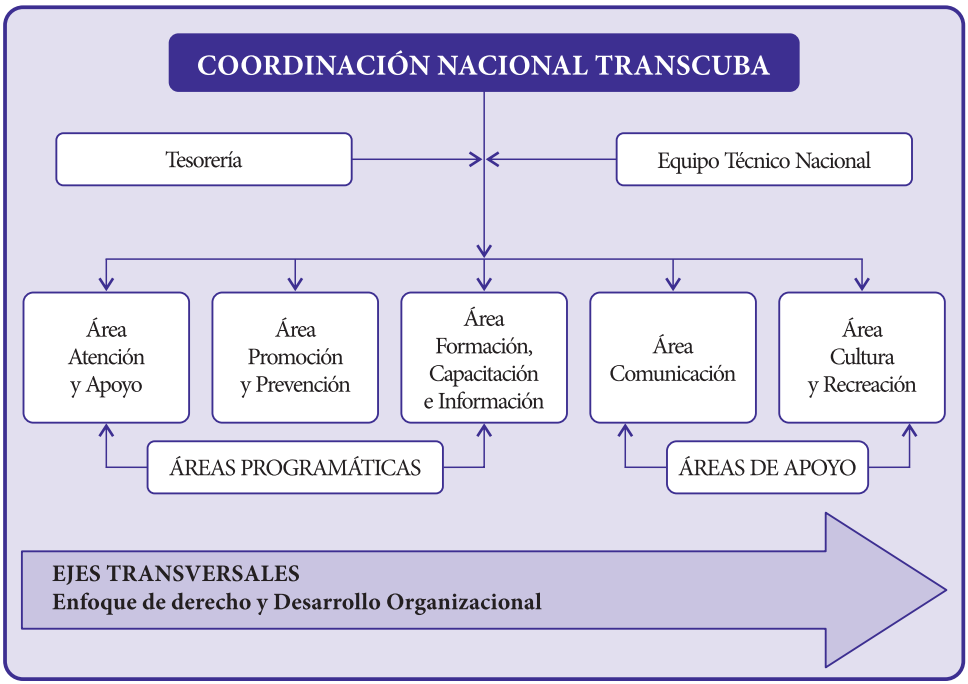
Las personas transgénero de Cuba, desde el 2001, realizan actividades encaminadas a la promoción de salud sexual, con énfasis en la prevención del VIH y a fomentar el ejercicio de los derechos humanos, asesorados técnicamente por el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

En su comienzo, las estrategias educativas para la prevención de las ITS y el VIH comprendían al colectivo transgénero como parte de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y más tarde como HSH travestis. En la última década, se ubican a las personas transgénero como comunidad con una identidad propia y por tanto con necesidades diferenciadas. Como resultado de este proceso se constituye TRANSCUBA, denominación que mantienen hasta la actualidad.

Asimismo, se redimensionó la estrategia fortaleciendo el trabajo en poblaciones transgénero para disminuir la incidencia de ITS y VIH. La misma abarca

un amplio espectro de actividades, con énfasis en la promoción de los derechos humanos y el respeto a la diversidad sexual, en todos los ámbitos sociales. La estructura que se ha definido tiene tres áreas programáticas, dos áreas de apoyo y dos ejes transversales.

Figura 15. Estructura Organizativa de la Red TRANSCUBA



En el nivel nacional y provincial se trabaja por:

a) La formación, capacitación y actualización de información a personas transgénero, parejas y familias.
b) Empoderar a personas transgénero, parejas y familias.
c) Realizar acciones de prevención y activismo de salud y derecho, mediante actividades para aumentar la percepción de riesgo, los conocimientos, y mejorar destrezas, habilidades a fin de negociar el uso sistemático del condón en todas las relaciones sexuales y ganar en la gestión de riesgos.
d) Distribuir condones, lubricantes y materiales educativos.
e) Generar demanda de servicios y movilizar a la población a conocer su estado serológico.
f) Trabajar con PPST, familias y parejas.
g) Promover cambios de percepción, estereotipos y creencias.
h) Intercambiar experiencias, dar apoyo emocional a PVV.
i) Ofrecer atención a personas privadas de libertad.
j) Fomentar el autocuidado y mejoramiento de la imagen en personas transgénero.

k) Promover la inserción social de personas transgénero, el acceso a espacios institucionales, el reconocimiento a la identidad y el respeto a los derechos sexuales.
l) Trabajar para disminuir la transfobia internalizada e institucional.
m) Retroalimentar al Programa sobre la satisfacción de los servicios relativos al VIH.

El área de salud, en alianza con el CMF, GBT y el policlínico, establecerá vínculos de trabajo para la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis mediante:

a) La participación y movilización de las personas transgénero hacia los servicios que ofrecen profilaxis posterior a la exposición (PEP), por relación sexual sin condón con personas con VIH, víctimas de violación sexual, y otras.
b) La oferta de consejería pre- y postest con valoración de riesgo sustancial.
c) La movilización de las personas transgénero hacia los servicios que ofrecen tamizaje de VIH, sífilis, VHB, VHC y profilaxis previa a la exposición (PrEP).
d) La distribución de condones, lubricantes y materiales educativos.
e) El apoyo a sus pares para la vinculación a servicios de prevención, atención y tratamiento para las ITS, el VIH y las hepatitis.

6.1.4. CONTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS QUE PRACTICAN SEXO TRANSACCIONAL

En el año 2002, se diseña la estrategia de prevención para las ITS, el VIH y las hepatitis en personas que practican sexo transaccional (PPST). La misma otorga prioridad a las acciones intersectoriales y la incorporación de las personas afectadas a la Respuesta Nacional. La implementación de la mencionada estrategia, conllevó a la creación en el año 2003, de la Línea de Prevención de ITS-VIH/sida en PPST y sus parejas sexuales. Integrada por especialistas, promotores de salud y activistas que han tenido o tienen diversas experiencias vinculadas a la práctica del sexo comercial.

Desde su surgimiento, el propósito de la Línea de PPST ha sido lograr conductas sexuales responsables y seguras mediante la educación para la salud y la creación de habilidades para la vida. De igual forma se sensibilizan, capacitan y crean habilidades en los sectores y personas vinculadas a los escenarios proclives a la práctica del sexo comercial.

Tras más de quince años de constituida esta Línea en Cuba, aún no existen organizaciones formales o informales que agrupen a las PPST, por lo que esta población se aborda mediante estrategias de pares de forma transversal en los grupos HSH, transgéneros y jóvenes, atendiendo a que no se autorreconocen, ni son reconocidas socialmente como trabajadoras del sexo.

Las actividades de prevención se realizan fundamentalmente en sitios de encuentro y socialización; discotecas, casas de alquiler y centros recreativos; también se interviene en centros de trabajo e instalaciones donde acuden estas personas y sus parejas sexuales. Hoy día, se encuentran integradas a la estrategia todas las provincias del país, las cuales cuentan con capital humano, insumos y servicios orientados a estos grupos.

Principales intervenciones:

a) Capacitación de la Red de promotores pares PPST.
b) Realización de acciones educativas y de prevención del VIH y las ITS: mediante actividades para aumentar la percepción de riesgo, conocimientos, mejorar destrezas y habilidades para negociar el uso del condón en todas las relaciones y la gestión de riesgos.
c) Realización de actividades comunitarias de respeto a la diversidad sexual (creación y mantenimiento de espacios seguros).
d) Distribución de condones, lubricantes y materiales educativos.
e) Promover en el grupo de PPST la importancia del conocimiento del estado serológico.
f) Ofertan consejería pre- y postest con valoración de riesgo sustancial.

El área de salud, en alianza con el CMF, el GBT y el policlínico, establecerá vínculos de trabajo para la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis en el grupo de PPST. Entre sus principales actividades se destacan:

a) La movilización de las PPST hacia los servicios que ofrecen profilaxis posterior a la exposición (PEP) por relación sexual sin condón con personas VIH positiva, víctimas de violación sexual, y otras.
b) La oferta de consejería pre- y postest con valoración de riesgo sustancial.
c) La movilización de las PPST hacia los servicios que ofrecen tamizaje de VIH, sífilis, VHB, VHC y profilaxis previa a la exposición (PrEP).
d) La distribución de condones, lubricantes y materiales educativos a población de PPST.
e) El apoyo a sus pares para la vinculación a servicios de prevención, atención y tratamiento para ITS, el VIH y las hepatitis.

6.1.5. MARCO DE INTERVENCIONES INTEGRALES DIRIGIDAS A POBLACIONES CLAVE (HSH, PPST Y PERSONAS TRANSGÉNERO)

Es estrategia clave del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida, desarrollar intervenciones dirigidas a las poblaciones clave (HSH, PPST y personas transgénero) en el marco de un programa combinado de prevención. Estas abarcan un amplio espectro de actividades, con énfasis en la promoción de salud y prevención, bajo un enfoque de derechos humanos y el respeto de la diversidad sexual.

1. Acciones a desarrollar por los equipos de ITS-VIH/sida en los diferentes niveles

A todos los niveles se conocerán las estimaciones del tamaño de las poblaciones clave (HSH, PPST y personas transgénero); la incidencia de nuevos casos de ITS, VIH y hepatitis, y los datos de prevalencia, derivados de los resultados de investigaciones de población y el análisis de la situación de salud. En correspondencia con dicho análisis, se priorizarán las acciones a desarrollar con el propó-

sito de garantizar el acceso de la población clave a los servicios de prevención, diagnóstico, atención y apoyo. En todos los niveles, las actividades educativas darán prioridad:

a) Promoción del uso consistente del condón a través de diferentes estrategias (marketing social, educación de pares, MCS, uso de las TICs, redes sociales, Web y otros).
b) Actividades de IEC que incluyan la entrega de un paquete de servicios de prevención de calidad compuesto de preservativos y lubricantes; asesoramiento sobre el uso del preservativo y prácticas sexuales seguras y la gestión de riesgos; ofrecer servicios de pruebas accesibles y libres de estigma y discriminación para la detección de infecciones de transmisión sexual, el VIH y las hepatitis.
c) Organizar actividades de Hazte la Prueba en sitios de encuentro seleccionados por su importancia epidemiológica en cada lugar.
d) Actividades para la reducción del estigma y la discriminación en entornos laborales, sanitarios y educativos, y apoyo entre iguales para promover la salud y la no discriminación.
e) Formación de capacidades sobre los derechos jurídicos.
f) Observatorios para la denuncia de manifestaciones de violencia.
g) Actividades para reducir la discriminación relacionada con el género y el VIH, las normas de género dañinas y la violencia en las relaciones de pareja íntima.

2. 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 (HSH, PPST y personas transgénero); las personas que viven con VIH y sus parejas sexuales, u otros que tenga identificados en su comunidad. Dispensarizará su población clave y realizará el seguimiento correspondiente de forma personalizada según grupo dispensarial (grupo II).

2.1. Los puntos de entrada para la prestación de intervenciones básicas en el área de salud serán por medio de:

a) Solicitud de profilaxis posterior a la exposición (PEP) por relación sexual sin condón con personas VIH positivas, víctimas de violación sexual, otras (según protocolo).
b) Acude a CMF o policlínico por síntomas de ITS.
c) Solicita una prueba de VIH a su médico de familia, consulta de ITS.
d) Atención en servicios de Proctología, Endocrinología (provisión de hormonas en el caso de personas transgénero), o consejería.
e) Acude a centros que proveen profilaxis previa a la exposición (PrEP) y solicita este servicio (según protocolo).
f) Acude a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) del policlínico.
g) Derivación de los Observatorios u Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) según corresponda.

2.2. Una vez registrada la solicitud, se procede a ofrecer paquete básico de servicios para pruebas de VIH. Debe incluir:

a) Consejería pre- y postest con valoración de riesgo sustancial.
b) Ofrecer condones y lubricantes.
c) Tamizaje de sífilis, VHB y VHC.
d) Ofrecer PEP disponible (< 72 h) para exposición por contacto sexual.
e) Apoyo de pares para vinculación (y derivación a OSC).

2.3. Una vez realizados todos los procedimientos y cumplidas todas las acciones correspondientes al paquete de pruebas, se procede a la vinculación a los servicios de prevención disponibles en el área de salud. Estos deben incluir:

a) Valoración para PrEP.
b) Ofrecer condones y lubricantes.
c) Prueba confirmatoria de sífilis activa.
d) Tamizaje para *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) / *Chlamydia trachomatis* (Ct).
e) Valoración clínica de ITS.
f) Vacunación Anti-VHB.
g) Tamizaje de cáncer cérvicouterino para mujeres trabajadoras sexuales.
h) Tamizaje y apoyo a víctimas de violencia, salud mental.

2.4. El seguimiento de las poblaciones clave vinculadas a los servicios de prevención de ITS, VIH y hepatitis, será cada 3 meses si es usuario de PrEP; si no: cada 6-12 meses. Este incluye:

a) Seguimiento a poblaciones clave en PrEP (según protocolo).
b) Realizar prueba VIH, sífilis, Ng / Ct.
c) Ofrecer condones y lubricantes.
d) Valoración clínica de ITS.
e) PEP disponible (según protocolo).
f) Tamizaje y apoyo a víctimas de violencia, salud mental.
g) Revaluar riesgo sustancial a los 12 meses en seguimiento.

Definición de riesgo sustancial de infección por VIH

Subpoblaciones con incidencia de 3 nuevas infecciones por el VIH x 100 personas / año y una de las siguientes (en los últimos 6 meses):

- *sexo vaginal o anal sin condón con más de una pareja;*
- *ITS;*
- *uso de PEP;*
- *tener una pareja sexual con factores de riesgo de VIH.*

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 las ITS, el VIH y las hepatitis 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 el estigma y la discriminación por razones de género y orientación sexual.

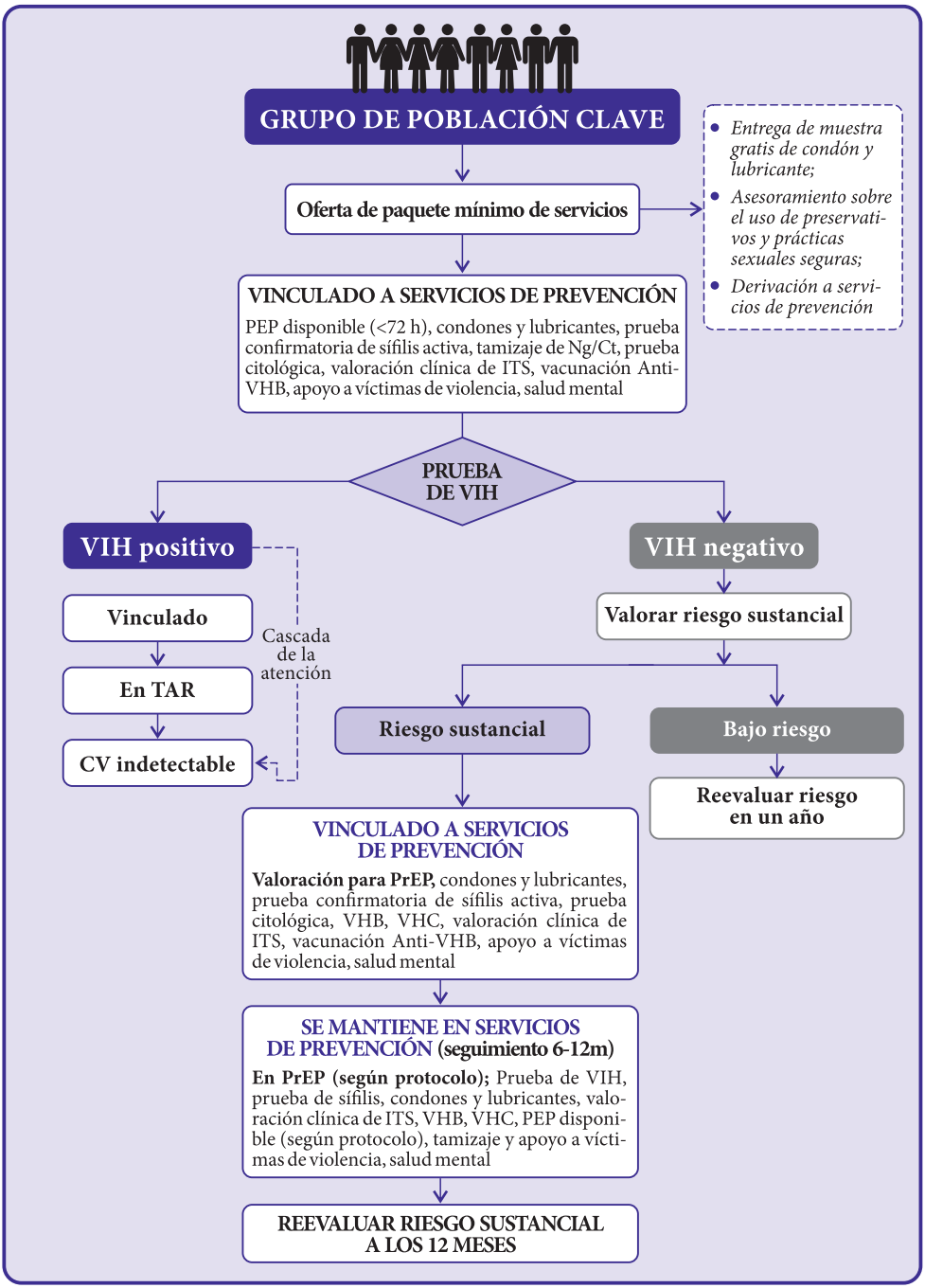
Los(las) psicólogos(as) del área de salud

El psicólogo(a) del GBT, atendiendo a su preparación profesional, realizará actividades para incidir positivamente en el abordaje integral de la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis en poblaciones clave de mayor riesgo:

- Interconsulta a personas dispensarizadas por pertenecer a los grupos clave más afectados por estas infecciones, por ejemplo HSH, PPST, personas transgénero, parejas serodiscordantes, y otras poblaciones vulnerables como las 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 parejas serodiscordantes;
- Actividades educativas grupales con grupos clave de mayor riesgo;
- Participar en el control de foco de casos nuevos de ITS, VIH y hepatitis.

6.1.6. PAQUETE BÁSICO DE SERVICIOS PARA GRUPOS DE POBLACIÓN CLAVE EN EL ÁREA DE SALUD

Figura 16. Paquete básico de servicios de prevención



6.1.7. METODOLOGÍA DEL TRABAJO INTERSECTORIAL

GOPELS

El Grupo Operativo para la Enfrentamiento y Lucha contra el 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, instituciones y representantes de las poblaciones clave en cada una de las instancias.

Los miembros deben ser los representantes de mayor jerarquía de los sectores y organizaciones, y representantes de las poblaciones claves 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 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 3 meses;
- A nivel municipal: cada 2 meses.

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 los 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 (de 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 su 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.
10. Por la importancia de la participación sistemática y permanente de los miembros, debe garantizarse la asistencia y la participación en las rendiciones de cuentas, y analizar a aquellos que incumplan.
11. Debe realizarse una capacitación a los miembros del GOPELS al menos una vez al año basada en las necesidades de capacitación identificadas previamente.
12. El funcionamiento de los GOPELS será evaluado mediante el Plan de monitoreo y evaluación.

Grupos de trabajo intersectorial

Los grupos de coordinación, seguimiento y evaluación del trabajo intersectorial realizarán la revisión, actualización, divulgación, seguimiento y evaluación de los temas afines a su área de acción.

Estructura

Están integrados por diferentes sectores sociales, organizaciones e instituciones de importancia económico-social en cada una de las instancias (nacional, provincial y municipal). Se agruparán según su área de acción en:

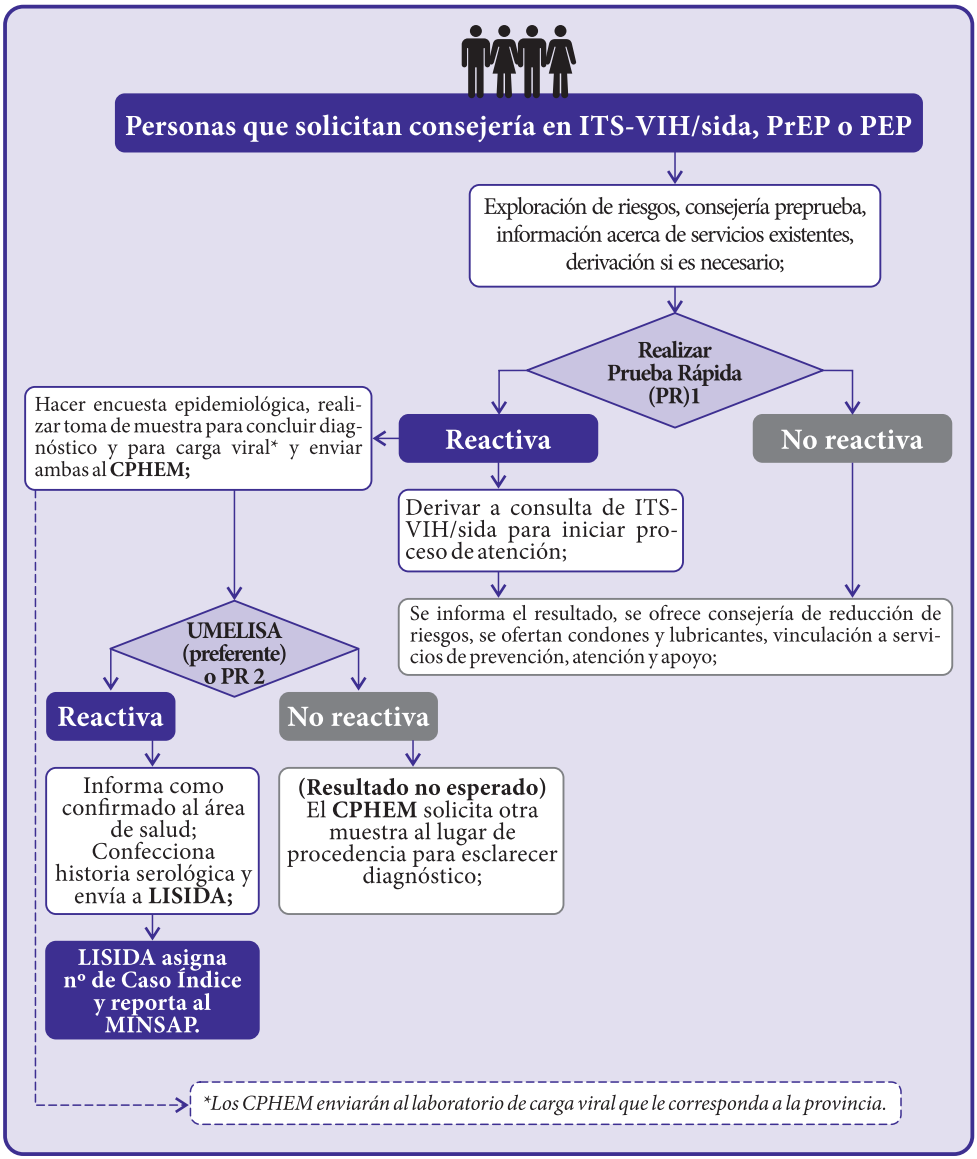
- *Legal: integrado por los organismos e instituciones cuyo objeto social está vinculado con los aspectos legales;*
- *Comunicación: integrado por los medios masivos de comunicación y otros que puedan asesorar en el tema;*
- *Prevención: el resto de los sectores sociales.*

Sesionarán sistemáticamente en el período entre las reuniones para coordinar la implementación de las acciones planificadas, realizar su seguimiento y evaluación, y hacer propuestas en caso de ser necesario.

6.1.8. PROTOCOLO DE LA CONSEJERÍA EN ITS-VIH/SIDA

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, y los consejeros formados en las áreas de salud más afectadas. La figura 17 muestra el procedimiento para el diagnóstico de VIH en los servicios de consejería en ITS-VIH/sida, PrEP o PEP.

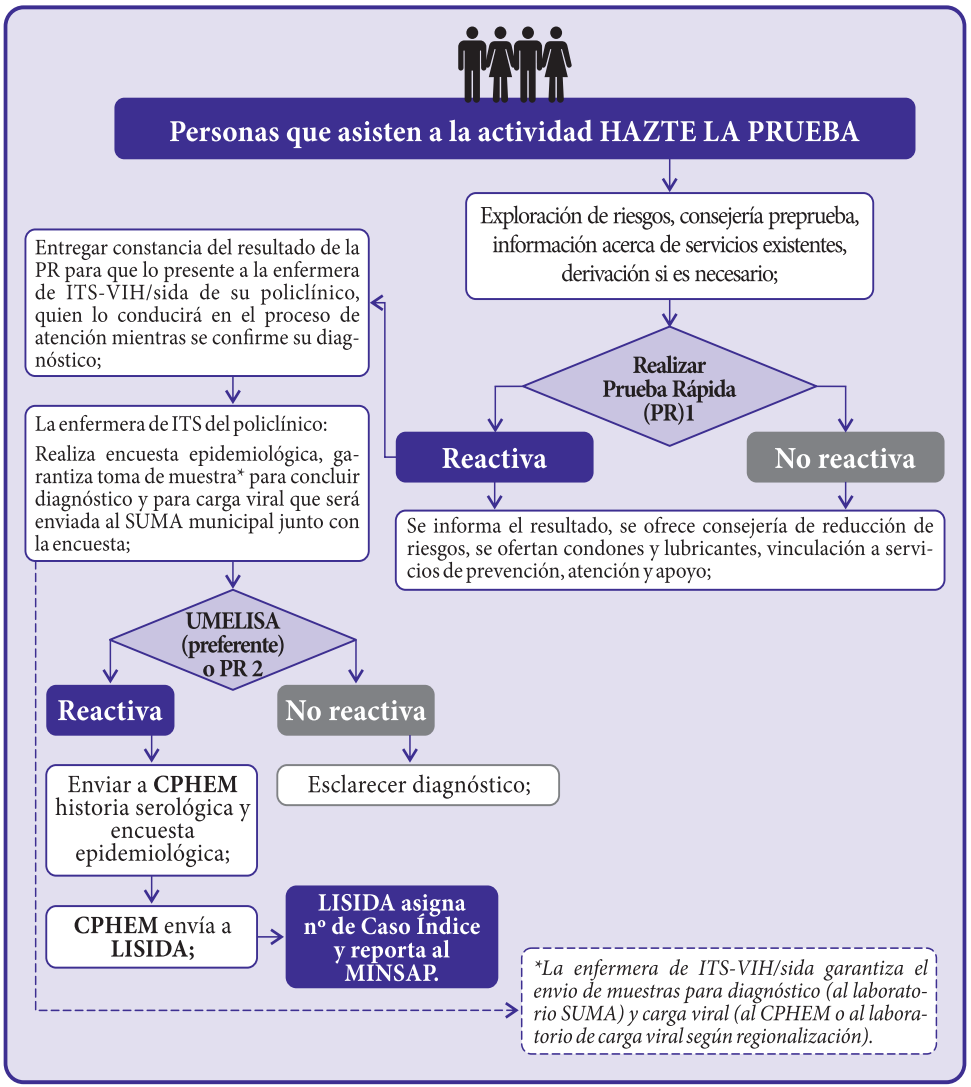
Figura 17. Procedimiento para diagnóstico de VIH en personas que solicitan consejería en ITS-VIH/sida, PrEP o PEP



Diagnóstico de la infección por el VIH en actividades de Hazte la Prueba (terreno)

El Movimiento de Hazte la Prueba, estará dirigido a incrementar la demanda de la población a servicios de prueba de VIH y asesoría. Para su implementación, se identificarán los sitios teniendo en cuenta la incidencia, por estar ubicada en el Consejo Popular más afectado, y/o por tener un número significativo de personas pertenecientes a los grupos de población clave (ver figura 18).

Figura 18. Procedimiento para diagnóstico de VIH en actividades de Hazte la Prueba



Esta actividad se hará de conjunto con el resto de los especialistas del programa de VIH con una previa noción de los horarios factibles para el montaje del Movimiento Hazte la Prueba. Con antelación debe haber un cronograma de trabajo montado en función de la actividad, y para ello se contactará con los líderes y el personal de salud del lugar. Se informará a la comunidad del objetivo de la actividad, su importancia, el lugar y la fecha.

El reporte de pruebas de VIH realizadas en las diferentes variantes de consejería, serán clasificadas en los grupos correspondientes: Espontáneo confidencial, Espontáneo anónimo y Terreno, y reportadas a través del parte semanal de pruebas de VIH que fluye por el Sistema de Información Estadística de VIH/sida.

Los directores de Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CPHEM) serán responsables de crear las condiciones necesarias para el funcionamiento de la consejería telefónica en los horarios de mayor demanda según estudios realizados.

El educador provincial será responsable de los análisis a su nivel y de la remisión al Centro Nacional de Prevención, trimestralmente.

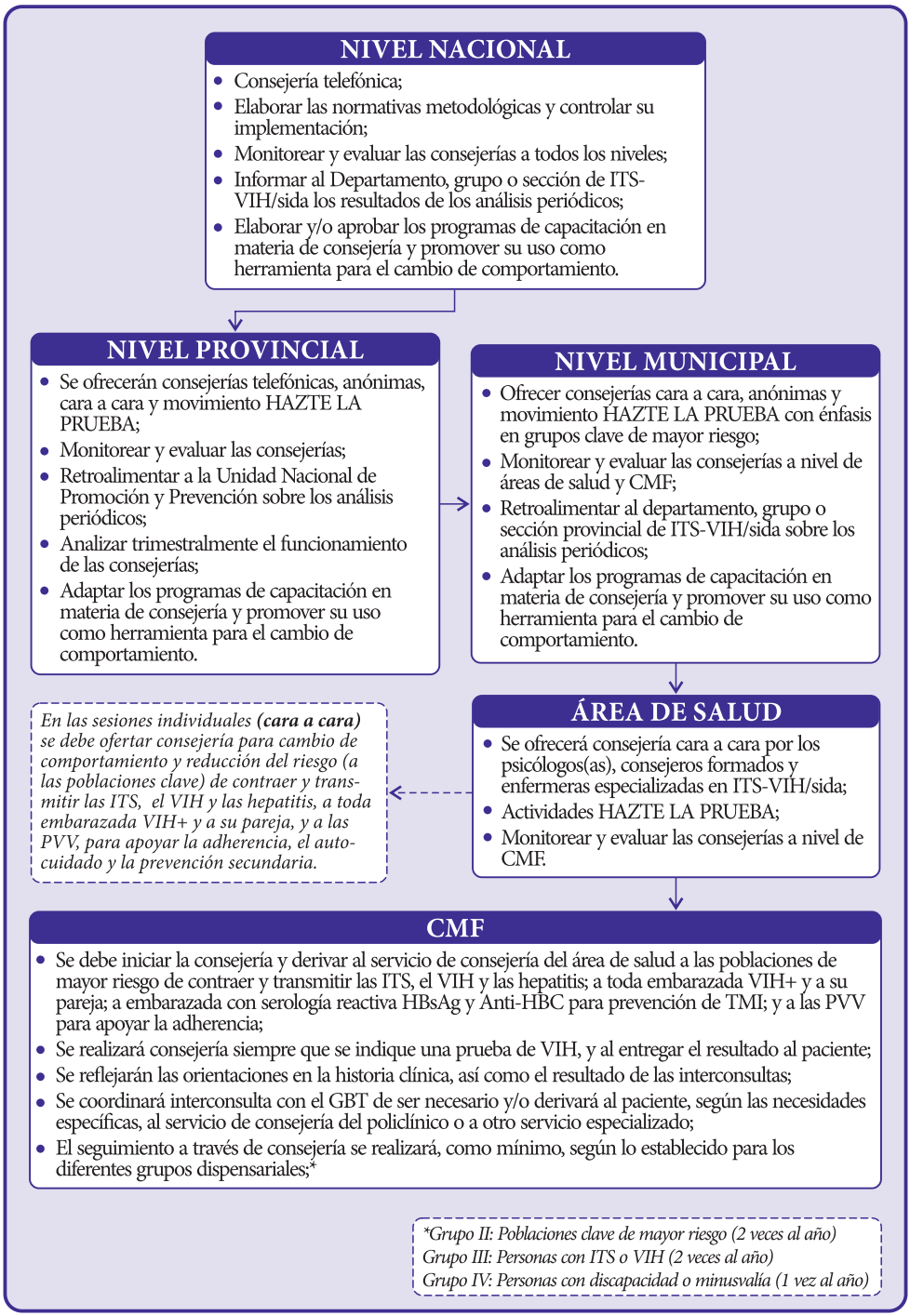
Los grupos de ITS-VIH/sida a nivel provincial y municipal establecerán mecanismos para controlar la calidad de las consejerías que se ofrecen en el territorio y garantizarán que se realicen actividades de Hazte la Prueba en los sitios de encuentro de los grupos clave, centros laborales identificados como prioridad y comunidades con poblaciones vulnerables de las áreas de salud más afectadas.

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.

El educador municipal será responsable de validar y consolidar los datos a su nivel, y los enviará al nivel provincial. Coordinará con los departamentos de docencia de los policlínicos la capacitación especializada en consejería en ITS-VIH/sida.

El educador del área de salud será responsable de realizar el análisis cuanti-cualitativo de la consejería en el área de salud; los resultados serán discutidos en las reuniones técnicas del área y remitidos al educador o coordinador municipal de consejería. En conjunto con el psicólogo, será responsable de confeccionar los programas de los cursos teórico-prácticos y participar en las capacitaciones (ver figura 19).

Figura 19. Organización de las consejerías según niveles



6.2

INFECCIÓN POR EL VIH

6.2.1. PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR EL VIH

1. Organización del sistema de vigilancia

- Se realizará la vigilancia de casos 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 al nivel central se lleva a cabo por el Laboratorio de Investigaciones en sida (LISIDA);
- LISIDA introduce en el registro informatizado de VIH/sida una vez por semana los nuevos casos de VIH;
- A cada nuevo caso de VIH se le asignará un identificador único (N.º 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 será introducida 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 y hepatitis virales 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 casos de VIH diagnosticados tardíamente y de fallecidos en un término no mayor de 30 días después del evento en cuestión. En los tres procesos, debe haber participación del área de salud correspondiente;
- Los jefes de las secciones provinciales de ITS-VIH/sida y hepatitis son responsables de la organización necesaria para que se realicen estudios centinela en sitios de encuentro de HSH al menos una vez al año. Dichos resultados deben remitirse al nivel central al final del año en curso;

- Los Servicios Médicos del MININT son responsables de cumplir los procedimientos de la vigilancia de VIH y reportar lo relacionado con las personas con VIH privadas de libertad a los Equipos de ITS-VIH/sida de las provincias donde estén enclavados;
- Los Centros de Atención Integral a personas que viven con el VIH son responsables de reportar los eventos vitales de los ingresados en dichos centros a las secciones provinciales de ITS-VIH/sida y hepatitis correspondientes;
- La Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud y los Grupos provinciales de Estadística de los CPHEM son responsables de reportar la cantidad de pruebas realizadas según grupos de pesquisa, edad y sexo;
- El Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida es responsable de notificar 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 a las provincias de donde proceden las personas que se atienden en la institución los cambios de tratamiento realizados en la misma;
- El IPK es responsable de devolver, a las provincias de Pinar del Río, Artemisa, Matanzas y al municipio especial Isla de la Juventud, los resultados de los estudios de CD4 y carga viral; y a todas las provincias, así como al Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis virales del MINSAP, los resultados de los estudios de resistencia postratamiento que realiza en sus laboratorios;
- LISIDA es responsable de informar los resultados de estudios de resistencia a cada provincia de donde proceden las muestras y al Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis virales del MINSAP.

2. Eventos sujetos a notificación y reporte

- Nuevos diagnósticos de VIH (cualquiera que sea el estadio de la infección);
- Evaluación inmunológica inicial (realización y resultado del primer conteo de CD4 o CD4 basal) que permite la estadificación inicial;
- Casos de sida;
- Fallecimiento de una persona con VIH (a causa del sida o por otras causas);
- Inicio de terapia antirretroviral con su esquema inicial;
- Cambios de TAR y esquemas subsecuentes y la causa del cambio;
- Interrupciones de TAR;
- Evaluación inmunológica y virológica con la periodicidad indicada (seguimiento con estudios de CD4 y CV);
- Casos con coinfección VIH/TB y VHB/VHC;
- Comienzo y fin del tratamiento a los casos con hepatitis C crónica;
- Comienzo del tratamiento a los casos con hepatitis B crónica;
- Comienzo y fin de la profilaxis antituberculosa de los nuevos casos de VIH;

- Comienzo y fin del tratamiento antituberculoso;
- Mujeres que viven con el VIH que inician un embarazo (captación) y momento del parto o interrupción del embarazo;
- Mujeres a las que se les diagnostica VIH en cualquier período de su gestación;
- Seguimiento clínico y de laboratorio de hijos nacidos de mujeres que viven con el VIH;
- Comienzo y fin de la profilaxis a los hijos nacidos de mujeres con VIH;
- Desabastecimiento de productos de salud: drogas antirretrovirales, condones, reactivos.

3. Fuentes de información de la vigilancia del VIH

- Registros del Laboratorio de Investigaciones en 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, edad y sexo de la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud;
- Registros 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);
- Poblaciones clave estimadas por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información;
- Registros de los laboratorios de CD4 y carga viral;
- Datos de estudios de resistencia del IPK y de LISIDA;
- 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, LISIDA e IPK.

4. 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 grupos de población clave, en actividades comunitarias de Hazte la Prueba;
- Toda indicación de prueba de VIH se acompañará del consentimiento del paciente y de la información básica sobre los riesgos de adquirir el 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 posprueba).

- 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 13. 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 el VIH o con otras ITS.	Para VIH, cada 6 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 otras ITS (incluye hepatitis B y C).	Al diagnóstico y posteriormente una vez al año.	CMF, consulta de ITS.
Grupos de población clave (HSH, personas transgénero, 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 repetir al concluir el tratamiento Anti-TB.	CMF.
Mujeres usuarias de los servicios de planificación familiar.	Anualmente.	CMF, consulta de planificación familiar.
Reclusos	A la entrada, a los 6 meses, anualmente y al egreso.	Unidades del Sistema Penitenciario.
Hombres y mujeres sexualmente activos que no utilizan condones de forma sistemática.	Cada 6 meses.	CMF.
Pacientes con síntomas sugestivos de infección aguda o crónica por VIH.	A juicio médico.	Cualquier servicio de salud.
Usuarios de PrEP.	Cada tres meses.	Servicios de PrEP.

5. Procedimientos para el estudio y seguimiento de parejas sexuales

- Las parejas sexuales pueden ser notificadas directamente por la persona a sus parejas y también por derivación pasiva a cargo del personal de salud, que en este caso es realizada por la enfermera de ITS-VIH/sida del policlínico;
- En el caso de la notificación a cargo de la enfermera, la 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 la prueba de VIH, cada 6 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 6 meses el primer año y en lo sucesivo una vez al año. En caso de terminarse la relación de pareja se concluye su seguimiento un año después de terminada la relación.

6. Procedimiento ante el resultado positivo de una prueba de VIH

- Ante una prueba de VIH reactiva se informará a la enfermera de ITS del área de salud correspondiente;
- La enfermera de ITS-VIH/sida del área de salud será la encargada de darle el resultado al paciente y 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 seguimiento;
- El proceso de atención se iniciará inmediatamente tal y como aparece en el protocolo de "Atención Integral a PVV".

7. Seguridad y confidencialidad

a) Consideraciones éticas
   - La información de las actividades de vigilancia es confidencial y solo 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 y municipales de salud son responsables de garantizar que las quejas o reclamaciones en las que se expresen violaciones de la confidencialidad sean investigadas y entregadas a la comisión de ética de la unidad en cuestión y de dar respuesta a la persona en el término establecido.

b) 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 especialistas 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://siec.sld.cu/vih/. 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 usuario;
   - Solamente tendrá acceso a los datos el personal autorizado;
   - Será responsabilidad de los jefes de Equipos municipales y de secciones 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 a terceras personas;
- Las exportaciones no se transmiten por correo electrónico;
- Los jefes de secciones de ITS-VIH/sida y hepatitis garantizarán la seguridad de todos los equipos y sistemas informáticos utilizados en la vigilancia cumpliendo lo establecido para la seguridad informática.

8. Plan de monitoreo y evaluación (M&E)

- Los indicadores contenidos en el plan de M&E se medirán en el área de salud, municipios, provincias 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.

9. Definiciones de caso

a) Caso de VIH en adultos y adolescentes
Cumple con el algoritmo de diagnóstico establecido en el país.

b) 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 14. Caso de sida en adultos, adolescentes y niños

Diagnóstico de sida en adultos y niños con infección por VIH confirmada para efectos de la notificación siempre estará presente el criterio inmunológico*		
Criterios clínicos	**Criterios inmunológicos en adultos y niños a partir de los 5 años de edad**	**Criterios inmunológicos en niños menores de 5 años**
Diagnóstico clínico (presuntivo o confirmado) de cualquier primera afección del estadio 4 en personas con infección por VIH confirmada. Se incluye la tuberculosis pulmonar.	Primer conteo total de CD4 < 200 cel/mm³ o porcentaje de CD4 < 15 %.	**Primera** cifra documentada de conteo de CD4 < 15 %.

* 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 15. Infección avanzada por el VIH

Criterios clínicos	Criterios inmunológicos en adultos y niños a partir de los 5 años de edad	Criterios inmunológicos en niños menores de 5 años*
Diagnóstico presuntivo o confirmado de cualquier afección en estadios 3 o 4.	Conteo de CD4 < 350 cel/mm³ en adultos o niños con infección por VIH.	CD4 < 25 %.

Tabla 16. 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 mm³ o % CD4)
Ninguna o no significativa	> 35	> 30	> 25	> 500
Leve	30-35	25-30	20-25	350-499
Avanzada	25-29	20-24	15-19	200-349
Grave	< 25	< 20	< 15	< 200/mm³ o < 15 %

Tabla 17. 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

A continuación, la Tabla 18: 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.**

* 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.

** 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.

Tabla 18. Estadificación clínica en adultos, adolescentes y niños

Adultos y adolescentes	Niños
Estadio clínico 1	
• Asintomático. • Linfadenopatía persistente generalizada.	• Asintomático. • Linfadenopatía persistente generalizada.
Estadio clínico 2	
• Pérdida moderada de peso idiopática (menos de 10 % del peso corporal presumido o medido). • Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media). • Herpes zóster. • Queilitis angular. • Úlceras orales recurrentes. • Erupciones papulares pruriginosas. • Dermatitis seborreica. • Onicomicosis.	• Hepatoesplenomegalia persistente idiopática. • Erupciones papulares pruriginosas. • Infección extensa por papilomavirus. • Infección extensa por molusco contagioso. • Onicomicosis. • Úlceras orales recurrentes. • Hipertrofia parotídea persistente idiopática. • Eritema gingival lineal. • Herpes zóster. • Infecciones del tracto respiratorio superior recurrentes o crónicas (sinusitis, amigdalitis, otitis media, otorrea).
Estadio clínico 3	
• Pérdida grave de peso idiopática (más del 10 % del peso corporal presumido o medido). • Diarrea crónica idiopática durante más de un mes. • Fiebre persistente idiopática (mayor de 37,5º C, intermitente o constante, durante más de un mes). • Candidiasis oral persistente. • Leucoplasia oral vellosa. • Tuberculosis pulmonar. • Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia). • Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda. • Anemia (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 109/l) y/o trombocitopenia crónica (< 50 x 109/l) idiopática.	• Desnutrición moderada idiopática que no responde adecuadamente al tratamiento estándar. • Diarrea idiopática persistente (≥ 14 días). • Fiebre idiopática persistente (> 37,5° C, intermitente o constante, durante más de un mes). • Candidiasis oral persistente (a partir de las 6 a 8 semanas de vida). • Leucoplasia oral vellosa. • Gingivitis / periodontitis ulcerativa necrotizante aguda. • Tuberculosis ganglionar. • Tuberculosis pulmonar. • Neumonía bacteriana grave recurrente. • Neumonitis intersticial linfoide sintomática. • Enfermedad pulmonar crónica asociada al VIH (incluyendo bronquiectasias). • Anemia (< 8,0 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 109/l) y/o trombocitopenia crónica (< 50 x 109/l) idiopática.
Estadio clínico 4	
• Síndrome de consunción por VIH. • Neumonía por *Pneumocystis*. • Neumonía bacteriana grave recurrente. • Infección crónica por herpes simple (oro-labial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral de cualquier duración). • Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones). • Tuberculosis extrapulmonar. • Sarcoma de Kaposi.	• Síndrome de consunción grave idiopático, retraso del crecimiento o desnutrición grave que no responde al tratamiento estándar. • Neumonía por *Pneumocystis*. • Infecciones bacterianas graves recurrentes (empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, excluyendo neumonía). • Infección crónica por el virus herpes simple (orolabial o cutánea de más de un mes de duración, visceral de cualquier duración). • Tuberculosis extrapulmonar.

Adultos y adolescentes	Niños
Estadio clínico 4 (continuación)	
• Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos). • Toxoplasmosis del sistema nervioso central. • Encefalopatía por VIH. • Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis). • Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Criptosporidiasis crónica. • Isosporiasis crónica. • Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis). • Septicemia recurrente (incluyendo por Salmonella no tifoidea). • Linfoma (cerebral o de células B, no-Hodgkin). • Carcinoma cervical invasivo. • Leishmaniasis atípica diseminada. • Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH.	• Sarcoma de Kaposi. • Candidiasis esofágica, o candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar. • Toxoplasmosis del sistema nervioso central (después del período neonatal). • Encefalopatía por VIH. • Infección por citomegalovirus (retinitis o infección por citomegalovirus que afecte a otros órganos y que se inicie después del período neonatal). • Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis). • Micosis endémica diseminada (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis). • Criptosporidiasis crónica. • Isosporiasis crónica. • Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas. • Linfoma no-Hodgkin de linfocitos B o cerebral. • Leucoencefalopatía multifocal progresiva. • Nefropatía asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH.

c) Diagnóstico tardío 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^3 o menos de 15 %.

d) Fallecido por sida a cualquier edad

Toda persona que al momento del fallecimiento tenga una enfermedad oportunista de estadio 3 o 4, o que inmunológicamente clasifique como sida. Se descartan las muertes por causas ajenas al sida como accidentes, suicidio u otras situaciones o enfermedades no contenidas en la clasificación de Sida de la OMS del 2010, siempre y cuando no tenga inmunodepresión grave en el caso de estas últimas.

e) 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 las atiende considera han estado en riesgo; **3)** las pruebas indicadas como parte de exámenes médicos de otras patologías; **4)** los que solicitan un chequeo general y se incluye el 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 o consejero 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. Solo 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 el 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 transmisión maternoinfantil (TMI).

Esposo de gestante: se clasifican como tal las pruebas de VIH que se realizan a las parejas de 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.

Extranjeros: personas de otra nacionalidad a las que se les indica prueba de VIH.

6.2.2. PROCEDIMIENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIH EN ADULTOS Y NIÑOS MAYORES DE 18 MESES

Todos los laboratorios de la red que realizan pruebas serológicas para diagnóstico de VIH están obligados a aplicar los siguientes procedimientos.

Responsabilidades

Generales

- El jefe del laboratorio, de todos los niveles, organizará, controlará y supervisará el trabajo que realizan los especialistas y técnicos en el cumplimiento de los procedimientos de trabajo, en sus diferentes etapas;
- Los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología son responsables del aseguramiento logístico, así como de supervisar, controlar y asegurar la calidad del funcionamiento y el cumplimiento de los procesos;
- El LISIDA es responsable de brindar asesoría técnica, así como de realizar visitas de auditoría y control para verificar el cumplimiento de los procedimientos establecidos y la calidad de los resultados.

Centros de extracción

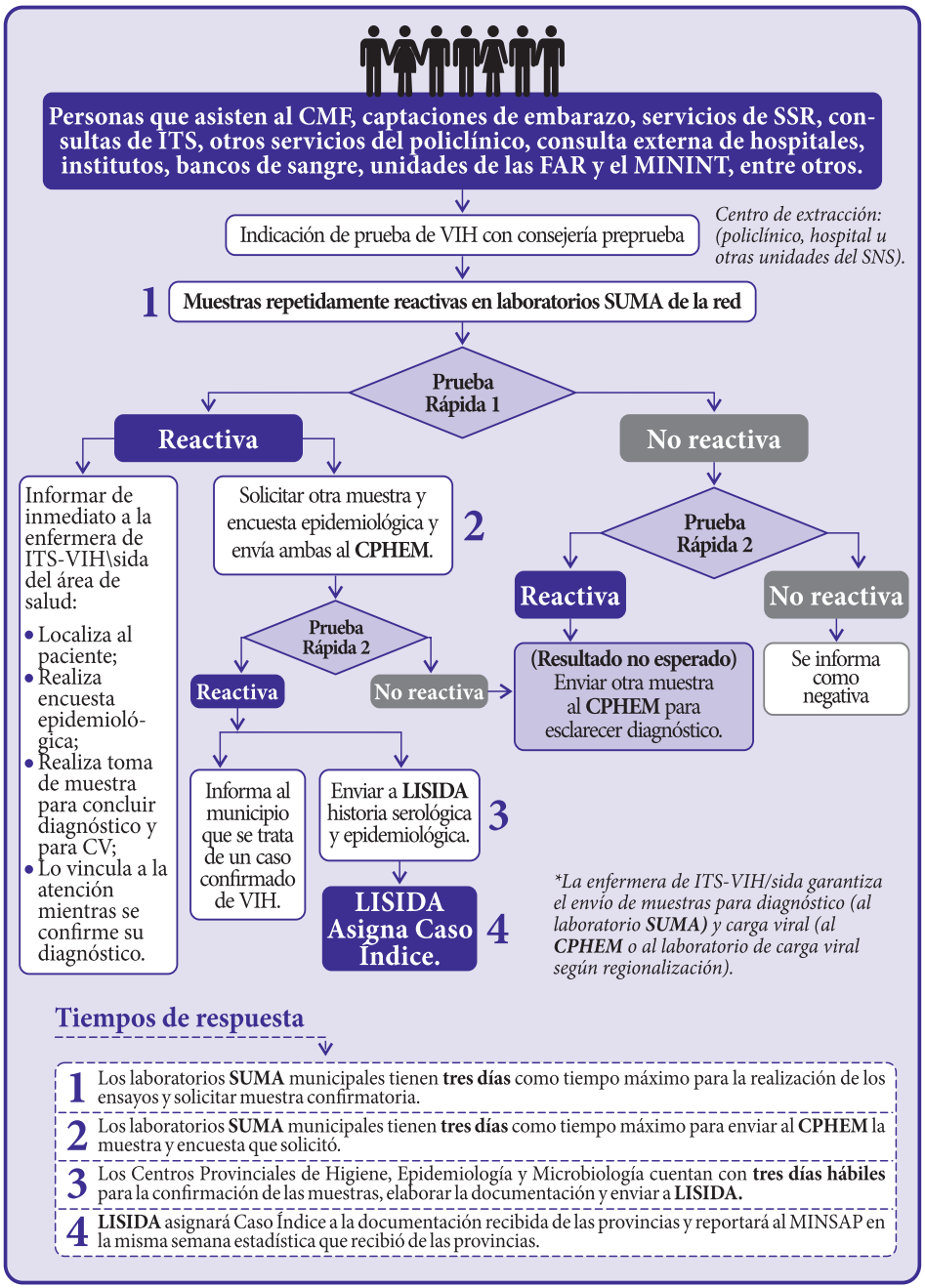
1. Revisar que cada muestra esté correctamente identificada y que se encuentre acompañada de la solicitud individual emitida por el médico que indicó el examen, con los siguientes datos:
   - Nombres y apellidos;
   - Fecha de entrada;
   - Fecha de extracción de la muestra;
   - Número de identidad;
   - Edad;
   - Sexo;
   - Dirección del Carné de Identidad y dirección de residencia actual;
   - Grupo de pesquisa;
   - Procedencia (consultorio médico, sala hospitalaria, consulta externa, otra);
   - Observaciones.
2. Que cumplan con los requisitos establecidos para aceptación de muestras y de buenas prácticas:
   - No estar derramadas;
   - Volumen suficiente para la realización de los ensayos (± 200 µL);
   - No estén lipémicas, hemolíticas ni contaminadas.
3. Disponer de un registro de entrada (puede ser electrónico) para anotar toda la información.
4. Si es necesario su almacenamiento se realizará a temperatura de 2 a 8 °C por no más de tres días y a -20 °C hasta un mes, evitando los ciclos de congelación y descongelación.
5. Enviar diariamente las muestras al laboratorio que realiza la técnica y recoger los resultados con igual periodicidad.

Laboratorios SUMA municipales

1. Recepcionar las muestras procedentes de los centros de extracción con los listados duplicados, donde se refleje toda la información referente al paciente acompañado de las indicaciones del médico que solicita el ensayo.
2. Revisar que las muestras cumplan con los criterios de aceptación.
3. Procesar las muestras aplicando el algoritmo correspondiente.

4. Enviar la muestra para confirmación de casos, acompañada de la encuesta epidemiológica (ver figura 20).

Figura 20. Procedimiento para diagnóstico de VIH en la Red de Laboratorios SUMA



5. Conservar la totalidad de muestras reactivas: congeladas a temperatura entre -10 ºC y -20 ºC durante un año, así como la copia dura y electrónica de la documentación que las respalda.

Laboratorios de los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología

1. Recepcionar las muestras para confirmar, revisando que cumplan con los criterios de aceptación.
2. Procesar las muestras, aplicando el algoritmo establecido para ese nivel.
3. Confeccionar la historia serológica y enviarla a LISIDA para asignación del n.º de Caso Índice.
4. Controlar la participación de los laboratorios SUMA municipales en el Programa de evaluación externo de la calidad (PEEC).
5. Conservar la totalidad de muestras reactivas: congeladas a temperatura entre -10 ºC y -20 ºC durante dos años, así como la copia dura y electrónica de la documentación que las respalda.
6. En los CPHEM se procesan las muestras que reciben de sus municipios y de esa forma concluyen el diagnóstico confirmatorio de VIH. Para ello cuentan con los recursos humanos entrenados y los materiales necesarios.
7. Las muestras que resulten reactivas al VIH-2 deberán ser enviadas a LISIDA junto con el resumen de historia serológica para confirmar VIH-2 y asignar n.º de Caso Índice.

Laboratorio de investigaciones sobre sida (LISIDA)

1. Recepcionar las muestras para confirmación de VIH-2 y otras que requieran ensayos moleculares u otras técnicas de diagnóstico confirmatorio, revisando que cumplan con los criterios de aceptación.
2. Asignación de Caso Índice a las historias serológicas recibidas de los CPHEM.
3. Brindar asesoría a las provincias para la investigación de resultados discordantes.
4. Evaluar y controlar los resultados del Programa de evaluación externa de la calidad (PEEC) emitidos por los laboratorios de la red SUMA y los de carga viral.
5. Procesar y dar resultados al MINSAP de las investigaciones realizadas ante quejas y reclamaciones de inconformidades del diagnóstico de VIH.

Requisitos generales para la realización de los ensayos en todos los niveles

1. Que las muestras cumplan con los requisitos documentales de almacenamiento en tiempo y temperatura.
2. Que los métodos analíticos se encuentren documentados.
3. Utilizar protocolos de trabajo para la realización de los ensayos.
4. Utilizar los diagnosticadores durante el período de validez.

Requisitos generales para la emisión de los resultados de los ensayos

1. El laboratorio que procesa las muestras revisa los resultados antes de entregarlos a la unidad de salud de la que proceden las muestras.

2. Una vez en la unidad de salud (policlínico, hospital, otras) los resultados regresan, en el modelo de solicitud inicial, por las vías establecidas en cada lugar, al médico que indicó el examen.
3. El médico informará al paciente el resultado de su estudio cumpliendo las normas de confidencialidad.

Tiempos de respuesta

1. Los laboratorios SUMA municipales tienen **tres días** como tiempo máximo para la realización de los ensayos y solicitar muestra confirmatoria.
2. Los laboratorios SUMA municipales tienen **tres días** como tiempo máximo para enviar al CPHEM la muestra y encuesta que solicitó.
3. Los Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología cuentan con **tres días hábiles** para la confirmación de las muestras, elaborar la documentación y enviar a LISIDA.
4. LISIDA asignará Caso Índice a la documentación recibida de las provincias y reportará al MINSAP **en la misma semana estadística** que recibió de las provincias (ver figura 18).

6.2.3. 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 estos 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 solo puede ser confirmado a través de pruebas directas de detección, es decir, pruebas virológicas. Estas pruebas son los sistemas de ELISA que capturan el 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 anticoagulada.

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.

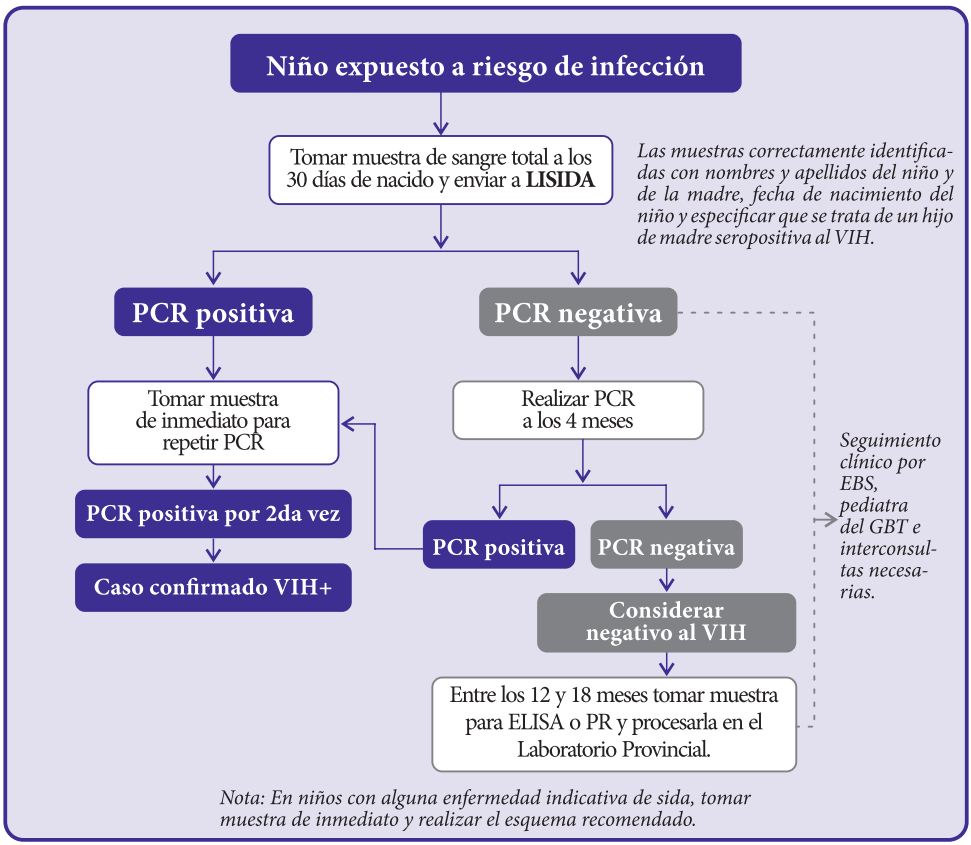
Las muestras de sangre total con anticoagulante requieren de un volumen de 10 ml, anticoaguladas con EDTA. Su correcta transportación y la recepción en el labo-

ratorio 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**.

Para el diagnóstico de niños mayores de dieciocho meses se seguirá igual algoritmo que para adultos (ver figura 21).

Figura 21. Diagnóstico de VIH en niños menores de 18 meses hijos de madres con CV inferior a las mil copias al parto



Requerimientos de la muestra para la realización del ensayo de PCR 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 °C y 8 °C. Separe el plasma de la sangre total por centrifugación durante 20 minutos a 2500 rpm a temperatura ambiente. Transfiera el plasma a tubos estériles de polipropileno.

c) Sangre seca sobre papel de filtro

Puede utilizarse la toma de muestra en papel de filtro para el diagnóstico temprano de VIH-1 en niños.

2. Transportación de la muestra

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

3. Almacenamiento

- Almacene las muestras de **plasma** en alícuotas de 1500 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. 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 °C 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 °C 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 rpm, durante 20 minutos a temperatura ambiente;
- Transfiera el **plasma** a un tubo de polipropileno estéril.

4. Almacenamiento

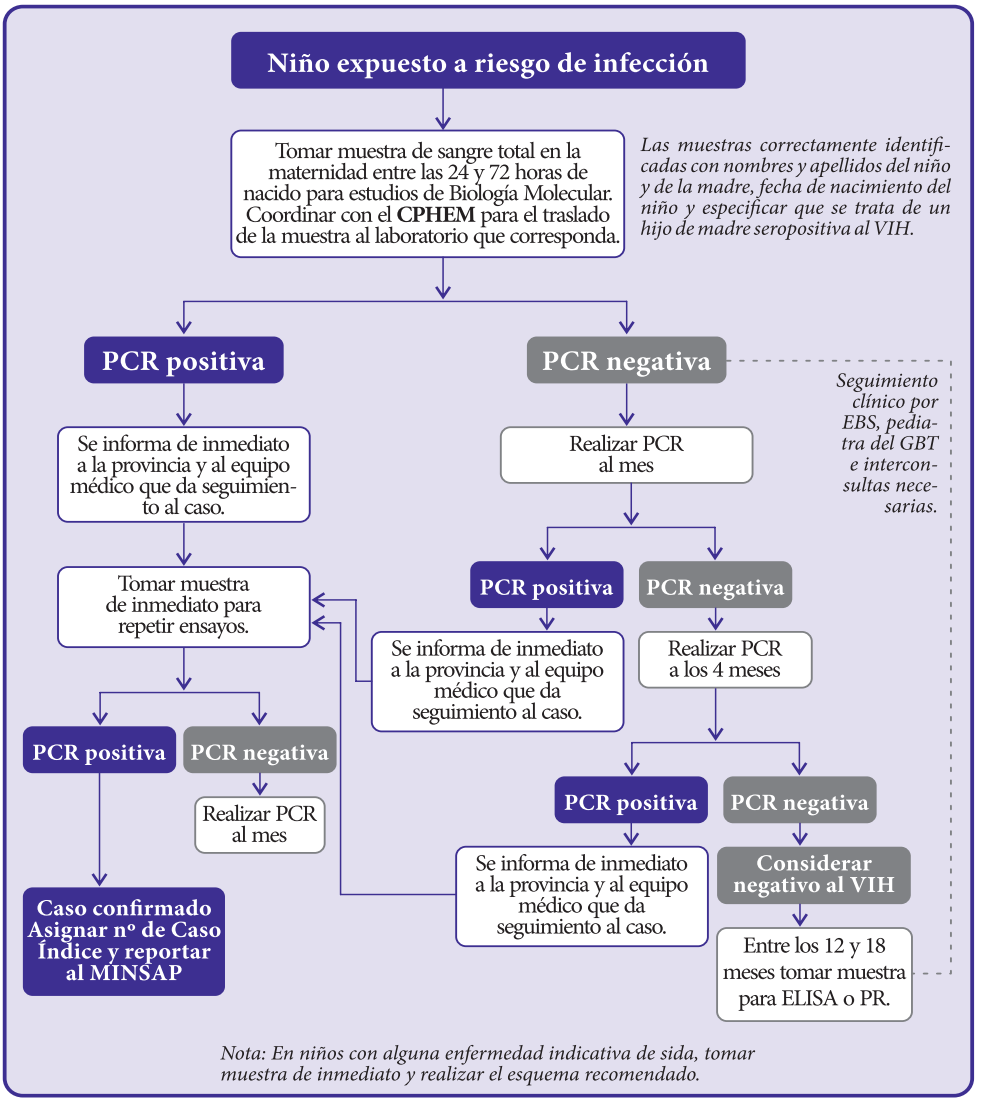
- Almacene el plasma:

a) A temperatura ambiente durante un tiempo máximo de 1 día.
b) Entre 2 °C y 8 °C durante un tiempo máximo de 5 días.
c) Congelado entre -20 °C y -80 °C.
d) En alícuotas de 1500 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.

(Ver figuras 21 y 22).

Figura 22. Diagnóstico de VIH en niños menores de 18 meses hijos de madres con CV superior a las mil copias al parto o que no hayan recibido tratamiento antirretroviral

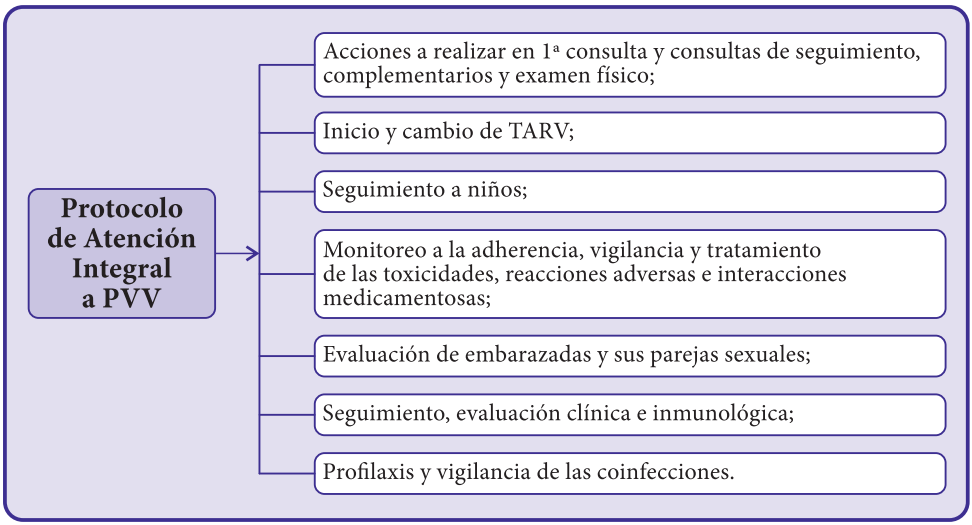


6.2.4. PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH (PVV)

La atención integral a personas que viven con el VIH tiene como propósito la rápida inserción de las personas diagnosticadas con VIH y su adhesión a los servicios de atención, donde se proveen del tratamiento antirretroviral y demás acciones que impactarán en la preservación de su salud, así como en los compromisos asumidos por el país para alcanzar, para el 2020, las metas 90-90-90 y, para el 2030, la eliminación de la epidemia de VIH como problema de salud pública.

La Atención Primaria de Salud continúa siendo el eje fundamental en el cual se sustenta la atención a este grupo poblacional, por lo que el ingreso al sistema de salud se efectuará en el Consultorio Médico de Familia (CMF) al que pertenezca el paciente.

Figura 23. Aspectos contemplados en la atención integral a PVV



Fuente: Elaboración de los autores.

La primera consulta

La primera consulta es el paso más importante porque es el momento en que se produce el vínculo de la persona con el sistema de salud, y en la que es esencial que se establezca una sólida relación médico-paciente. La calidad y efectividad de esta consulta es esencial en la retención del paciente a las acciones del sistema.

Se efectuará inmediatamente a la confirmación del diagnóstico del VIH y de ahí en adelante la atención transitará por los diferentes niveles del sistema, de acuerdo con los requerimientos específicos para cada paciente y en correspondencia a las recomendaciones establecidas por el programa del médico y enfermera de la familia, así como en el programa de ITS-VIH/sida y hepatitis virales.

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

1. Acciones generales:

- Dispensarización;
- Informar acerca de la importancia del inicio precoz de TAR, discutir sobre las ventajas y anunciarle que le será indicado en breve;
- 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– teniendo en cuenta los criterios de la dispensarización establecidos por el programa del médico y la enfermera de la familia.

2. Anamnesis e interrogatorio por aparatos:

- Esquema de inmunizaciones: toxoide tetánico, hepatitis B, antigripal y otras inmunizaciones del esquema establecido por el sistema nacional de salud;
- Explorar hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, otras adicciones) y establecer programa para su modificación;
- 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 y vincular a servicios de salud sexual y reproductiva; explorar deseo reproductivo en caso de pacientes femeninas;
- 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), así como la presencia de síntomas y/o signos relacionados con posible retrovirosis aguda;
- Antecedentes de enfermedad crónica no transmisible con énfasis en patología renal, cardiovascular y neoplasias;
- Consumo de otros medicamentos, fármacos no prescritos y/o productos alternativos;
- Antecedentes patológicos familiares.

3. 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.

4. Estudios complementarios

- Carga viral basal: es importante para el monitoreo de la eficacia del TAR. (En los casos que, por necesidad, el esquema inicial de TAR contenga Nevirapina o Efavirenz, mantener una muestra de suero en congelación para estudio de resistencia si no se alcanza la respuesta virológica esperada después de los seis meses de TAR);
- CD4 (para evaluar el estado inmunológico en el momento del diagnóstico);
  - Hemograma completo, eritrosedimentación y conteo de plaquetas;
  - Enzimas hepáticas, glicemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos y filtrado glomerular;
  - Parcial de orina y heces fecales;
  - A las mujeres realizar prueba citológica (según protocolo del programa de prevención del cáncer cérvicouterino), colposcopia, exudado vaginal y endocervical;
  - 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;
  - Ultrasonido abdominal.

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 del GBT que corresponda (clínico, pediatra, ginecobstetra) y con el especialista designado para la atención a PVV en cada territorio, para la valoración y seguimiento especializado de personas que viven con el VIH e indicar el inicio del tratamiento antirretroviral.

Acciones a realizar por el especialista designado para la atención a personas que viven con el VIH

- Asegurarse de que el paciente está listo para comenzar TAR (consenso, compromiso, adherencia, mantenimiento) y evaluar redes de apoyo;
- Evaluación del paciente con los resultados de complementarios realizados;
- Indicar inicio de la TAR con uno de los esquemas preferenciales de primera línea y de acuerdo con el resultado de los exámenes complementarios;
- En los pacientes que presenten resistencia pre-TAR iniciar con los medicamentos a los cuales es sensible, independientemente a la línea que correspondan;
- No diferir inicio de TAR en espera del resultado de la carga viral;
- Evaluar si las parejas sexuales negativas del paciente son elegibles para PrEP;
- Llenar el certificado correspondiente para el TAR a ser entregado por el paciente en la farmacia que corresponda;
- 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;
- Evaluar de forma diferenciada los pacientes con coinfecciones VIH/VHC, VIH/VHB y VIH/TB, derivando los casos para ser evaluados en el servicio de Gastroenterología que corresponda a esa área de salud;
- 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;
- Mantener vigilancia de hepatitis y tuberculosis con frecuencia anual;
- Tratar las reacciones adversas que se presenten;
- Realizar cambios de TAR si fuera necesario;
- Indicar profilaxis y/o tratamiento para las infecciones oportunistas;
- Evaluar las embarazadas e indicar el tratamiento que le corresponda según escenarios;
- Derivar a consejería en adherencia u otros servicios (Psicología, Psiquiatría, y otros servicios que proveen apoyo a personas con enfermedades crónicas, etc.) que requiera el paciente;
- Orientar que debe regresar a la consulta, aunque no haya sido programada, en caso de que se presenten reacciones adversas o de intolerancia a los antirretrovirales. El médico facilitará esta consulta;
- Establecer programa de seguimiento especializado según estadio (clínico-inmunológico) de la OMS;
  - Estadio 1 y 2: una consulta al mes de haber iniciado el TAR, al tercero y al sexto mes.
  - Estadios 3 y 4: Se mantendrá la consulta con frecuencia mensual, dada la condición especial que presenta este paciente por haberse diagnosticado en etapa avanzada de la enfermedad, hasta que haya alcanzado estabilidad clínica e inmunológica.

Consultas de monitoreo y seguimiento clínico

- Se realizará en el policlínico a que pertenezca el paciente;
- **La primera consulta de seguimiento** se realizará (para todos los pacientes, independientemente del estadio clínico e inmunológico en que se encuentren) al mes después de haber iniciado la TAR, para evaluar:
  - adherencia;
  - presencia o no de efectos indeseables y/o reacciones adversas, que pongan en peligro la continuidad de la TAR;
  - indicar tratamiento para la profilaxis de la TB.
- Evaluación sistemática de la curva de peso y el estado nutricional, así como el riesgo de adquirir otras ITS;
- Siempre se realizará examen físico;
- Ofrecer orientaciones para disminuir los efectos indeseables de la TAR para lograr mejor tolerancia y garantizar la continuidad del TAR;

- De no existir condiciones que requieran de una observación o seguimiento especial, organizar el seguimiento de acuerdo con el estadio clínico e inmunológico.

Monitoreo de la carga viral plasmática (seguimiento virológico)

- El monitoreo de la carga viral plasmática en pacientes con tratamiento antirretroviral (TAR) es el factor esencial para evaluar la eficacia o el fracaso de la misma;
- Con adecuada adherencia, a los seis meses de iniciado el TAR, la carga viral plasmática debe descender rápidamente hasta alcanzar la supresión virológica (valores inferiores a mil copias/ml). Pacientes con CV basal superiores a las 100 mil copias probablemente demoren un poco más en alcanzar la supresión virológica);
- Desde el punto de vista técnico, la totalidad de pacientes con tratamiento deberán alcanzar valores de carga viral inferiores a las 50 copias;
- El seguimiento y evaluación de la carga viral no solamente es importante para la respuesta del paciente, sino que forma parte de la estrategia para alcanzar valores óptimos de carga viral comunitaria y su impacto en la transmisión de la infección;
- En paciente con buena adherencia, que las cifras de CD4 hayan alcanzado niveles superiores a las 350 células/mm^3, y mantenga supresión virológica al año de haber iniciado el TAR, el seguimiento con carga viral se realizará anualmente. Los pacientes que no hayan recuperado sus CD4 ni logrado supresión viral, mantener CV y CD4 cada seis meses;
- Si se modifica el esquema de TAR la frecuencia del seguimiento virológico se vuelve a iniciar con una nueva determinación a los seis meses.

Monitoreo y seguimiento de recuento de CD4

- La determinación del recuento de CD4 se indicará de conjunto con la determinación de la carga viral en la primera consulta tras el diagnóstico. Se utiliza para la estadificación clínico-inmunológica (diagnóstico precoz o tardío);
- El recuento de las cifras de linfocitos CD4 es el factor más importante para la evaluación del estado inmunológico del paciente, además de que es el marcador predictivo por excelencia de la progresión de la enfermedad y de la supervivencia del paciente, y constituye un factor determinante para la necesidad del uso de la profilaxis contra las infecciones oportunistas;
- Se recomienda realizar a los seis meses (junto con la carga viral) de iniciada la TAR. En los casos que hayan alcanzado de manera sostenida la supresión virológica, y la reconstitución inmune (CD4 en cifras por encima de 350), al año de haber iniciado el TAR, su determinación se efectuará con una frecuencia anual;
- Se utilizará como marcador fundamental para la evaluación de la respuesta inmunológica después del TAR;
- Pudiera evaluarse un intervalo mayor en pacientes clínicamente estables: paciente que teniendo TAR, al año de haberla iniciado: no presenta reacciones adversas a los ARV, no tiene enfermedades oportunistas, no está embarazada ni lactando, tiene convencimiento de la importancia de la adherencia a largo plazo, y el médico tiene evidencias de la efectividad del TAR (dos CV consecutivas por debajo de mil copias).

Determinación de Fallo clínico, virológico o inmunológico

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 CD4 por debajo de 100 cel/mm³.

Fallo **inmunológico** en niños:

Menores de 5 años:

» Niveles persistentes de CD4 por debajo de 200 cel/mm³ o < 10 %.

Mayores de 5 años:

» Niveles persistentes de CD4 por debajo de 100 cel/mm³.

Fracaso **virológico**:

Adultos, adolescentes y niños:

» Carga viral plasmática por encima de 1000 copias/ml en dos mediciones consecutivas después de un año de TAR, con adherencia comprobada.

El médico tratante definirá la conducta a seguir en cada caso e indicará cambio de TAR de primera a segunda línea. Si el paciente está en segunda línea, se indicarán estudios de resistencia. No se suspenderá el esquema de TAR para hacer el estudio de resistencia y obtener su resultado. En pacientes con CV suprimida pero mantenidamente entre 200 y 1000 copias debe evaluarse la conveniencia de cambio de TAR (ver tabla 19).

Tabla 19. Procedimientos según tipo de consultas de seguimiento

Momento	Recomendación	Observaciones
En la primera consulta tras el diagnóstico de VIH.	CV y CD4 basal.	Se indica en la consulta del CMF-policlínico.
En las consultas de seguimiento.	CV a los 6 meses de iniciado el TAR y posteriormente cada 12 meses.	Se pasa a periodicidad anual cuando exista estabilidad (no han presentado reacciones adversas a las drogas que motiven seguimiento o tengan alguna enfermedad o condición que requiera monitoreo o embarazo o lactancia).
	CD4 a los 6 meses de iniciado el TAR y posteriormente cada 12 meses.	Se recomienda realizar a los tres meses de iniciado el TAR en caso de diagnósticos tardíos.

Tabla 19. Continuación

Momento	Recomendación	Observaciones
En la consulta que se indica TAR.	Prueba de resistencia a todos los niños, embarazadas que se diagnostican en el chequeo prenatal.	No diferir inicio de TAR en espera de resultado de la prueba de resistencia.
En cualquier consulta en que se compruebe que el paciente está en Fallo virológico y está con esquemas de TAR de segunda o tercera línea con adherencia comprobada.	Prueba de resistencia.	No se debe suspender el esquema de TAR para hacer el estudio de resistencia.

6.2.5. METODOLOGÍA PARA LA ATENCIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Evaluación del estado nutricional

Es un componente obligado en la historia clínica de los individuos. Puede ser definida como la interpretación de la información obtenida, a partir de estudios antropométricos, dietéticos, bioquímicos y clínicos, la cual se utiliza para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes.

Los objetivos van dirigidos a:

- Identificar a los sujetos desnutridos o en riesgo, que se beneficiarán con el tratamiento nutricional;
- Prevenir y tratar la desnutrición y las manifestaciones de lipodistrofia en forma temprana;
- Acelerar la indicación del tratamiento nutricional;
- Analizar el pronóstico de riesgo de desnutrición; y
- Evaluar el resultado de la terapia nutricional.

Niveles de intervención para la evaluación nutricional

a) Tamizaje: permite la identificación del riesgo.
   - Se pregunta si han perdido peso o han reducido su ingesta en poco tiempo y las enfermedades conocidas que presenten.

b) Evaluación Global Subjetiva: evalúa:
   - Cambio de peso, cambio en la ingestión de alimentos, presencia de síntomas gastrointestinales, capacidad funcional, asociación entre enfermedad y requerimientos nutricionales, examen físico orientado a los aspectos nutricionales.

c) Evaluación Global Objetiva: a través de métodos clínicos, antropométricos, bioquímicos y dietéticos.
   - *Clínicos:* Interrogatorio.
     - » Exploración física general, regional y por aparatos.

- *Antropométricos:*
  - » Mediciones: peso, talla, circunferencia braquial, circunferencia de la cintura, pliegue tricipital.
  - » Cálculo de:

    $$\text{Porcentaje de pérdida de peso (PPP)} = \frac{\text{peso habitual - peso actual}}{\text{peso habitual}} \times 100$$

    $$\text{Índice de masa corporal} = \frac{\text{peso (kgs)}}{\text{Talla (m)}^2}$$

    Índices de composición corporal [Área muscular del brazo (AMB) y Área grasa del brazo (AGB)]
- Bioquímicos:
  - » Hemoglobina;
  - » Glicemia;
  - » Colesterol total;
  - » Triglicéridos;
  - » Albúmina sérica.
- *Dietéticos*:
  - » Realizar la historia dietética, encuestas de consumo de alimentos y de gustos y preferencias.

Diagnóstico

Se establece a través de la integración de los antecedentes patológicos personales, la historia alimentaria y la interpretación de la evaluación nutricional. Puede expresar:

- Riesgo nutricional;
- Nutrición óptima;
- Afectación nutricional (malnutrición por defecto o por exceso así como carencias específicas de nutrientes).

Intervención o tratamiento nutricional

La intervención nutricional es fundamental para optimizar la calidad de vida de las PVV. Es el procedimiento a través del cual se indica la dieta a seguir. Depende de la condición y el estado de salud así como de la presencia de alteraciones tales como:

- Desnutrición / pérdida de peso;
- Dificultad para masticar o tragar;
- Náuseas y vómitos;
- Diarrea y malabsorción;
- Infecciones oportunistas;
- Efectos secundarios de la terapia antirretroviral.

Se incluye:

1. Cálculo de los requerimientos de energía y nutrientes.

Requerimientos de energía: son altamente variables y dependen de las condiciones clínicas, del nivel de actividad, de la carga viral y de las alteraciones metabólicas.

Según la OMS:[25]

Energía:

- Adultos asintomáticos aumentan un 10 % por encima de las recomendaciones nutricionales;
- Adultos sintomáticos aumentan de un 20 % a un 30 %, lo que equivale a 300 u 800 kilocalorías adicionales por día.

Proteínas:

- 12 % a 15 % de la ingesta energética total.

Micronutrientes:

- Es necesario que los adultos infectados por el VIH ingieran diariamente los niveles recomendados, a través de suplementación con micronutrientes, alimentos fortificados y una dieta diversificada.

2. Cálculo del patrón de alimentación y confección del menú.

Se proponen de 2500 kcal, 2800 kcal, 3000 kcal, 3200 kcal y 3500 kcal, los cuales se indicarán tomando en consideración el cálculo de los requerimientos individuales.

Consejería alimentaria/nutricional

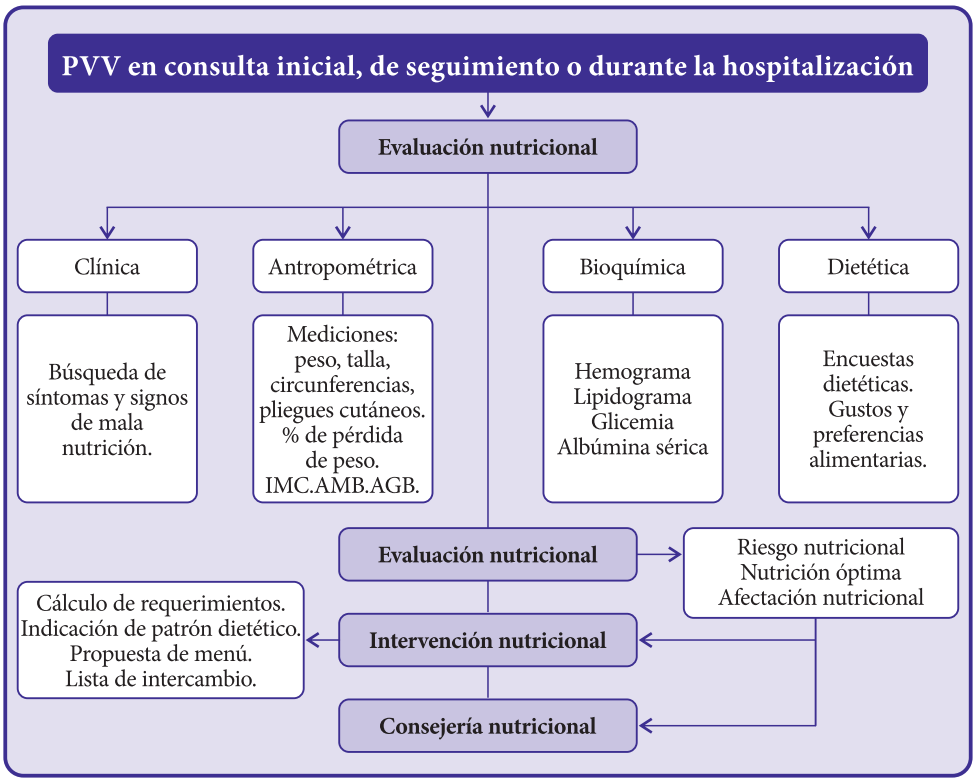
Se entiende como un proceso gradual, a través del cual las personas que viven con el VIH se adhieren a los cambios alimentarios y de estilo de vida, una vez que ha concientizado la relación entre alimentación-salud y ha asumido la corresponsabilidad en su tratamiento.

A través de ella, se muestra cómo combinar los alimentos de manera armónica y adecuada para mantener una alimentación saludable, así como los elementos básicos para evitar enfermedades transmitidas a través de alimentos y en el manejo de las complicaciones relacionadas con la alimentación.

En el proceso de implementación de la metodología, se requiere la actuación del Grupo de Apoyo Nutricional, el cual es el encargado de conducir la atención alimentaria y nutricional.

A continuación, se muestra el algoritmo para la atención alimentaria y nutricional a las personas que viven con el VIH en los diferentes niveles del sector salud.

Figura 24. Algoritmo para la atención alimentaria y nutricional a personas que viven con el VIH



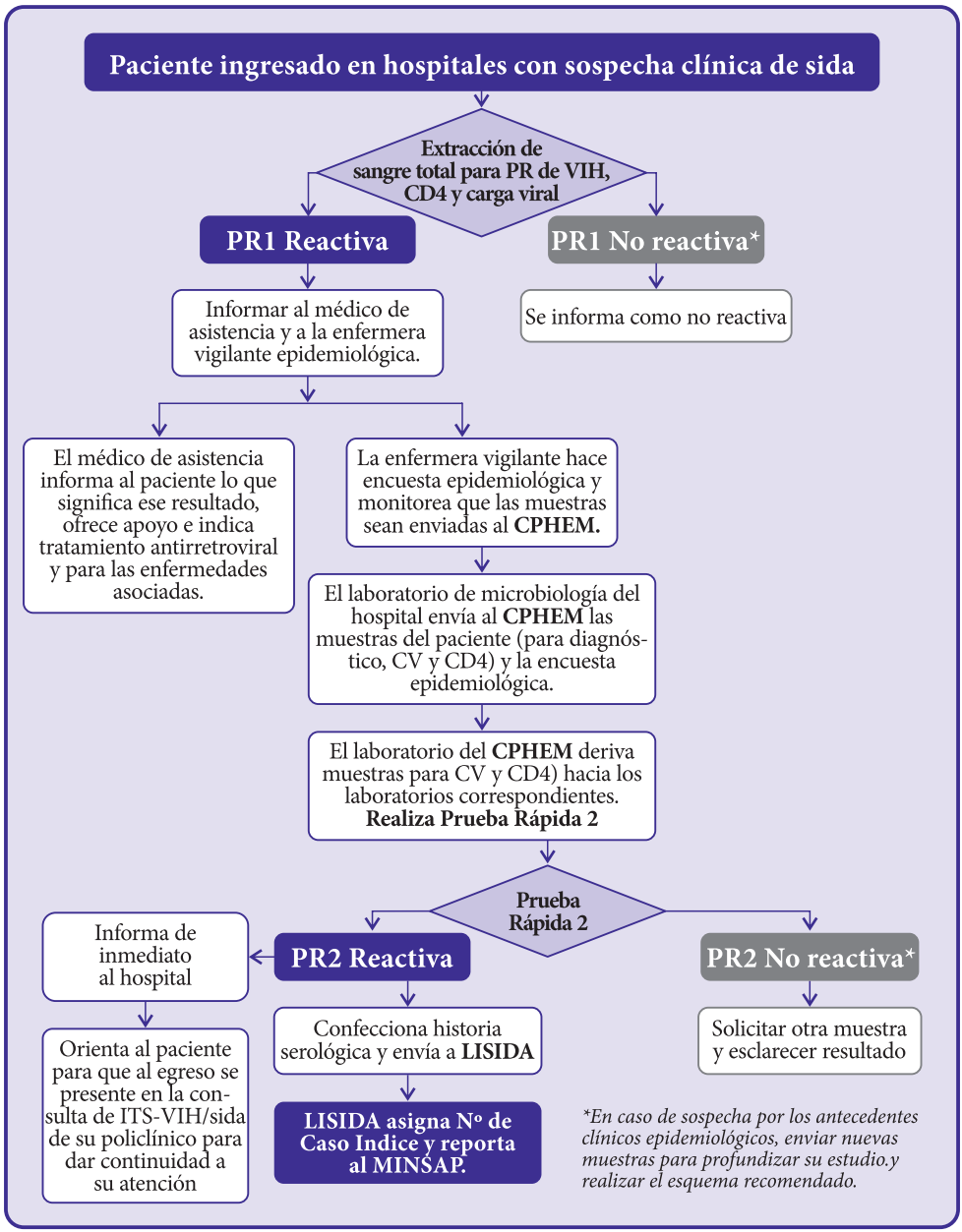
6.2.6. CONDUCTA A SEGUIR ANTE PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALES EN LOS QUE SE SOSPECHE INFECCIÓN POR VIH O SIDA

Pacientes ingresados en hospitales en los que el médico sospeche infección por el VIH o sida:

- Extracción de sangre total para realizar:
  - Prueba rápida de VIH;
  - Si la Prueba rápida de VIH es reactiva, enviar CD4 y carga viral de VIH al laboratorio correspondiente, según regionalización. Si fuera necesario puntualizar a qué laboratorio deben enviarse las muestras, contactar con los(as) jefes(as) de sección de ITS-VIH/sida provinciales.
- Iniciará tratamiento antirretroviral de forma inmediata según protocolo de actuación.

La enfermera vigilante epidemiológica será informada del caso, realizará la encuesta epidemiológica y contactará con el CPHEM para conocer resultado de las pruebas realizadas en el menor tiempo posible.

Figura 25. Diagnóstico de infección por VIH en pacientes ingresados con sospecha de sida



6.2.7. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO TARDÍO

Dada la mayor probabilidad de muerte en los meses siguientes al diagnóstico tardío de VIH debido al deterioro clínico, inmunológico y la elevada carga viral que presentan estos pacientes, se hace necesario un seguimiento clínico diferenciado.

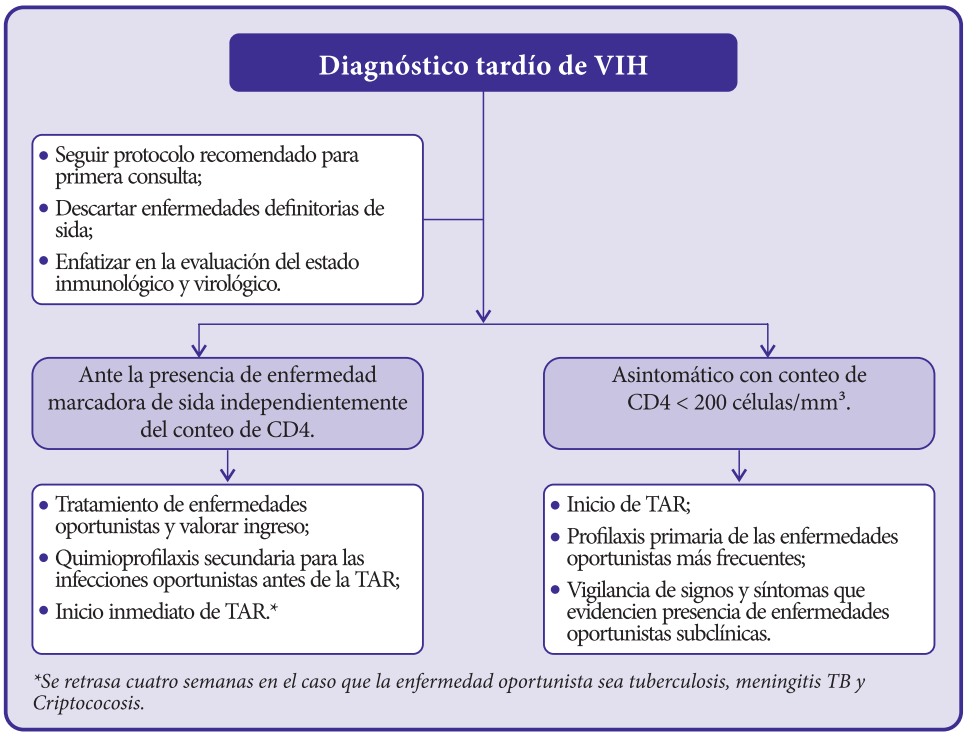
Diagnóstico tardío: se define en aquellos pacientes con las siguientes condiciones cuando se confirman como casos de VIH;

- cifras de linfocitos CD4 < 200 cel/mm³;
- presencia de enfermedades oportunistas definitorias de sida;
- enfermedad definitoria de sida o que sus cifras de CD4 desciendan por debajo de 200 cel/mm³ antes de un año tras el diagnóstico.

Tabla 20. Complicaciones de causa infecciosa y no infecciosa en pacientes con diagnóstico tardío según el conteo de linfocitos CD4

Conteo de linfocitos T CD4	Complicaciones infecciosas	Complicaciones no infecciosas
> 500 cel/mm³	• Síndrome retroviral agudo. • Vaginitis por cándida.	• Linfadenopatía persistente generalizada. • Síndrome de Gillain-Barré. • Mielopatía. • Meningitis aséptica.
500-200 cel /mm³	• Neumonía neumocóccica y otras neumonías bacterianas. • TB pulmonar. • Herpes zóster. • Candidiasis orofaríngea. • Criptosporidiosis (de curso autolimitado). • Sarcoma de Kaposi. • Leucoplasia oral.	• Neoplasia cervical intraepitelial. • Cáncer cérvicouterino. • Linfoma de células B. • Púrpura trombocitopénica idiopática. • Linfoma de Hodgkin. • Neumonitis intersticial linfocítica.
< 200 cel/mm³	• *Pneumocystis jirovecii* (PCP). • Histoplasmosis diseminada. • TB extrapulmonar. • Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP).	• Síndrome de desgaste. • Neuropatía periférica. • Demencia asociada al VIH. • Cardiomiopatía. • Mielopatía vacuolar. • Poliradiculopatía progresiva. • Linfoma no-Hodgkin (LNH).
< 100 cel/mm³	• Herpes simple diseminado. • Neurotoxoplasmosis. • Criptococosis. • Criptosporidiosis (de curso crónico). • Microsporidiosis. • Candidiasis esofágica.	
< 50 cel/mm³	• Citomegalovirosis diseminada. • Micobacteriosis diseminada (*Avium complex*).	• Linfoma primario del SNC.

Figura 26. Algoritmo para el seguimiento de las personas que viven con el VIH diagnosticadas tardíamente



6.2.8. ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS EXPUESTOS A RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH DURANTE EL EMBARAZO Y NIÑOS CON VIH

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 del Médico y la Enfermera de la Familia.

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, así como el seguimiento del entorno familiar y del cumplimiento de las indicaciones médicas;
- Seguimiento de laboratorio con los estudios y periodicidad establecidos;
- El alta definitiva la define el grupo provincial y será resultado de la evaluación conjunta de los criterios de laboratorio (PCR) y los criterios clínico-epidemiológicos aportados por la provincia.

Los niños con VIH 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, teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad, así como en correspondencia con las necesidades individuales de cada caso.

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 se sugiere que intervenga en el manejo 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 drogo resistencia;
- Se debe realizar una prueba de resistencia al momento del diagnóstico a todo niño infectado por el VIH.

Prevención de enfermedades oportunistas:

- Profilaxis con Cotrimoxazol: 400 mg Sulfametoxazol SFX / 80 mg Trimetropim (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 independientemente del estado clínico e inmunológico, aun cuando el porcentaje de 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 2 mg/kg/día en dosis única.

6.2.9. 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 ginecobstetra 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;
- Evaluará la inclusión de su pareja (seronegativa) a regímenes de PrEP;

- Investigarán antecedentes de tratamientos con ARV para de conjunto con el especialista designado para la atención a PVV y definir conducta a seguir según escenario;
- Se tomarán las medidas necesarias para que la gestante cumpla con el tratamiento antirretroviral, asegurando que las 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;
- En el caso de embarazadas que tengan carga viral superior a las mil copias, se garantizará su ingreso en hogar materno hasta que su carga viral se encuentre por debajo de mil copias;
- 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 que viven con el VIH

- Evaluará mensualmente a la totalidad de las gestantes con VIH y retroalimentará al ginecobstetra del GBT y al médico del consultorio;
- Indicará tratamiento antirretroviral inmediatamente que se diagnostique el VIH;
- 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 a las embarazadas con hepatitis B, C y/o TB hacia las instituciones establecidas para su seguimiento;
- 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 las pacientes que se encuentren en este escenario. Evaluar elegibilidad para PrEP;
- Los hombres con VIH que son pareja de embarazadas seronegativas serán seguidos con igual periodicidad.

Figura 27. Protocolo de prevención de la TMI del VIH



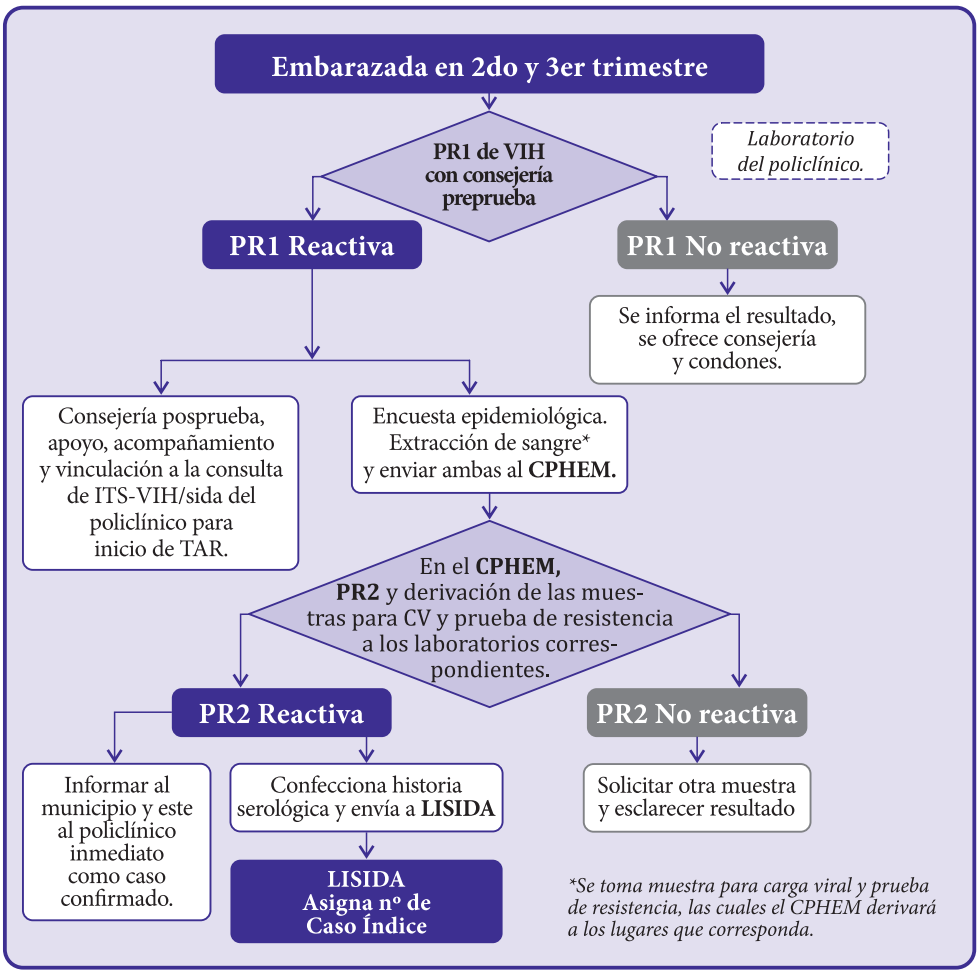
- Prueba de VIH en los tres trimestres del embarazo.
- Prueba de VIH a las parejas sexuales en los tres trimestres del embarazo.
- Tratamiento antirretroviral.
- Seguimiento virológico (carga viral) e inmunológico (CD4) de la embarazada en los tres trimestres del embarazo.
- La paciente debe de arribar al tercer trimestre con carga viral indetectable y mantenerla hasta el parto.
- Parto por cesárea según criterio.
- Sustitución de la lactancia materna.
- Profilaxis al niño con ARV según protocolo durante 6 semanas.

Prueba de VIH durante la atención prenatal

En el primer trimestre se aplicará el procedimiento habitual de toma de muestra en el laboratorio del policlínico y su traslado al laboratorio municipal de VIH, donde se procesa según algoritmo establecido.

En el segundo y tercer trimestres se realizará Prueba rápida de VIH en el policlínico y de resultar reactiva se procede, según algoritmo que aparece a continuación. Este procedimiento se aplicará **solamente en los 15 municipios de La Habana y en los municipios cabeceras provinciales;** en el resto de los municipios se aplicará el procedimiento habitual de toma de muestra en el laboratorio del policlínico y su traslado al laboratorio municipal de VIH, donde se procesa según algoritmo establecido.

Figura 28. Procedimiento para el pesquisaje de VIH en embarazadas en el segundo y tercer trimestres en municipios de La Habana y en los municipios cabeceras provinciales



Principios del TAR durante la gestación

- El tratamiento antirretroviral iniciado durante el embarazo se mantendrá de por vida;
- Se utilizarán los esquemas establecidos en el protocolo de TAR;
- Será controlado por el Equipo Básico de Salud.

Tabla 21. 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 N.º 1	Seropositiva conocida que se le capta el embarazo.	1a.- No tenía tratamiento ARV antes de embarazarse.* • Iniciar tratamiento antirretroviral con esquema preferente de primera línea (Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina) a partir de las ocho semanas; • Ingreso en hogar materno para evaluación y valorar alta según resultados de su CV; • Mantener el tratamiento antirretroviral de por vida; • En caso de mantener CV ≥ 1000 copias/ml a las 12 semanas de haber iniciado el TAR, realizar estudio de resistencia y evaluar la adherencia, para cambio de esquema. **Pérdida de observación, negada a TAR, otras razones.*
		1b.- Tenía tratamiento ARV antes de embarazarse, si es con Dolutegravir, pero está por encima de la semana 8, clasificar como embarazada de alto riesgo y evaluación/seguimiento con genética. • Mantener el mismo esquema terapéutico si su carga viral presenta cifras inferiores a las 1000 copias/ml. De presentar cifras ≥ 1000 copias/ml, indicar estudio de resistencia para cambio a esquema adecuado, control de la adherencia.
Escenario N.º 2	Gestante seropositiva que no tiene tratamiento actual, pero que en algún momento recibió TAR.	• Inicio de TAR con esquemas recomendados. • Si la carga viral se mantiene de ≥ 1000 copias a las 12 semanas del inicio de TAR: – Ingreso en hogar materno para controlar la adherencia; – Pasar a esquema recomendado para esa circunstancia; – Indicar estudios de resistencia y evaluación posterior según resultados.
Escenario N.º 3	Gestante seropositiva multitratada con exposición previa a esquemas recomendados y hay evidencias de fracasos virológicos.	• No suspender la terapia que tenga en ese momento; • Ingreso en hogar materno para incidir en adherencia; • Evaluar esquema apropiado previo estudios de resistencia; • Informar al MINSAP resultado y proponer conducta a seguir para aprobación.
Escenario N.º 4	Embarazada que se diagnostica a partir de las 24 semanas de gestación.	• Estudio de resistencia; • Iniciar tratamiento antirretroviral inmediatamente con esquemas recomendados preferentes que contengan Dolutegravir. Tener en cuenta el resultado del estudio de resistencia; • Seguimiento estricto de la adherencia; • Ingreso en hogar materno hasta que la CV alcance niveles inferiores a las 1000 copias.

Diferentes escenarios en los que se presenta la gestante infectada por el VIH (cont.)		
Escenario N.º 5	Seronegativa que en cualquier momento del embarazo tenga una pareja seropositiva al VIH. ***Alto riesgo de infección durante el embarazo*.**	• Garantizar su evaluación personalizada e interdisciplinaria y seguimiento estrictos; • Vigilar aparición de signos y/o síntomas de retrovirosis aguda; • Seguimiento mensual en su provincia con Prueba rápida de cuarta generación (antígeno-anticuerpo) o ELISA de cuarta generación hasta el final del embarazo; • Ante sospecha de infección aguda realizar carga viral de inmediato; • Incorporar a la gestante en programa para uso de la PrEP siempre que reúna las condiciones para la misma; • Seguimiento en consejería de ITS-VIH/sida del policlínico; • Promoción del uso del condón; • Evaluación de la pareja sexual por el especialista designado para la atención a personas con VIH: – Si tiene TAR y presenta carga viral ≤ 1000 copias/ml: mantener igual tratamiento y observación estrecha del caso; – Si tiene TAR y presenta carga viral ≥ 1000 copias/ml: evaluar con la comisión de discusión de tratamiento, evaluar adherencia y realizar prueba de resistencia previo al cambio de esquema. • Si no está recibiendo TAR iniciar tratamiento con los esquemas recomendados hasta lograr la supresión viral.
Escenario N.º 6	Seronegativa que tenga una pareja seropositiva al VIH y esté lactando. ***Alto riesgo de infección durante la lactancia materna*.**	• Dispensarización; • Acciones de promoción de salud; • Promoción del uso del condón; • Seguimiento en consejería de ITS-VIH/sida del policlínico; • Evaluar si clasifica para PrEP y si reúne las condiciones para la misma; • Evaluación de la pareja sexual por el especialista designado para la atención a personas con VIH. – Si tiene TAR y presenta carga viral ≤ 1000 copias/ml: mantener igual tratamiento y observación estrecha del caso; – Si tiene TAR y presenta carga viral ≥ 1000 copias/ml: evaluar con la comisión de discusión de tratamiento, evaluar adherencia y realizar prueba de resistencia previo al cambio de esquema; – Si no está recibiendo TAR iniciar tratamiento con los esquemas recomendados hasta lograr la supresión viral.

Atención a la gestante seropositiva en el momento del parto

- Ingreso en el hospital que le corresponda por regionalización;
- Se recomienda la realización de cesárea electiva en la semana 38;
- El parto vaginal podrá considerarse en gestantes **que lo deseen y soliciten**, previo consentimiento informado y que cumplan **TODOS los criterios que se relacionan a continuación**:
  a) Tratamiento antirretroviral con los esquemas recomendados durante toda la gestación;
  b) Buen control prenatal y comprobada adherencia al tratamiento;
  c) Carga viral plasmática mantenidamente indetectable durante todo el embarazo, con una última evaluación en las cuatro semanas previas al parto;
  d) Edad gestacional mayor a 34 semanas.
- Durante el trabajo de parto NO suspender el tratamiento antirretroviral;

- No es necesario utilizar Ziduvudina endovenosa;
- En gestaciones a término en evolución normal se indicará finalización de la gestación a la semana 40;
- La inducción del parto no está contraindicada, pero se debe limitar a casos con pronóstico favorable de parto (por condiciones cervicales, paridad, peso fetal estimado, etc.), y siempre que se cumplan el resto de los criterios para el parto vaginal. Evitar las manipulaciones cervicales durante el proceso;
- Ante cualquier patología materna o fetal recomendamos realizar cesárea electiva.

Medidas a aplicar durante el seguimiento del trabajo de parto por vía vaginal para minimizar el riesgo de transmisión vertical:

- Evitar maniobras invasivas (rotura artificial de membranas, parto instrumentado, episiotomía);
- En caso de necesidad de parto instrumentado usar espátulas o fórceps (no fórceps rotadores);
- Lavar al niño inmediatamente después del parto y siempre antes de administrar cualquier tratamiento parenteral;
- En caso de hemorragia posparto por atonía uterina NO usar Ergonovina en pacientes tratadas con inhibidores de proteasa o Efavirenz, debido a un riesgo de vasoconstricción excesiva.

Condiciones en las que deberá utilizarse Zidovudina intravenosa:

- La embarazada se diagnosticó con VIH en el último trimestre y no se logró llevar la carga viral a valores indetectables;
- 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 IV

- Iniciar 3 horas antes del inicio de la cesárea a razón de 2 mg x kg en la 1.º hora, seguida de una infusión continua de 1 mg 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 de 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 el caso de recién nacidos prematuros o de 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. Diferir la lactancia materna.
5. Garantizar lactancia artificial.
6. Seguimiento clínico y de laboratorio según protocolo.
7. Continuar con las medidas establecidas por el PAMI para todos los recién nacidos.

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

Consideraciones relacionadas con el TAR

Actualmente se dispone de medicamentos antirretrovirales potentes que permiten combinaciones eficaces que han traído como resultado un impacto en el control de la infección, y que han marcado el inicio de nuevos horizontes hacia la eliminación de la transmisión sexual del VIH.

Hoy, el TAR no debe ser considerado en la única dimensión de la persona que vive con VIH, sino que tiene que ser enmarcado en el contexto de la prevención combinada, en la que la efectividad de la terapia no solo tendrá un valor sustancial sobre el individuo en sí, sino que a ello se le agregará un valor sobre la comunidad.

Ampliar el TAR, con la mayor rapidez hacia la totalidad de las PVV conocidas, no solo contribuirá a mejorar la salud de las personas, al prevenir las enfermedades relacionadas con el VIH, impactando en su calidad de vida y evitando las muertes, sino que sentará las bases para el avance hacia la eliminación de la epidemia como problema de salud.

Se propondrá iniciar TAR, una vez que el médico de atención conozca que el paciente está en proceso de diagnóstico, o ya confirmado, y dé su consentimiento y se encuentre en disposición de comenzar y mantenerlo.

Recomendaciones para el uso de medicamentos antirretrovirales

- Tratamiento antirretroviral para todas las personas que viven con el VIH: Independientemente del recuento de CD4, y en todas las edades, haciendo énfasis en la supresión rápida y sostenida de la carga viral plasmática, incluye a las personas de diagnóstico reciente, así como aquellas con infección establecida, pero que no habían sido incluidas en regímenes de TAR;
- PrEP: Profilaxis previa a la exposición, como opción adicional para la prevención del VIH en personas con alto riesgo de infección;
- PEP: Tratamiento posterior a la exposición a todas aquellas personas que se han expuesto a la infección, ya sea por:
  - *exposición ocupacional;*
  - *exposición sexual.*

Tratamiento antirretroviral

Aspectos a tener en cuenta en el momento de indicar la terapia antirretroviral:

- Obtener el consentimiento del paciente;
- Informar ventajas, inconvenientes y reacciones adversas;
- Tener en cuenta comorbilidades, incompatibilidades e interacciones medicamentosas;
- Tener en cuenta que el primer esquema es el mejor siempre que a los seis meses se haya logrado la supresión viral deseada;
- La medicación debe mantenerse de por vida e ininterrumpidamente.

Para inicio o cambios de tratamiento:

1. El médico tratante propone los esquemas para inicio o cambio de TAR.
2. Los jefes de programa y coordinadores de la atención a PVV son los responsables de autorizar las propuestas, una vez comprobada la cobertura existente de los medicamentos que se están proponiendo.
3. Las propuestas y autorizaciones se realizarán en el mismo día vía telefónica en aras de no demorar el comienzo de la terapia.

Tabla 22. Regímenes para 1.ª, 2.ª y 3.ª línea en adultos, adolescentes, embarazadas y niños

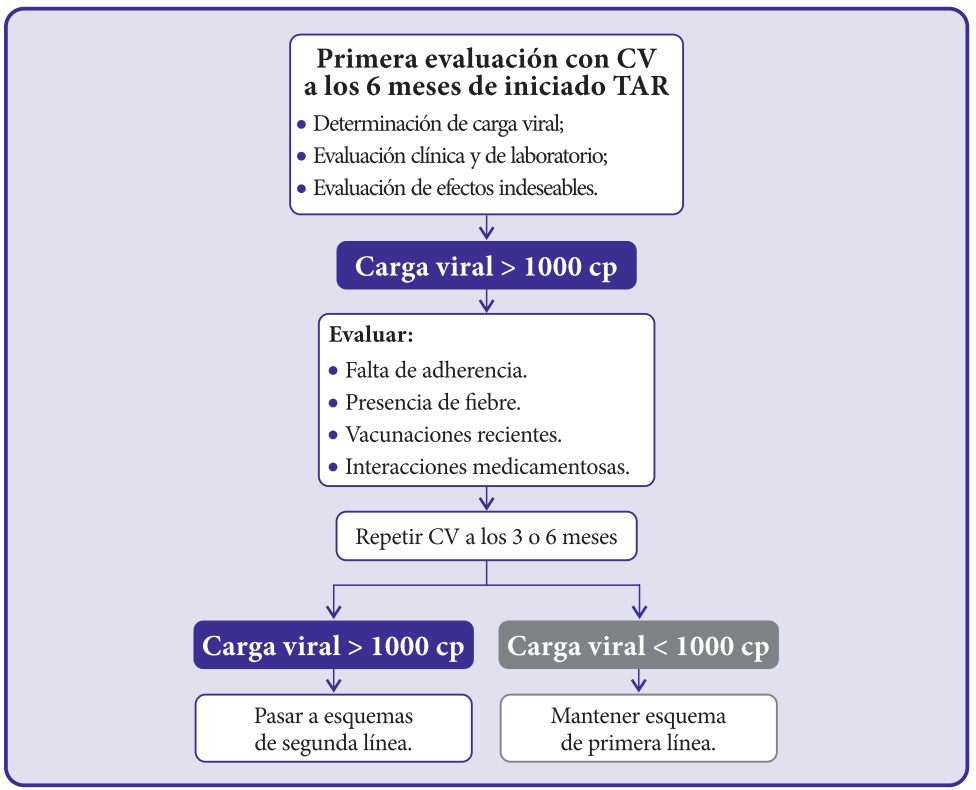
Población	Esquemas de 1.ª línea		Esquemas de 2.ª línea	Esquemas de 3.ª línea
	Preferenciales	Alternativos		
Varones adultos y adolescentes mayores de diez años. Mujeres y adolescentes femeninas con métodos de anticoncepción.	Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina.	Dolutegravir + Tenofovir/ Emtricitabina. Dolutegravir + Abacavir + Lamivudina. Efavirenz + Tenofovir + Lamivudina. Efavirenz + Tenofovir/ Emtricitabina. Efavirenz + Lamivudina + Abacavir.	Si falla de primera en Efavirenz o Nevirapina pasar a Dolutegravir con dos INRT. Si falla a Dolutegravir en primera línea pasar a un IP con dos INRT.	Darunavir/r + Dolutegravir. Darunavir/r + Dolutegravir + 1 o 2 INRT. *Previa prueba de resistencia.*
Mujeres y adolescentes femeninas sin métodos de anticoncepción con riesgo potencial de embarazo.	Tenofovir/ Emtricitabina/ Efavirenz.	Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (600 mg). Efavirenz (600 mg) + Lamivudina + Abacavir.	Zidovudina + Lamivudina + ATZ/r o Lopi/r Tenofovir + Lamivudina + ATZ/r o Lopi/r.	Darunavir/r + Dolutegravir. Darunavir/r + Dolutegravir + 1 o 2 INRT. *Previa prueba de resistencia.*
Embarazadas	Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina. *(A partir de las ocho semanas de embarazo).*	Tenofovir/Emtricitabina + Efavirenz (600 mg). Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (600 mg). Tenofovir/Emtricitabina + IP/r (ATZ/r o Lopi/r).	Si falla de primera en Efavirenz o Nevirapina pasar a Dolutegravir con dos INRT. Si falla a Dolutegravir en primera línea pasar a un IP con dos INRT.	Darunavir/r + 2 INRT. *Previa prueba de resistencia.*

Tabla 22. Continuación

Población	Esquemas de 1.ª línea		Esquemas de 2.ª línea	Esquemas de 3.ª línea
	Preferenciales	Alternativos		
Niños menores de 4 semanas de edad.	Abacavir + Lamivudina + Lopi/r.	Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina.		
Niños mayores de 4 semanas de edad.	Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina.	Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina. *(A partir de los 6 años y 30 kgs de peso).*		

Evitar el uso de Abacavir en pacientes con cardiopatía isquémica o alto riesgo coronario.
No utilizar en pacientes con CV ≥ 100 000 copias/ml.
Evitar el uso de Tenofovir en pacientes con FG ≤ 60 ml/min.
No utilizar Nevirapina en mujeres con CD4 > 250 cel/mm³ y en hombres > 400 cel/mm³.
No iniciar TAR con Nevirapina o Zidovudina, mantener solamente para PVV en supresión virológica que consumen estos medicamentos.

Figura 29. Algoritmo de seguimiento a PVV con terapia antirretroviral



En el caso de pacientes con CV entre 200 y 1000 copias, después de un año de terapia, el médico evaluará individualmente el caso y tomará la decisión que a juicio médico sea la mejor para el paciente.

6.2.11. PROTOCOLO PARA LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN (PrEP)

Definición

Tratamiento con medicamentos antirretrovirales que se ofrece a personas adultas seronegativas con alto riesgo de adquirir la infección por VIH para evitar que la adquieran, cuando el uso del condón es inconsistente.

La PrEP va a impactar en la reducción de nuevos casos de VIH en grupos clave, mientras se avanza en lograr la reducción sostenida de la carga viral comunitaria.

La PrEP podrá ofertarse en policlínicos, hospitales u otras unidades de salud de municipios y provincias que se definan por la Comisión Técnica Nacional.

Consideraciones:

La PrEP es una intervención médica que proporciona alto nivel de protección frente al VIH pero no protege contra otras infecciones de transmisión sexual.
Es una estrategia eficaz, segura, bien tolerada y con escasos efectos negativos.
Se debe de utilizar en combinación con otras intervenciones preventivas incluyendo la promoción del uso de preservativos.
Los servicios en los que se ofrece la PrEP estarán vinculados a los servicios preventivos (promoción de condones, consejerías, otros) existentes en el lugar.
La PrEP debe de ser indicada por un médico especialista con experiencia en el uso de antirretrovirales u otro profesional clínico capacitado.

Grupos de población clave candidata al uso de PrEP

Aquellas con un riesgo elevado de adquirir la infección de acuerdo con la situación socioepidemiológica (ejemplo: áreas de alta prevalencia o incremento sostenido de la incidencia, factores sociales y ambientales que favorecen las conductas riesgosas, múltiples sitios de encuentro y sexo, etc.).

Criterios de selección en orden de prioridad:

1. **Personas que en los 6 meses previos:**

a) Hayan tenido relaciones sexuales sin uso de preservativos con parejas VIH conocidas que no estén bajo TAR o sin evidencias de su seguimiento virológico.
b) Hayan tenido relaciones sexuales sin uso de preservativos con parejas que se encuentren bajo TAR, pero que no hayan alcanzado cargas virales menos de 1000 copias.
c) Embarazadas seronegativas al VIH con pareja sexual seropositiva al VIH.

d) Hayan tenido relaciones sexuales sin uso del preservativo con parejas con uno o más factores de riesgo para el VIH.

2. HSH, personas transgénero y PPST que en los 6 meses previos

a) Hayan tenido relaciones sexuales con cinco o más parejas.
b) Se les haya diagnosticado recientemente una o más ITS.
c) Tengan historial de uso inconsistente del condón o no uso del mismo.
d) Practiquen sexo transaccional.

3. Personas que hayan recibido profilaxis posterior a la exposición sexual (PEP) en múltiples ocasiones.

4. Personas que se hayan expuesto a relaciones sexuales desprotegidas con personas seropositivas y hayan recibido tratamiento de profilaxis posterior a la exposición sexual.

5. Personas que buscan PrEP espontáneamente y que se autoidentifican con riesgo sustancial.

6. Otras personas que a consideración y juicio médico se consideran con riesgo sustancial y podrían beneficiarse de la PrEP.

Elementos a tener en cuenta al incluir una persona en PrEP

- Disposición y aceptación voluntaria para adherirse a un programa de seguimiento y exámenes médicos por un período determinado de tiempo. Adherencia a la PrEP es un pilar fundamental en la eficacia de la misma.

Criterios a tener en cuenta para la selección de personas para PrEP

- Tener descartada la infección por el VIH;
- En caso de duda sobre una posible infección reciente no se debe recomendar hasta descartar la infección por el VIH;
- No tener contraindicación clínica o analítica para recibir Tenofovir y/o Emtricitabina.

Inicio de la PrEP

Para iniciar PrEP el médico definirá si la persona califica entre los candidatos y debe garantizar los siguientes aspectos:

1. **Evaluación clínica:** Se confeccionará historia clínica completa, que incluya hábitos tóxicos y adicciones, antecedentes personales de ITS, medicaciones concomitantes. Evaluar historia previa de conducta sexual (las 5 p del CDC): parejas, prácticas sexuales, historia previa de ITS, protección con condón y plan de embarazo.
2. **Evaluación analítica:** La PrEP incluye fármacos potencialmente nefrotóxicos y que además son activos frente al virus de la hepatitis B (VHB); antes de su prescripción se requiere una evaluación analítica con tres objetivos.
   a) Descartar infección preexistente por el VIH: Debe descartarse que la persona a quien se va a prescribir la PrEP tenga una infección aguda, reciente o crónica

por el VIH. Se deben valorar síntomas y signos de infección aguda y solicitar la serología del VIH. En caso de clínica compatible con síndrome retroviral agudo o sospecha fundada de infección reciente y serología negativa, se solicitará carga viral plasmática de VIH y se pospondrá el inicio de la PrEP hasta que la infección haya sido razonablemente descartada.

b) Evaluar la situación serológica del virus de la hepatitis B (VHB): La infección crónica por VHB no contraindica la administración de PrEP, pero es importante conocer la situación serológica (véase más abajo). Si no hay infección crónica por VHB, las personas susceptibles deben ser vacunadas frente a esta infección.

c) Evaluar la función renal: El uso de TDF puede ocasionar alteraciones de la función renal, de manera que antes de prescribir la PrEP se debe descartar la existencia de insuficiencia renal. Se debe solicitar creatinina sérica, filtrado glomerular estimado (FGe); en orina un análisis sistemático (que incluya glucosuria), sedimento. Se contraindica la PrEP con TDF/FTC si el FGe es menor de 60 ml/min. Aunque la ficha técnica de la combinación a dosis fijas de TDF/FTC solo está contraindicada en personas con FGe menor de 50 ml/min, si el FGe está entre 50 y 60 ml/min requerirían de una monitorización muy estrecha de su función renal, que no sería compatible con el esquema propuesto de seguimiento de la PrEP. La presencia de un clearence menor de 60 ml/min en personas jóvenes sin antecedentes es excepcional, por lo que pueden tomarse las muestras e iniciar la PrEP y evaluar los resultados posteriormente.

3. **Evaluación de ITS:** La evaluación clínica previa a la PrEP debe completarse con un cribado completo de ITS, incluyendo la hepatitis C, aun en ausencia de síntomas.

Procedimientos para la evaluación de la indicación de PrEP

En el caso de personas que expresen exposición reciente al VIH (< 72 h) si indica PEP con Tenofovir/Emtricitabina + Dolutegravir y posteriormente evaluar si continuar con PrEP.

1. Médico-clínicos

a) Primera consulta

El interrogatorio médico y el motivo de consulta constituyen dos elementos fundamentales en la primera consulta; ambos elementos nos orientan sobre la necesidad de la persona de recibir este medicamento, sobre la percepción del riesgo a que se ha expuesto, así como nos expresa su consentimiento y compromiso para someterse a una evaluación clínica periódica, durante el tiempo que reciba la PrEP. La PrEP debería continuarse mientras el individuo siga en un riesgo sustancial de adquirir el VIH.

Evaluación clínica: Se confeccionará historia clínica completa, que incluya hábitos tóxicos, adicciones, antecedentes patológicos personales, específicamente de ITS, consumo de otros tipos de medicamentos, evaluación del riesgo epidemiológico. Se deben valorar síntomas y signos de infección aguda, reciente o crónica, por el VIH. En caso de sospecharse infección por VIH, posponer la PrEP hasta que la misma sea descartada.

Indicación de complementarios

- Descartar infección por el VIH: realización de Prueba rápida (ver algoritmo para el diagnóstico de la infección por VIH);
- En caso de sospecha de que la persona se encuentre en el período de ventana se indica CV plasmática o se cita al paciente en 2-4 semanas para repetir la serología, aconsejando reducir el riesgo de nueva exposición;
- Descartar infección por el virus de la hepatitis B y C: la infección crónica por VHB y/o C no contraindican la administración de la PrEP; tener en cuenta la vacunación para la hepatitis B. En el caso de que la persona no haya sido vacunada, proceder a la misma. Si VHB, HBsAg positivo, contactar al paciente con el gastroenterólogo para seguimiento y advertirle que no debe suspender el tratamiento por el riesgo de reactivación del VHB;
- Evaluar la función renal: antes de iniciar la PrEP, se debe descartar la existencia de insuficiencia renal. El uso de TDF puede ocasionar alteraciones de la función renal, de manera que se indicará creatinina sérica, filtrado glomerular y análisis de orina que incluya glucosuria, sedimento urinario y presencia de albúmina. La PrEP está contraindicada en los casos en que el filtrado glomerular sea menor a 60 ml/min;
- Evaluación de ITS: serología VDRL, para descartar sífilis. La presencia de una ITS no contraindica la PrEP. Si el paciente presenta alguna ITS, se debe de tratar, teniendo en cuenta para ello las interacciones medicamentosas;
- Hemograma completo;
- Si el paciente es menor de 50 años y no tiene antecedentes o factores de riesgo de enfermedad renal, puede comenzar la PrEP en la primera visita, excepto si se sospecha infección aguda, o existen antecedentes de nefropatía o hipertensión, o exposición reciente < 72 h y/o se detecta que la persona no está preparada para empezar o no acepta;
- Evaluar resultados de laboratorio en la visita de seguimiento al mes de iniciada la PrEP;
- Entregar medicación solo para un mes.

b) Consultas de seguimiento

Primera consulta de seguimiento: al mes de haber iniciado la PrEP.

- Valoración de efectos adversos: Ofrecer medidas para mitigar los efectos adversos.
- Valoración de la adherencia;
- Derivar a los servicios de consejería de ser necesario;
- Dispensar el medicamento para 2 meses;
- Realizar la valoración de laboratorio;
- Dar cita para 2 meses (3 meses del inicio de la PrEP) y orden de complementarios para que el paciente venga la próxima consulta con los resultados.

Visitas posteriores: a los 3 meses de haber iniciado la PrEP y después de los 3 meses citar cada 3 meses.

- Efectuar la valoración de los efectos adversos clínicos;
- Valorar la adherencia;
- Realizar análisis complementarios y chequeo de la función renal: creatinina, sedimento urinario, presencia de proteínas en la orina cada 6 meses, si no hay antecedentes de enfermedad renal;
- Descartar infección por VIH;
- Descartar sífilis y otras ITS;
- Descartar VHB y si es negativo sin antecedentes de vacunación, vacunar y no repetir más el estudio;
- Descartar VHC anualmente;
- Derivar a los servicios de consejería de ser necesario;
- Dispensar el medicamento para 3 meses;
- Evaluar si continua requiriendo PrEP (interés y riego sustancial) y dar cita para 3 meses. La PrEP debería durar lo que se pueda sostener.

c) Seguimiento posterior al concluir la intervención PrEP

Seguimiento en APS por el Equipo Básico de Salud (EBS) según dispensarización para mantener evaluación sistemática de riesgos. Tener en cuenta que por insuficiente adherencia a la PrEP, pueden retrasarse los síntomas y signos de infección aguda por VIH.

2. Acciones educativas

a) Servicios de consejería:

- Es de importancia primordial que en las instituciones en las que se encuentren los servicios para la PrEP, coexistan servicios de consejería que puedan ponerse a disponibilidad del servicio de PrEP;
- Las personas que acudan al servicio de PrEP, en un primer momento, deben de recibir información lo más directa y concreta posible, en cuanto a que la PrEP es una intervención preventiva frente al VIH, que adquiere valor sobreañadido, cuando se utiliza sin abandonar el uso del preservativo. Aunque por parte del paciente el uso del mismo sea de manera inconsistente, el servicio de consejería desempeñará un papel fundamental en la promoción y adopción de actitudes saludables en conjunto a otras medidas de prevención como es el uso del condón;
- La persona debe quedar clara de que la PrEP no protege de otras ITS;
- La PrEP no funciona, si la adherencia es incorrecta, y puede asociarse con toxicidad, si no se monitorea adecuadamente, por lo que se deben fortalecer las acciones que comprometan a la persona al cumplimiento estricto del régimen que se seleccione para ella;
- Debe ofrecérsele al usuario la oportunidad de que sus parejas sexuales pueden acudir a la consulta para descartar infecciones por VIH u otras ITS;
- En el caso de que la persona no sea candidata a realizar la PrEP, porque no tenga indicaciones o no se comprometa con su cumplimiento, el servicio de consejería desempeñará un rol importante para promover conductas saludables, así como encaminará la derivación del caso a otros servicios especializados, si la persona lo requiere;

- La información detallada a la persona que solicita la PrEP sobre sus riesgos y beneficios puede determinar que esta se decida a recibir los cuidados integrales que implica el apego a la misma.

b) Estrategias de comunicación y generación de demanda por medio de promotores pares, derivación a los médicos de familia, a las enfermeras de ITS de las áreas de salud, utilización de los medios de comunicación (locales).

c) Estrategias de comunicación y sensibilización de profesionales de salud sobre la PrEP:

- Identificación de los posibles candidatos (sin estigmatización, discriminación ni actitud moralista) y orientación hacia los servicios que ofrece la PrEP;
- Diseminar información sobre la PrEP en las redes virtuales;
- Difundir la aplicación de la OMS para dispositivos móviles;
- Realizar talleres de entrenamiento.

d) Implementar sitios de vigilancia centinela de ITS en los centros que ofrecen PrEP.

3. Recomendaciones para el tratamiento de PrEP:

a) Pauta diaria **(preferente):** administración diaria de un comprimido de la combinación de TDF (300 mg) y Emtricitabina (200 mg).
b) Pauta diaria **(alternativa):** administración diaria de TDF (300 mg) y Lamivudina (300 mg).
c) Pauta intermitente**:** en HSH que prefieran reducir al mínimo las dosis de fármacos recibidas, la PrEP puede administrarse de forma intermitente: TDF (300 mg) y Emtricitabina (200 mg): dos tabletas vía oral, entre 24 y 2 horas previas a la exposición, 1 comprimido a las 24 y 48 horas de la primera toma. Si el individuo mantiene actividad sexual, se debe mantener la PrEP diariamente hasta 48 horas de la última exposición. El fármaco será la combinación de TDF/FTC en las dosis indicadas previamente.

4. Cuándo suspender:

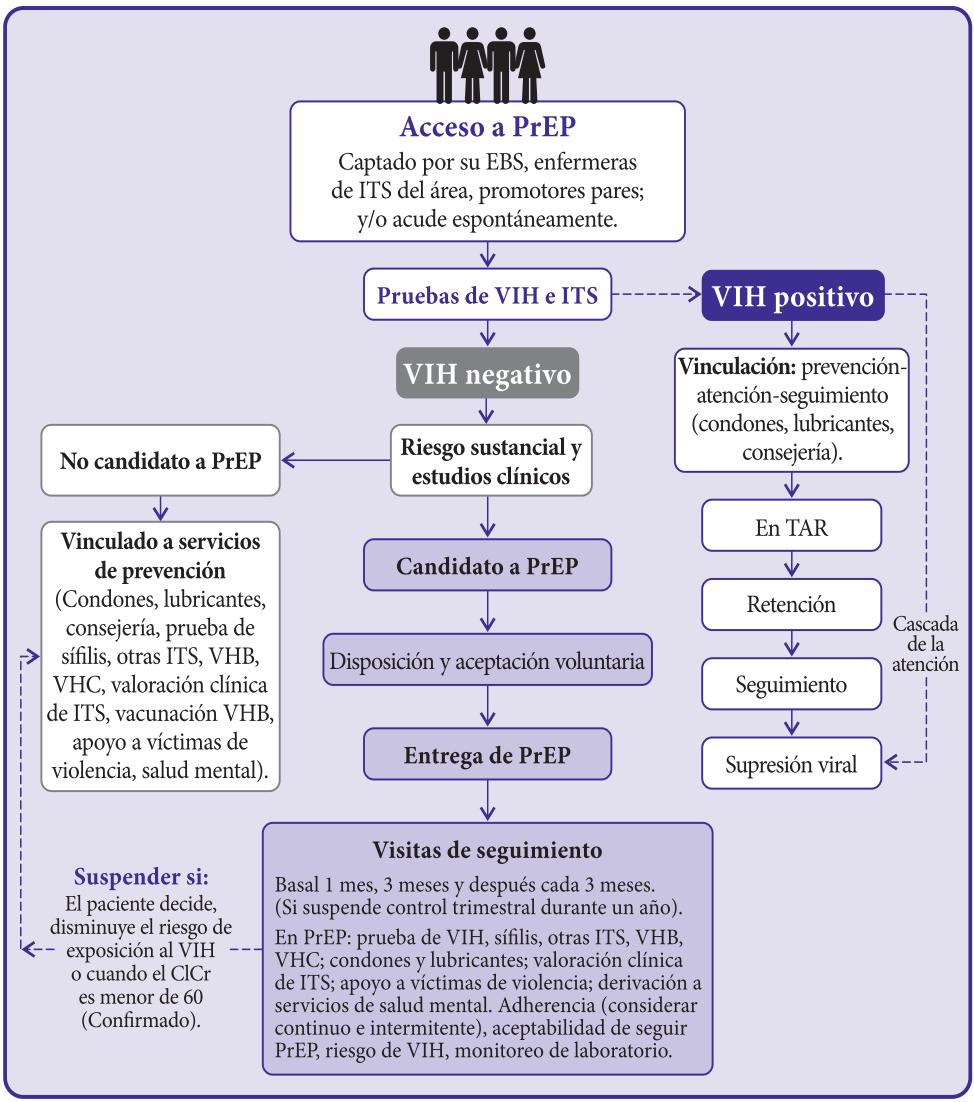
- Cuando el paciente decide suspender;
- Cuando se considera que el riesgo de exposición al VIH ha disminuido y no se beneficia; y
- Cuando se confirma con el aclaramiento de creatinina es menos de 60.

Para la implementación del siguiente algoritmo (ver figura 30):

- Funcionamiento de consultas con equipos multidisciplinarios para manejo de la PrEP;
- En cada consulta, se dispondrá de VDRL/RPR y pruebas rápidas para sífilis y VIH; así como de condones y materiales educativos;
- Se desarrollará, además, una campaña informativa, a través de los medios tradicionales y alternativos, para promocionar el servicio y esta alternativa de prevención;

- Las personas pueden acceder a estas consultas, a través de:
  - La captación por su Equipo Básico de Salud, en los Consultorios Médicos de Familia;
  - A través de las enfermeras de ITS de cada área de salud;
  - La captación por los promotores pares, en sus acciones de prevención, en sitios de encuentro; y/o
  - Espontáneamente, a través de información recibida por los diferentes canales de comunicación.

Figura 30. Cascada de implementación de PrEP



6.2.12. PROTOCOLO PARA LA PROFILAXIS POSTERIOR A LA EXPOSICIÓN (PEP)

Tratamiento posterior a la exposición (PEP)

Ofrecer tratamiento a todas aquellas personas que se han expuesto a la infección, ya sea por:

- Exposición ocupacional;
- Exposición sexual.

Exposición ocupacional

La profilaxis posterior a la 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 primer nivel de atención se ofertará profilaxis posterior a la exposición (PEP), como parte de las medidas integrales que integran las precauciones universales para reducir el riesgo de adquirir infecciones en el ambiente laboral. Las enfermeras especilizazdas en ITS-VIH/sida implementarán esta estrategia.

1. Medidas generales

- Reportar el accidente al Departamento de higiene y epidemiología, aportando la información definida en cada unidad, sin que falten:
  - Datos del accidentado;
  - Fecha y hora;
  - Causas del accidente, detalles del procedimiento;
  - Tipo de instrumento involucrado.
- Realizar test rápido de VIH a la persona accidentada. En caso de que este sea reactivo, proceder de acuerdo con el algoritmo recomendado.

2. 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.

3. 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.

4. Evaluar la fuente

- Si es un paciente infectado por el VIH o enfermo de sida, conocer antecedentes de esquemas de TAR, efectividad del TAR (carga viral ≤ 50 copias/ml), historia de resistencia al TAR, en caso de que esta sea detectable;

- Si no se tiene la información, realizar prueba de VIH a la fuente de la sangre o fluido, preferiblemente con Pruebas rápidas o con el ELISA (este último si no se cuenta con Pruebas rápidas);
- Si no se conoce a quién pertenece la sangre (exposición por pinchazo con jeringuilla o instrumento desechado donde no se pueda conocer con quién se utilizó, o pertenezca a un paciente fallecido donde no se pueda averiguar su estado respecto a la infección por VIH) **considerar riesgo de exposición al VIH.**

5. Si la evaluación resulta en aplicación de profilaxis

- Adecuar la PEP según la historia de tratamientos de la fuente (en caso de que se conozca) y de sus test de resistencia previos;
- Iniciar cuanto antes, preferiblemente en las primeras 24 horas posteriores al accidente;
- Mantenerla por 4 semanas;
- Utilizar esquema preferente de 1.º línea establecido en el país: Dolutegravir + Tenofovir/Emtricitabina (Truvada) o esquemas adecuados en caso de que se conozca la fuente que pueden incluir IP/r.

6. Seguimiento

- Derivar a servicio donde exista personal especializado en TAR;
- Derivar a servicios de consejería, ofrecer apoyo psicológico;
- Realizar prueba de VIH a las 6 semanas, a los 3, a los 6 meses y al año, después de la exposición; dar de alta luego del año;
- Vigilar síntomas y signos compatibles con retrovirosis aguda, y de presentarse, realizar prueba de VIH inmediatamente después de 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;
- Realizar 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 (en caso de ser positivas derivar a servicios especializados);
- El alta del servicio deberá ser efectuada por el personal médico especializado.

Exposición sexual

La PEP es recomendada en personas que expresen preocupación de exposición a riesgo de infección por VIH tras haberse expuesto a secreciones genitales. La aplicación de la misma debe de efectuarse antes de las 72 horas de la exposición,.

1. Estado de la fuente y evaluación del riesgo

- VIH+ con viremia CV ≥ 50 copias/ml;

- Estado serológico desconocido, pero con factores de riesgo de infección por VIH;
- Si la persona fuente está en TAR, pero conoce el valor de la carga viral y es ≤ 50 copias/ml se puede diferir la PEP;
- En caso de que la fuente se encuentre en TAR, pero desconozca su resultado de carga viral o no esté reciente, se recomienda uso de la PEP.

2. Valoración del riesgo

Conducta a seguir para exposición sexual (tipo)

Vaginal insertiva	RECOMENDADA
Vaginal receptiva	FUERTEMENTE RECOMENDADA
Anal insertiva	FUERTEMENTE RECOMENDADA
Anal receptiva	FUERTEMENTE RECOMENDADA
Oral con eyaculación	RECOMENDADA
Oral sin eyaculación	Generalmente NO RECOMENDADA (aún con fuente positiva)

3. Estado serológico de la persona que la solicita

- Se debe conocer el estado serológico de la persona que la solicita realizando Prueba rápida para descartar que la persona esté infectada.

4. Si se decide la aplicación de profilaxis

- Cualquier médico de asistencia, en cualquier institución de salud, que considere que un paciente es tributario de PEP, derivará el caso a la enfermera encuestadora del área de salud a la que pertenezca el paciente y esta notificará al especialista designado para la atención a PVV, quien será el responsable de implementar el tratamiento, dar seguimiento al paciente y derivar a servicios de consejería;
- El esquema recomendado: esquema preferente de 1.º línea establecido en el país: Dolutegravir + Tenofovir/Emtricitabina (Truvada);
- Esquemas alternativos: Pueden incluir IP/r en caso que se documente por parte de la fuente algún tipo de resistencia.

5. Seguimiento

- Igual que a las personas expuestas por accidentes ocupacionales.

6.2.13. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES OPORTUNISTAS

Tabla 23. Tratamiento de infecciones oportunistas

Enfermedad	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
Pneumocystis jirovecii: Neumonía, raramente en otras localizaciones o formas diseminadas.	**Formas graves:** 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 hrs, VO o IV, si P02 < 70 mmHg. **Formas leves-moderadas:** Cotrimoxazol, mismas dosis, VO.	Clindamicina 600 mg, VO o IV/6-8 h + Primaquina 30 mg/día, VO, 21 días. Dapsona 100 mg/d VO + Trimetropim 15-20 mg/kg/d, VO, 21 días. Pentamidina (Isotianato) 3-4 mg/kg/día IV, 21 días.
Toxoplasma gondii: Lesiones focales en SNC, coriorretinitis, raramente en otras localizaciones.	Sulfadiacina 4-8 g/día (en 4 dosis), IV o VO + Pirimetamina, 200 mg dosis inicial de ataque, posteriormente 50-75 mg día, VO + Ácido Folínico 10-15 mg, por día. En caso de no haber disponibilidad Ácido Fólico 5-10 mg, por día, VO, durante 6-8 semanas.	Clindamicina 600 mg/6 h, IV o VO + Pirimetamina, 50 mg, VO/día + Ácido Fólico, VO, 5 mg 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 5 mg, 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.
Cryptosporidium: Enteritis, menos frecuente en otras localizaciones (vía biliar o pulmonar).	TAR.	
Isospora belli	Enteritis: Cotrimoxazol 160 mg de Trimetropin/800 mg de Sulfametoxazol, 3-4 veces/día, VO, por 10 días.	Pirimetamina 50 mg/d, VO + Ácido Fólico 5 mg/d, VO. Ciprofloxacino 500 mg, VO o IV, c/12 h, por 7 días.
Microsporidia *Enterocytozoon bieneusi*	TAR. Albendazol 400 mg/12 h, VO.	

Tabla 24. Tratamiento de infecciones oportunistas producidas por parásitos

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

Tabla 25. Tratamiento de infecciones oportunistas producidas por hongos

Infecciones producidas por hongos		
Enfermedad	**Tratamiento**	
	Elección	**Alternativo**
Candidiasis oral	Fluconazol 100 mg/d, por 7-14 días, VO.	Itraconazol solución oral 100 mg/d, por 7-14 días. Clotrimazol tabletas vaginales, chupar 4-5 veces/d, por 7-14 días. Nistatina suspensión 5 cc 4 veces/d, VO, por 7 -14 días, hacer buches. Ketoconazol 200 mg/d, VO, 7-14 días. Itraconazol cápsulas 100 mg/d, VO, 7-14 días.
Candidiasis esofágica	Fluconazol 100 mg/d, por 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.
Meningitis criptocóccica		
Inducción	Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/g/d IV, por 2 semanas como mínimo, hasta que el cultivo para criptococo esté negativo. Combinar con 5 FTC 100 mg/kg/día o en su defecto Fluconazol, IV, 600-800 mg/día. Anfotericina B liposomal 4 mg/kg/d, IV, por 2 semanas.	Fluconazol 400-800 mg/d por 2 semanas, VO o IV. Fluconazo l600-1000 mg/kg cuando no se utiliza Anfotericin.
Consolidación	Fluconazol 400 mg/d, por 8 semanas VO.	Itraconazol 200 mg c/12 h, VO por 8 semanas.
Histoplasmosis: Enfermedad grave. Enfermedad menos grave. Meningitis.	**Fase aguda (3-10 días):** Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/kg/d, IV, por 2 semanas o Anfotericina B liposomal 5 mg/kg/d, IV, por 2 semanas. **Fase de continuación (12 semanas):** Itraconazol 200 mg VO, dos veces al día o Itraconazol 200 mg, VO, c/8 horas, por 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.

Tabla 26. Tratamiento de infecciones oportunistas producidas por virus

Infecciones producidas por virus		
Enfermedad	**Tratamiento**	
	Elección	**Alternativo**
Infecciones producidas por virus herpes simple	**Herpes oro-labial o genital no grave:** 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. **Herpes oro-labial o genital grave:** 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. **Herpes genital recurrente:** Terapia supresora crónica con Aciclovir 400-800 mg VO c/8-12 h, o Valaciclovir 500-1000 mg VO c/12-24 h. **Encefalitis herpética:** Aciclovir 10 mg/kg IV c/8 h, durante 14-21 días.	Valaciclovir 1 g VO c/12 h, durante 7-10 días.
Infecciones producidas por virus varicela-zóster	**Herpes zóster localizado:** Aciclovir 800 mg VO c/6 h, durante 7-10 días o Valaciclovir 1 g VO c/8 h. **Varicela:** Aciclovir 10 mg/kg IV c/8 h, durante 7-10 días. **Herpes zóster diseminado o con afectación visceral o necrosis retiniana periférica:** Aciclovir 10 mg/kg IV c/8 h hasta la resolución de las lesiones cutáneas y viscerales.	Ganciclovir 5 mg/kg IV c/12h.
Infecciones producidas por citomegalovirus	**Tratamiento de inducción: Retinitis con riesgo de ceguera o retinitis periférica:** Valganciclovir 900 mg VO c/12 h, durante 14-21 días o ganciclovir 5 mg/kg IV c/12 h, durante 14-21 días. **Esofagitis, colitis, neumonitis o enfermedad neurológica:** 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.	

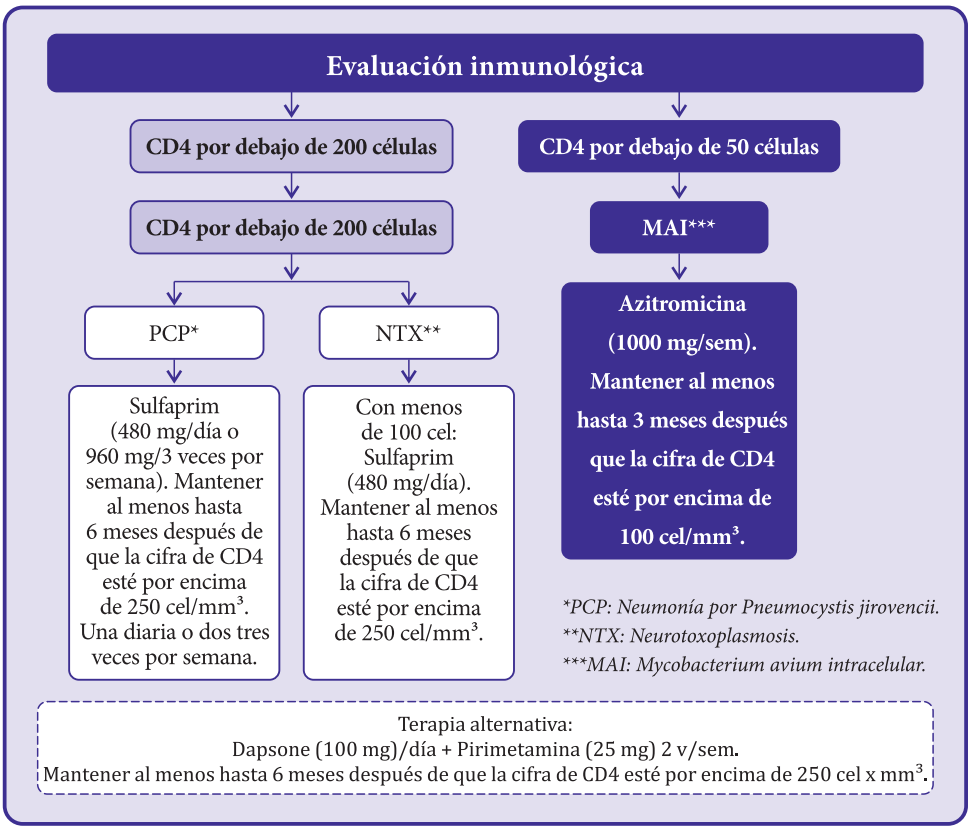
Tabla 27. Tratamiento de infecciones oportunistas producidas por bacterias

Infecciones producidas por bacterias		
Enfermedad	Tratamiento	
	Elección	Alternativo
Rhodococcus equi	Vancomicina + Imipenem o Meropenen + Rifampicina por 8 semanas, seguido de Claritromicina + Rifampicina VO.	Combinación de dos de los siguientes, por 8 semanas: Ciprofloxacino Levofloxacina Rifampicina Azitromicina

Los antibióticos serán usados a dosis convencional, pero por largos períodos de tiempo hasta la resolución del cuadro. El resto de las infecciones bacterianas serán tratadas igual que en personas no portadoras de VIH.

6.2.14. QUIMIOPROFILAXIS PRIMARIA DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS MÁS FRECUENTES

Figura 31. Tratamiento de las infecciones oportunistas más frecuentes



6.2.15. QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIA DE LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS MÁS FRECUENTES

Tabla 28. 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 800/160 mg, VO. SMX-TMP. Una dosis simple/día 400/80 mg, VO	Dapsona 100 mg/día, VO o Dapsona 50 mg/diarias, VO + Pirimetamina 50 mg/semana VO + Ácido Fólico 5 mg, VO o Pentamidina 300 mg inhalado/mes
Toxoplasma gondii	Toxoplasmosis cerebral previa	Sulfadiacina 500/1000 mg, VO cada/6 horas + Pirimetamina 25/75 mg/día, VO + Ácido Fólico 5 mg, VO/día	Azitromicina 500-1000 mg/día VO o Claritromicina 500 mg VO, c/12 horas + Pirimetamina 25-50 mg/día, VO + Ácido Fólico 5 mg, VO/día
Mycobacterium avium complex (MAC)	Enfermedad por MAC previa	Claritromicina 500 mg, VO, c/12 horas + Etambutol 15 mg/kg/día, VO, puede o no asociarse Rifampicina 600 mg/día, VO	Azitromicina 500 mg/día, VO + Etambutol 15 mg/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 1 g diario oral repartido en 3 tomas
Cryptococus neoformans	Enfermedad previa	Fluconazol 200 mg/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	

Tabla 29. Profilaxis recomendadas solo en pacientes con recidivas frecuentes o graves

Patógeno	Indicación	Electivo	Alternativa
Virus herpes zóster	Recidivas frecuentes o graves	Aciclovir 800 mg c/8 horas, VO	
Virus herpes simple	Recidivas frecuentes o graves	Aciclovir 200 mg/8 h o 400/12 h, VO	Valaciclovir 500 mg/12 h, VO
Cándida (orofaríngea, esofágica o vaginal)	Recidivas frecuentes	Fluconazol de 100-200 mg/día, VO	Itraconazol 200 mg/día, VO o Ketoconazol 200 mg/día, VO

Tabla 30. Criterios 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 *Pneumocystis jirovecii* (PCP)	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
Mycobacterium avium complex (MAC)	No indicada			MAC previo	CD4 > 100 más de 6 meses y tratamiento Anti-MAC de 12 meses	CD4 < 100
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

6.2.16. 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. Las acciones de prevención 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. En todos los adolescentes y adultos **con o sin síntomas,** en los que fue descartada TB activa, iniciar terapia preventiva con Isoniacida (TPI) durante seis meses.
3. La TPI se administra de la siguiente forma:
   - de no existir factor de riesgo y PPD negativo administrarla durante 6 meses;
   - de existir factor de riesgo** y PPD positivo administrarla durante 9 meses; y

* Interrogatorio, examen físico y PPD.

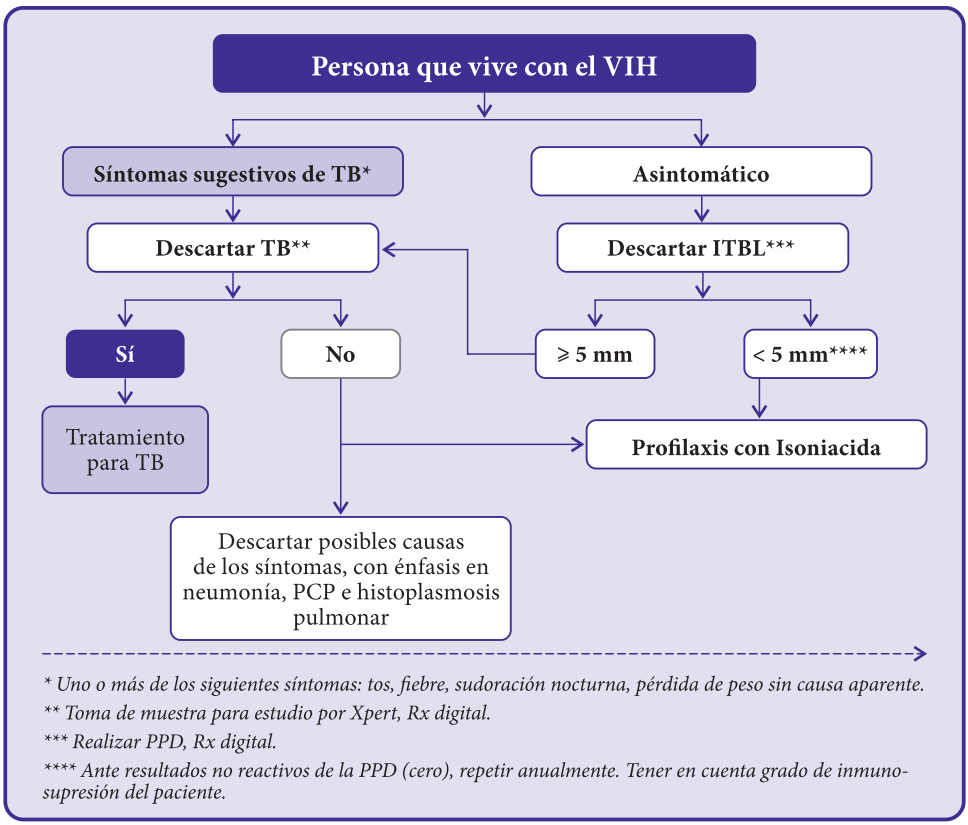
** Contactos de casos de TB, alcohólicos, desnutridos, personas que han estado o están en centros penitenciarios u otras instituciones cerradas, personas de edad avanzada, casos con vulnerabilidad social.

- de haber tenido contacto con paciente TB se extenderá hasta un año.

4. La TPI se administra a razón de 300 mg diarios por vía oral asociada a vitamina B6 (50 mg diarios o 100 mg semanales) o 900 mg dos veces por semana.
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 en la tarjeta de quimioprofilaxis. Se exceptúan los sábados y domingos.
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, que llenarán de forma adecuada la tarjeta de tratamiento y realizarán el 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, y cumpliendo los principios de TDO.
10. Los pacientes con coinfección TB/VIH que no tengan evolución satisfactoria serán evaluados por el clínico del GBT y el especialista de la atención a PVV. Si fuera necesario, se debe interconsultar con los especialistas de las instituciones de salud que atienden casos de TB con complicaciones.
11. Se utilizará como antirretroviral de elección Efavirenz, en los pacientes que inicien el tratamiento antirretroviral, mientras estén recibiendo tratamiento antituberculoso.
12. El tratamiento para la tuberculosis es prioritario. En PVV con < 50 cel CD4/mm^3 iniciar TAR dentro de las dos semanas después de haber comenzado tratamiento Anti-TB; en PVV con > 50 cel CD4/mm^3 posponer el inicio de TAR dentro de las 4 semanas después de haber comenzado tratamiento Anti-TB.
13. 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.
14. El Equipo de Salud del área realizará consejería en todo paciente con TB, en relación con la importancia de la prueba del VIH.

15. Se indicará y controlará la realización de la prueba de VIH a todos los pacientes con TB y sus parejas sexuales. De resultar no reactiva se debe repetir antes de concluir el tratamiento.

Figura 32. Algoritmo de manejo de la coinfección VIH/TB



Antirretrovirales: descripción, presentación y dosis

Tabla 31. Antirretrovirales y sus dosis para adultos y adolescentes

Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INTI)	Dosis
Abacavir (ABC)	300 mg, 2 veces al día o 600 mg, 1 vez al día (VO)
Emtricitabina (FTC)	200 mg, 1 vez al día (VO)
Lamivudina (3TC)	150 mg, 2 veces al día o 300 mg, 1 vez al día (VO)
Zidovudina (AZT)	300 mg, 2 veces al día (VO)
Inhibidores Nucleótidos de la Transcriptasa Inversa (INtTI)	**Dosis**
Tenofovir (TDF)	300 mg, 1 vez al día (VO)

Tabla 31. Continuación

Inhibidores no Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI)	**Dosis**
Efavirenz (EFV)	400-600 mg, 1 vez al día (VO)
Nevirapina (NVP)	200 mg, 1 vez al día x 14 días, seguido de 200 mg, 2 veces al día (VO)
Inhibidores de las Proteasas (IPs)	**Dosis**
Atazanavir + Ritonavir (ATV/r)	300 mg + 100 mg, 1 vez al día (VO)
Darunavir + Ritonavir (DRV/r)	800 mg + 100 mg o 600 mg + 100 mg, 2 veces al día
Lopinavir + Ritonavir (LPV/r)*	400 mg/100 mg, 2 veces al día (VO)
Inhibidores de la Integrasa (INI)	**Dosis**
Dolutegravir	50 mg, 1 vez al día 50 mg, dos veces al día, en pacientes con TB o resistencia documentada a uno de los componentes del esquema

** En presencia de Rifampicina se duplica la dosis de Lopinavir + Ritonavir (LPV/r) (800 mg/200 mg), 2 veces al día.*

6.2.17. 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 el VIH, los que tienen tratamiento, y los medicamentos y dosis indicadas;
- Brindarán información al paciente y a su familia acerca de los beneficios de la TAR y las consecuencias de la no adherencia;
- Identificarán en el contexto familiar del paciente los factores positivos y negativos para una buena adherencia, y establecerán la 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 el resultado de la carga viral a los 6 meses después de haber iniciado TAR, el cual será registrado en la historia clínica del paciente;
- Interconsultarán con otras especialidades a los pacientes en abandono de tratamiento y/o aquellos que no tienen buena adherencia;
- Solicitarán 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;
- Incluirán, en los análisis de fallecidos por sida, el comportamiento de este parámetro y las acciones desarrolladas por el EBS.

La enfermera especializada en 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 que viven con el 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 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, al GBT y al 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 (Equipos de Ayuda Mutua) para reforzar las acciones dirigidas a pacientes no adherentes.

(Ver Figura 33)

Figura 33. Seguimiento a la adherencia a TAR



6.2.18. PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIRRETROVIRALES

El monitoreo de la resistencia del VIH a los antirretrovirales resulta un aspecto clave en la atención integral a las personas que viven con VIH, no solo por el beneficio individual que representa para el paciente, sino por las implicaciones en la política de opciones terapéuticas de primera, segunda y tercera líneas, así como para optimizar estrategias que permitan prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y lograr la supresión de la carga viral.

Estrategias para el monitoreo y la vigilancia de la fármaco-resistencia del VIH

Las guías de vigilancia de la OMS para la fármaco-resistencia del VIH, enunciadas en el Plan de Acción Global, se enfocan en la evaluación de las siguientes actividades:

1. Monitoreo de indicadores de alerta temprana de resistencia del VIH a los antirretrovirales.

2. Vigilancia de la resistencia pretratamiento en poblaciones que inician terapia.
3. Vigilancia de la resistencia en poblaciones que reciben terapia antirretroviral (12 y 48 meses).
4. Vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales en todas las gestantes, antes de iniciar terapia antirretroviral para minimizar al máximo la transmisión del VIH.
5. La vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales en todos los niños recién diagnosticados con VIH, con menos de 18 meses de edad.

En función de las recomendaciones generales para el monitoreo y la vigilancia de la resistencia del VIH a los antirretrovirales y los resultados de la encuesta nacional en pacientes pretratamiento durante el año 2017, se define:

- Que LISIDA y el IPK son los laboratorios encargados de realizar las pruebas de resistencia del VIH a los antirretrovirales;
- Que LISIDA, como institución designada por la OMS como Laboratorio Nacional de Referencia para la Vigilancia de la Resistencia del VIH a los antirretrovirales, es el encargado de realizar las encuestas nacionales periódicas para la vigilancia de la resistencia pretratamiento en población que inicia terapia y resistencia adquirida en población que está recibiendo terapia a los 12 y 48 meses. Las encuestas nacionales de resistencia pretratamiento y resistencia adquirida se realizarán cada dos años, según los criterios de selección y muestreo enunciados por la OMS;
- LISIDA será responsable de informar al Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP los resultados de las encuestas nacionales de vigilancia de resistencia pretratamiento y resistencia adquirida, y, en conjunto con especialistas del Departamento, reportará los resultados de los estudios correspondientes a la base de datos de Fármaco-resistencia de la OMS y harán las propuestas técnicas que se deriven de estos para su evaluación, en la Comisión Técnica Nacional de VIH/sida;
- LISIDA realizará el monitoreo de la resistencia del VIH a los antirretrovirales en gestantes seropositivas;
- LISIDA y en el futuro el IPK, realizarán el monitoreo de la resistencia del VIH a los antirretrovirales en pacientes con carga viral residual, mediante la tecnología de secuenciación de última generación para la detección de variantes virales minoritarias;
- El IPK realizará el monitoreo de la resistencia del VIH a los antirretrovirales en población que está recibiendo terapia antirretroviral y con sospecha de fallo a la terapia (basado en criterios clínicos, virológicos y/o inmunológicos);
- Ambos laboratorios utilizarán el método de secuenciación nucleotídica de los fragmentos del genoma que codifican para las enzimas transcriptasa inversa, proteasa, integrasa y envoltura (blanco de los medicamentos que se emplean en la terapia de primera línea, segunda línea y de rescate);
- El tipo de muestra a utilizar será plasma (más de 1 ml). El plasma se obtendrá mediante la colección de 10 ml de sangre total en tubos con EDTA (NO EMPLEAR TUBOS CON HEPARINA) y posterior centrifugación durante 20 minutos a

2500 rpm. El plasma se trasvasará a viales nuevos de 1,5 ml o más, previamente rotulados con el código de la muestra. El plasma se congelará de -0 ºC a -80 ºC (7 días como máximo) hasta su posterior traslado, en neveras refrigeradas, al laboratorio encargado de realizar el ensayo, con la documentación correspondiente;

- El ensayo de resistencia genotípica del VIH a los antirretrovirales se realizará según los protocolos estandarizados, en los laboratorios de Biología Molecular de LISIDA y el IPK. 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;
- LISIDA y el IPK serán responsables de informar los resultados de los estudios de pacientes a sus provincias, médicos de asistencia de procedencia y al Departamento de ITS-VIH/sida del MINSAP;
- El(la) jefe(a) de sección provincial de ITS-VIH/sida es responsable de llevar el control de los pacientes que por razones justificadas inicien TAR con alguna combinación que contenga Efavirenz o Nevirapina y cumplir con las recomendaciones técnicas emitidas en el protocolo de atención a PVV:
  - tomar una muestra de plasma antes de que inicien terapia y mantenerla en congelación entre -20 ºC y -80 ºC en los Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología;
  - si a los seis meses, en el primer control de carga viral, el paciente no ha respondido al tratamiento indicado, enviarán la muestra a uno de los laboratorios que realizan estudios de resistencia según la distribución* que aparece debajo, especificando en la orden de las muestras el esquema de TAR y la fecha de inicio.
- El departamento de ITS-VIH/sida recibirá de las provincias, con periodicidad trimestral, el n.º de muestras de este tipo enviadas a LISIDA y al IPK, y ambos laboratorios reportarán al MINSAP los resultados de las muestras recibidas.

Se realizará monitoreo de indicadores de alerta temprana en los niveles municipal, provincial y nacional:

- Niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral;
- Certificados médicos en las farmacias, en los que prescriban esquemas no recomendados en el protocolo nacional y/o que promueven la emergencia de resistencia a los antirretrovirales (como la mono- y/o biterapia);
- Episodios de desabastecimiento de antirretrovirales 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 terapia antirretroviral;
- Supresión mantenida de la carga viral a los 12 meses después de iniciado el tratamiento antirretroviral.

* Al IPK: Pinar del Río, Artemisa, La Habana, Isla de la Juventud, Granma, Santiago de Cuba, Guantánamo. A LISIDA: Mayabeque, Matanzas, Villa Clara, Cienfuegos, Ciego de Ávila, Camagüey, Las Tunas, Holguín.

6.3

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

6.3.1. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1. 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 notificación de casos de sífilis estará a cargo de dermatólogos. Para el resto de las ITS, el reporte se hará por el médico que realice el diagnóstico (microbiológico para gonorrea, sindrómico para los síndromes, y clínico para condiloma, herpes genital y chancro blando). De necesitarse otros criterios para concluir diagnóstico clínico serán derivados para interconsulta con otras especialidades implicadas (Ginecoobstetricia, Urología, Proctología, Dermatología).

2. Localización de casos

La búsqueda de casos de ITS estará dirigida a:

a) Identificación de la población clave de mayor riesgo, que puede variar según localidades y contexto sociocultural:
   - Población sexualmente activa que no utiliza condones con sistematicidad;
   - Hombres que tienen sexo con hombres;
   - Población transgénero;
   - 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.

b) Dispensarización y seguimiento según corresponda.

c) Conocer de las principales complicaciones de las ITS su prevalencia en el lugar, como indicador de la magnitud del problema.

d) Realización de estudios de laboratorio para ITS acompañados de consejería antes y después de indicarlos a:
   - Grupos de población clave;
   - Personas con ITS o VIH y sus parejas sexuales;
   - Gestantes y sus parejas sexuales;
   - Interrupciones de embarazo;*
   - Regulaciones menstruales;
   - Internados en centros penitenciarios;
   - Como parte del chequeo preoperatorio;
   - Pacientes ingresados en servicios hospitalarios a juicio médico.

e) Diagnóstico y abordaje integral en pacientes con síntomas sugestivos de ITS.

3. Definiciones de casos

Sífilis

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

1. **Criterio de laboratorio: VDRL/RPR o pruebas treponémicas reactivas, o regresión de la curva serológica por VDRL/RPR en dos diluciones o más, en casos tratados y en estudio, o PCR positivo en muestras de lesiones.**
2. **Criterio clínico: presente síntomas y/o signos de la enfermedad o antecedentes de haberlos tenido (sin tratamiento).**
3. **Criterio epidemiológico: con Caso Índice conocido, conducta sexual de riesgo o del estudio de sus parejas sexuales se obtiene un nuevo caso.**

* No diferir la interrupción de embarazo, la regulación menstrual ni la intervención quirúrgica en espera del resultado de los exámenes complementarios.

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.

SÍFILIS TEMPRANA ADQUIRIDA SINTOMÁTICA (STAS)
STASc Sífilis con chancro
STASsc Sífilis con lesiones cutáneas
STASsm Sífilis con lesiones mucosas
STASsg Sífilis con síntomas generales
SÍFILIS TARDÍA ADQUIRIDA SINTOMÁTICA (STaAS)
STaASg Sífilis con gomas cutáneos
STaAScv Sífilis con lesiones cardiovasculares
STaASns Sífilis con lesiones neurológicas
SÍFILIS TEMPRANA ADQUIRIDA LATENTE (STAL)
STAL No lesiones y serología reactiva
SÍFILIS TARDÍA ADQUIRIDA LATENTE (STaAL)
STaAL No lesiones y serología reactiva
SÍFILIS TEMPRANA CONGÉNITA SINTOMÁTICA (STCS)
STCSsc Sífilis con lesiones cutáneas
STCSsm Sífilis con lesiones mucosas
STCSlo Sífilis con lesiones óseas.
STCSv Sífilis con hepatoesplenomegalia
SÍFILIS TARDÍA CONGÉNITA SINTOMÁTICA (STaCS)
STaCSqi Sífilis con queratitis intersticial
STaCSh Sífilis con dientes de Hutchinson
STaCSns Sífilis con lesiones neurológicas
SÍFILIS TEMPRANA CONGÉNITA LATENTE (STCL)
STCL No lesiones cutáneas, LCR no reactivo, Serología reactiva, en niños de no más de 2 años de edad
SÍFILIS TARDÍA CONGÉNITA 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 (úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y pruebas no treponémicas (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* cuya madre tiene evidencia clínica (úlcera genital 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;

o

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);

o

Todo niño con VDRL/RPR (independientemente del título), TPHA, ELISA-IgM y Western blot-IgM positivo. En ausencia de pruebas para IgM, una TPHA positiva en suero, después de los primeros seis meses de vida, puede ser utilizada;

o

Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita al examen físico y evidencia radiográfica de sífilis congénita y/o resultado reactivo de una prueba treponémica (que incluye las de IgM), o no treponémica, independientemente del título.

<u>*Manifestaciones clínicas sospechosas de SC*</u>

Distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepatoesplenomegalia, prematurez, retardo del crecimiento intrauterino, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, miocarditis, hidropesía fetal, corioamnionitis, ictericia y/o anemia, lesiones mucocutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en región peribucal, miembros, palmas, plantas, perianales y perigenitales, 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

* Mortalidad fetal o mortinato: todo feto 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.

o conjuntival (en recién nacidos), o en el cultivo se aíslan cepas de *Neisseria gonorrhoeae* o se realice diagnóstico molecular (PCR-TR).

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 del 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 extragenitales. Pueden desaparecer por sí mismas o pueden requerir extirparlas. Que las verrugas no sean visibles no siempre significa que la infección haya desaparecido y es posible que estas aparezcan nuevamente. El tratamiento de condilomas será indicado y realizado por el dermatólogo y/o el ginecólogo.

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, son más frecuentes en el glande y el prepucio; en mujeres, están localizadas en los labios mayores y menores, clítoris, vagina y cuello uterino. Los síntomas generales asociados son: 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

Existen 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 presentan 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)

Existen 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)

Existen 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.

4. 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 unidades seleccionadas de la APS y la atención hospitalaria en períodos definidos.

En la APS: en un área de salud del municipio cabecera, definida por cada provincia, se realizarán, en coordinación con los laboratorios de los CPHEM: chlamydias, mycoplasma, determinación de cándidas, vaginosis bacterianas, trichomonas, Gram y cultivo para gonorrea. Los servicios donde se ofrece PrEP se incluirán como sitios centinelas.

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.

5. 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 sindrómicamente;
- 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 Nacional de *Neisserias* del IPK.

Laboratorio Nacional de Neisserias *del IPK*

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

6. 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.

Para el manejo de embarazadas con serología reactiva

El tratamiento de las embarazadas con serología reactiva será **indicado y controlado por el médico que primero conozca de este resultado.**

Equipo Básico de Salud y Grupo Básico de Trabajo

- Tienen la máxima responsabilidad de 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;
- Indicará estudio y tratamiento de las parejas sexuales;
- Anotará 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;
- Interconsultará 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;
- Controlará 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, así como el tratamiento recibido;
- La conclusión diagnóstica de una gestante con serología reactiva deberá concluirse antes de los 30 días;
- Realizará seguimiento serológico mensual hasta el parto a toda embarazada con serología reactiva.

La enfermera especializada en ITS-VIH/sida

- Mantendrá actualizado el registro de embarazadas del área de salud y el cumplimiento de la realización de serología a ellas y a 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 el cumplimiento del 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

- Mantendrán adecuadamente actualizados los registros establecidos;
- Informarán diariamente a estadísticas y a la enfermera especializada en ITS-VIH/sida las serologías reactivas en gestantes o parejas sexuales de embarazadas;

- Identificarán los casos correspondientes a gestantes, aclarando el trimestre del embarazo;
- Cumplirán con el envío del 100 % de los sueros reactivos de gestantes para control de calidad, y conservarán los resultados del mismo durante un año.

Los departamentos de estadísticas

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

El obstetra y el neonatólogo del hospital ginecoobstétrico

- Indicarán y controlarán 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;
- Interconsultarán con Dermatología o remitirán a su área de salud, con el objetivo de descartar secundarismo sifilítico, a toda embarazada que asista a consulta o al 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 o la pareja sexual no fue tratada:

1. Realizar serología cuantitativa a la madre y al recién nacido.
2. Si reactivo cualquier título, extraer muestra de sangre al recién nacido para envío al CPHEM para TPHA y posteriormente la muestra al IPK para ELISA-IgM y Western blot-IgM.
3. Realizar examen físico del recién nacido por el neonatólogo y dermatólogo, en busca de manifestaciones de sífilis congénita precoz.
4. Realizar otros estudios según protocolo establecido.
5. 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 especializada en 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.
6. Todo recién nacido diagnosticado con sífilis será notificado y tratado antes del egreso hospitalario.
7. 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.

8. Realizar el seguimiento clínico, dermatológico y serológico (VDRL) mensual hasta los 6 meses y posteriormente a los 9 y 12 meses:
   - Si a los 3 meses descienden los títulos no treponémicos y a los 6 son no reactivos, el niño no está infectado;
   - Si los títulos permanecen estables o aumentan a lo largo de los 6 meses, indica infección congénita, y el niño debe ser evaluado y tratado con 10 días de Penicilina;
   - 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 seis meses en el seguimiento de un niño expuesto a sífilis confirma el diagnóstico en forma retrospectiva.

Epidemiólogo municipal y provincial

- Cuando en el hospital ginecobstétrico 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 rediscusión 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, ginecobstetra, pediatra y enfermera especializada 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 32. Diagnóstico de infecciones de transmisión sexual de notificación obligatoria

ITS/ síndrome	Agente etiológico	Período de incubación	Diagnóstico
Sífilis	*Treponema pallidum*	10 días a 3 meses, promedio 3 semanas	VDRL o RPR y TPHA (para gestantes reactivas);* Examen directo en campo oscuro (EDCO); PCR; Pruebas rápidas (para grupos de población clave).
Sífilis congénita**			VDRL o RPR, TPHA; ELISA-IgM y Western blot-IgM (IPK).
Gonorrea	*Neisseria gonorrhoeae*	2- 7 días	Tinción de GRAM; Cultivo: identificación presuntiva –Gram y prueba de oxidasa; En IPK y sitios centinelas: diagnóstico molecular (PCR-TR) y pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos.
Conjuntivitis gonocócica	*Neisseria gonorrhoeae*	1-5 días	

Tabla 32. Continuación

ITS/ síndrome	Agente etiológico	Período de incubación	Diagnóstico
Condiloma acuminado	Virus del papiloma humano	1-20 meses, promedio 2-3 meses	Clínico.
Herpes simple genital	Virus herpes simple	2-12 días	Clínico.

** 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.*

Con propósitos de la vigilancia y como alternativas diagnósticas para casos de interés, previa coordinación con las instituciones que las realizan:

- *Neisseria gonorrhoeae:* Diagnóstico molecular (PCR-TR) y pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos;
- *Virus del papiloma humano:* Diagnóstico molecular de PVH (Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, INOR);
- *Virus herpes simple:* En IPK, PCR-TR a partir de exudado de lesiones genitales;
- *Mycoplasma genitalium:* Métodos moleculares (PCR y PCR-TR). Se puede utilizar el kit Mycowell D-One. Si el pocillo de *Mycoplasma* spp. es positivo (pudiera ser presuntivo de *Mycoplasma genitalium*), enviar al IPK el contenido del pocillo para PCR especifico de *Mycoplasma genitalium*.

Tabla 33. Diagnóstico sindrómico

ITS/ síndrome	Agente etiológico	Período de incubación	Diagnóstico
Síndrome de secreción uretral	*Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, albicans*	*Chlamydia trachomatis:* 7-15 días o más. Trichomonas: 4-20 días, promedio 7 días. *C. albicans:* 2-4 semanas.	• Sindrómico; • Etiológico solo para vigilancia: gonococo; • Pruebas rápidas en otros laboratorios del país.
Síndrome de dolor abdominal bajo	*N. gonorrhoeae, C. trachomatis* y tal vez *M. genitalium*. Bacterias facultativas y estrictamente anaerobias.	*N. gonorrhoeae* 2-7 días. *Chlamydia trachomatis:* 7-15 días o más.	• Sindrómico; • Etiológico en unidades de salud seleccionadas.

Tabla 33. Continuación

ITS/ síndrome	Agente etiológico	Período de incubación	Diagnóstico
Síndrome de flujo vaginal	*Trichomas vaginalis, albicans,* Vaginosis bacteriana (*Gardnerella vaginalis* y microorganismos anaerobios), *Mycoplasmas*, estreptococos y menor frecuencia *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis.*	*Trichomonas:* 4-20 días, promedio 7 días. *albicans:* 2-4 semanas. *Chlamydia trachomatis:* 7-15 días o más. *Gonococo:* 2-7 días.	• Sindrómico; • Etiológico en unidades de salud seleccionadas.
Linfogranuloma inguinal	*Chlamydia trachomatis*: inmunotipos L1, L2, L3	Variable, 8-21 días.	• Clínico; • Etiológico en el IPK.
Granuloma inguinal	*Klebsiella granulomatis*	Se desconoce, entre 1-16 semanas.	• Clínico.
Chancro blando	*Haemophilus ducrey*	3-5 días.	• Clínico; • Etiológico en el IPK.

Tabla 34. Tratamiento de infecciones de transmisión sexual

ITS	Tratamiento medicamentoso	
	1.ª Opción	Otras opciones
Sífilis	**Penicilina G Benzatínica:** 2,4 millones de U, dosis única IM.* Tratamiento profiláctico a las parejas sexuales: **Penicilina G Benzatínica** 2,4 millones de unidades IM dosis única. Seguimiento clínico y serológico cada 3 meses durante un año y posteriormente dispensarización y seguimiento por su EBS.	**Penicilina procaínica:** 1 millón de U, vía IM por 10 días. En alérgicos a Penicilina: **Tetraciclina** 500 mg 4 veces al día, VO, por 14 días. **Doxiciclina** 100 mg 2 veces al día VO, por 14 días. **NO USAR EN GESTANTES Tetraciclina ni Doxiciclina.**

* Tener en cuenta las recomendaciones según etapas clínicas de la sífilis.

Tabla 34. Continuación

ITS	Tratamiento medicamentoso	
	1.ª Opción	Otras opciones
Sífilis en personas que viven con el VIH	**Penicilina G. Benzatínica:** Se aplicarán tres dosis de 1 bulbo (2,4 millones de U), una dosis cada 7 días por vía IM.	Las mismas que en pacientes no VIH e iguales recomendaciones para alérgicos.
Sífilis en gestantes	**Penicilina G Benzatínica:** 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.	Las embarazadas que refieran alergia a la Penicilina, deben ser valoradas por el dermatólogo y el obstetra para definir la conducta a seguir. **Ceftriaxone:** dosis total 10 g. Dosis diaria 1 g, IM, durante 10 días.
Sífilis congénita confirmada o fuertemente sospechada	**Penicilina G Cristalina acuosa:** 100 000 a 150 000 U/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.	Valorar en conjunto Neonatología, Pediatría y Dermatología en casos en los que no pueda utilizarse Penicilina.
Recién nacido asintomático, evaluación clínica negativa, serología no reactiva o dos diluciones menores que la materna, resto de los estudios complementarios son negativos. Si la madre: 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, pareja sexual no fue tratada, no antecedentes bien documentados de haber sido tratada la embarazada, fue tratada en tiempo y con Penicilina, pero la curva serológica no decreció al menos en dos diluciones con respecto a la inicial.	**Penicilina G Cristalina acuosa** (esquema preferencial): 100 000 a 150 000 U/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; o **Penicilina G Benzatínica:** 50 000 U/kg/dosis única, IM.	Valorar en conjunto Neonatología, Pediatría y Dermatología en casos en los que no pueda utilizarse Penicilina.

Tabla 34. Continuación

ITS	Tratamiento medicamentoso	
	1.ª Opción	Otras opciones
Si la madre: 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, y la curva serológica decreció al menos en dos diluciones y no existen evidencias de reinfección.	VDRL, examen clínico y dermatológico al nacer y actuación según resultados.	
Gonorrea	Se trata sindrómicamente. Se administrará tratamiento para clamidias debido a que es muy común que coexistan ambas infecciones: **Ceftriaxone** 250 mg, IM, dosis única + **Azitromicina** 1 g, en dosis única, VO.	Para gonorrea: **Cefixime** 400 mg VO dosis única. Para clamidias: **Doxiciclina** 100 mg, VO, 2 v/día, por 7 días. **Tetraciclina** 500 mg, VO, 4 v/día, por 7 días.
Oftalmía gonocócica	Profiláctico: ungüento de tetraciclina 1 %. Hijo de madre con gonorrea activa al nacer: **Ceftriaxone** 50 mg/kg/día (hasta 125 mg), dosis única, IM. Tratamiento curativo: **Ceftriaxone** 50 mg/kg/día (hasta 125 mg), dosis única, EV o IM e irrigación ocular con suero fisiológico.	
Condiloma acuminado	**Podofilina:** 10-25 %, 0,5 ml por cada aplicación y dejar secar. No usar en gestantes. **Ácido Tricloroacético o Bicloroacético** 80-90 % en solución alcohólica.	Electrofulguración; Crioterapia; Exéresis quirúrgica; Interferón intralesional o en crema (para lesiones grandes o recurrentes).
Herpes simple genital	**Aciclovir** 400 mg c/8 horas, VO, por 7-10 días. Recurrencias: **Aciclovir** 400 mg c/8 horas, VO, por 5 días.	Analgésicos y antiinflamatorios.

Tabla 34. Continuación

Síndrome	Tratamiento medicamentoso	
	1.ª Opción	Otras opciones
Síndrome de secreción uretral	**Ceftriaxone** 250 mg, IM, dosis única + **Azitromicina** 1 g, VO, dosis única. Persistencia o recidiva agregar: **Metronidazol** 2 g, dosis única, VO. Las parejas sexuales deben recibir iguales esquemas de tratamiento.	**Cefixime** 400 mg, dosis única, VO + **Doxiciclina** 100 mg, VO, 2 v/día, por 7 días o **Tetraciclina** 500 mg, VO, 4 v/día, por 7 días.,
Síndrome de flujo vaginal *(Tener en cuenta los medicamentos contraindicados durante el embarazo)*	Vaginitis: **Metronidazol** 500 mg, VO, 2 v/día, por 7 días. Se puede utilizar en cualquier trimestre del embarazo. + **Clotrimazol intravaginal** 500 mg, intravaginal, dosis única. o **Nistatina** 100 000 u (óvulo vaginal) 1 v/día, por 14 días. Cervicitis: **Ceftriaxone** 250 mg, dosis única, IM (en gestantes) + **Azitromicina** 1 g, VO, dosis única. En gestantes se incluye **Metronidazol** 2 g, en dosis única, VO. Indicar igual tratamiento a parejas sexuales (para trichomoniasis, gonorrea, clamidiasis y vaginosis bacteriana), excepto para *Candidas* que a la pareja masculina se aplican cremas antifúngicas si signos de balanitis, dermatitis del pene o en caso de recurrencia en la mujer. En gestantes y no gestantes siempre que se diagnostique cervicitis hay que tratar para vaginitis + cervicitis.	Cervicitis: **Ceftriaxone** 250 mg, IM, dosis única + **Doxiciclina** 100 mg, VO, 2 v/día, por 7 días o **Tetraciclina** 500 mg, VO, 4 v/día, por 7 días. En gestantes con alergia: **Gentamicina** 240 mg, IM, dosis única + **Azitromicina** 1 g, VO, dosis única.

Tabla 34. Continuación

Síndrome	Tratamiento medicamentoso	
	1.ª Opción	Otras opciones
Síndrome de dolor abdominal bajo. Tratar como enfermedad inflamatoria pélvica aguda	Tratamiento para la gonorrea: **Ceftriaxone** 250 mg, IM, dosis única. + Tratamiento de la infección por Clamidia: **Azitromicina** 1 g, VO, dosis única. Tratamiento para la infección por bacterias anaeróbias: **Metronidazol** 500 mg, VO, 2 v/día, durante 14 días. En régimen hospitalario: **Ceftriaxone** 250 mg, IM, dosis única + **Doxiciclina** 100 mg, VO o EV, cada 12 horas o **Tetraciclina** 500 mg, VO, cada 6 horas + **Metronidazol** 500 mg, VO o EV, 2 v/día: • Mantener tratamiento hasta dos días después de mejoría clínica y siempre debe continuarse con **Tetraciclina** 500 mg, VO, cada 6 horas o **Doxiciclina** 100 mg, VO, cada 12 horas a completar 14 días de tratamento; • Las parejas sexuales deben recibir iguales esquemas de tratamiento.	**Gentamicina** 1,5 mg/kg, IV, c/8 horas + **Clindamicina** 900 mg, IV, c/8 horas o **Ampicilina** 2 g, IV o IM, seguidos de 1 g, c/6 horas + **Gentamicina** 80 mg, IM, c/8 horas + **Metronidazol** 500 mg, IV, c/8 horas.

Tabla 35. Indicadores operacionales de ITS

Indicador	Cómo calcularlo	Óptimo
Casos controlados	Total de enfermos de sífilis o gonorrea controlados por 100 / Total de enfermos de sífilis o gonorrea notificados.	100 % de los pacientes diagnosticados de sífilis, gonorrea, han recibido tratamiento completo (4C) de acuerdo con lo establecido en el Programa.
Índice de contactos	Total de contactos obtenidos / Total de enfermos notificados.	Debe ser como mínimo de 3 en sífilis, 2 en gonorrea.

Tabla 35. Continuación

Indicador	Cómo calcularlo	Óptimo
Contactos sexuales de sífilis y gonorrea tratados	Total de contactos residentes en el área tratados por 100 / Total de contactos residentes en el área conocidos.	90 % de los contactos sexuales de sífilis y gonorrea residentes en el área son tratados.
Boletas viajeras concluidas	N.º de boletas viajeras concluidas por 100 / N.º de boletas viajeras recibidas.	90 %.
Serologías a gestantes en la captación	N.º de serologías realizadas a gestantes en la captación por 100 / Total de gestantes captadas.	95 %.
Serologías a gestantes en segundo y tercer trimestre del embarazo	N.º de serologías realizadas a gestantes en segundo y tercer trimestres del embarazo por 100 / Total de gestantes en segundo y tercer trimestres del embarazo.	95 %.
Serologías a gestantes en el ingreso para el parto	N.º de serologías realizadas a gestantes en el ingreso para el parto por 100 / Total de partos.	95 %.
Embarazadas con serología reactiva de 1.º vez tratadas	N.º de gestantes con serología reactiva de 1.º vez tratadas por 100 / N.º de gestantes con serologías reactivas de 1.º vez.	100 %.
Porcentaje de esposos de gestantes con pruebas de serología realizada	N.º de serologías realizadas a esposos de gestantes por 100 / N.º de esposos de gestante.	98 %.
Calidad del proceso de conclusión de VDRL reactivas	N.º de casos con serología reactiva de 1.º vez entrevistados por 100 / Total de casos con serologías reactivas de 1.º vez.	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), bancos de sangre, instituciones de las FAR y el MININT e institutos del país.

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. La evolución serológica se realizará con el mismo diagnosticador.

Prueba rápida: se utiliza como prueba de pesquisa a pesar de ser treponémica. Se recomienda su uso en muestra de sangre obtenida por punción del pulpejo del dedo o suero. No requiere de personal altamente calificado para su realización. El resultado positivo significa sífilis activa o pasada y tratada, por lo que se debe indicar al paciente que asista a un centro médico para confirmación por VDRL o RPR (algoritmo inverso).

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 que pueden volverse no detectables en meses). 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 Referencia de Treponemas y Patógenos Especiales del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (LNR/TPE-IPK).
- ELISA-IgM y Western blot-IgM solo para la confirmación de sífilis congénita. Se realizará en el LNR/TPE-IPK. Un solo resultado positivo confirma el diagnóstico. Los resultados negativos deberán interpretarse teniendo en cuenta cómo se cumplieron los protocolos de prevención en la madre junto con la clínica del recién nacido. Su negatividad no descarta sífilis congénita.

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 LNR/TPE-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 medio de cultivo de células o PBS-suero de conejo al 20 % o solución salina al 0,9 % o PBS. Esta prueba confirma sífilis y combinada con secuenciación permite el subtipaje de *Treponema pallidum* y detección de resistencia a macrólidos y tetraciclinas.

Muestras: sueros (para serología), sangre (pruebas rápidas) y LCR (neurosífilis) y exudados de lesión genital, anal, oral o ponche de piel para diagnóstico directo de la muestra mediante PCR.

En la red de laboratorios, se realiza serología con varios ensayos (ver figuras 34, 35 y 36):
• VDRL/RPR: actualmente se realiza en APS, hospitales, CMHE, en los CPHEM. TPHA solo se realiza en CPHEM para confirmar gestantes;
• Pruebas rápidas para grupos de riesgo en sitios de encuentro, consultas de ITS, hospitales maternos;
• Serología IgM y Western Blot-IgM (para confirmación de sífilis congénita en el LNR).

Figura 34. Diagnóstico de sífilis en jóvenes y adultos: procedimiento en los laboratorios de diagnóstico de sífilis (APS, ASS, ATS)

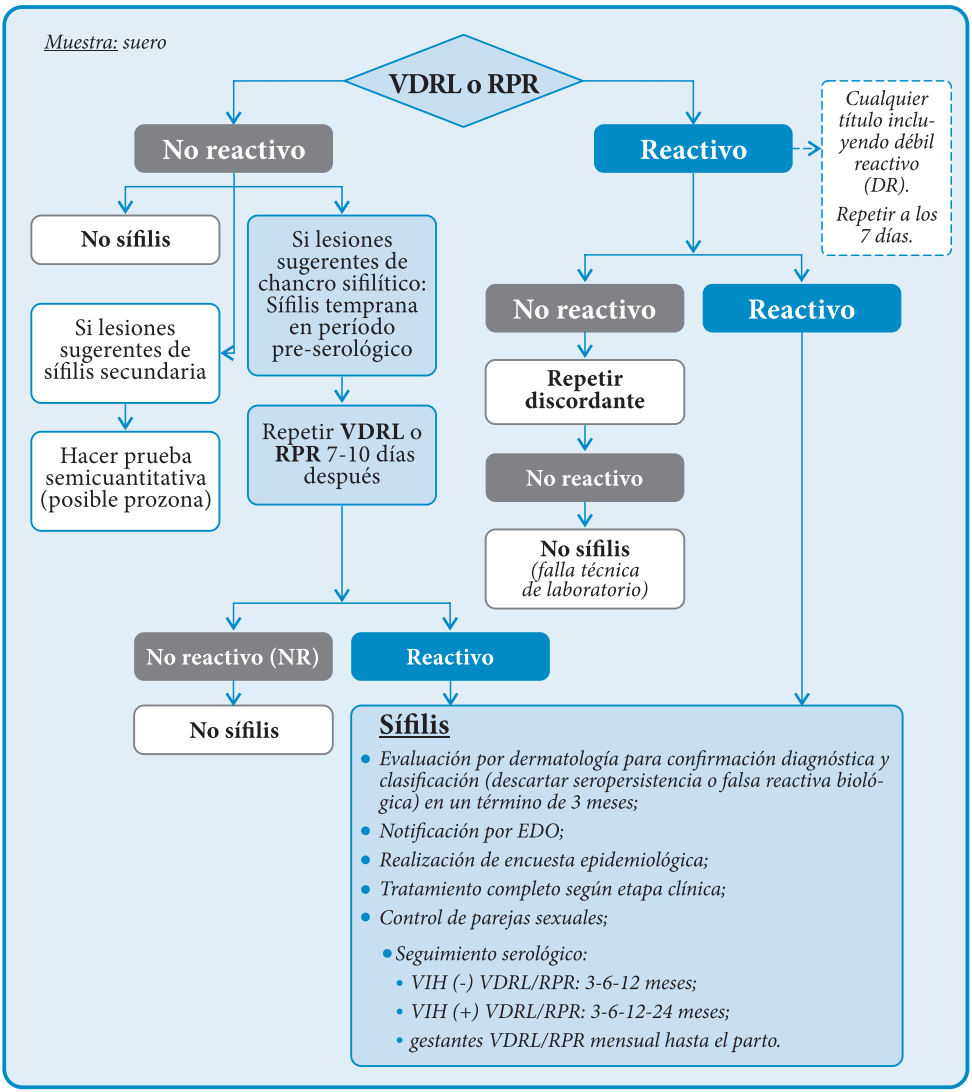


Figura 35. Diagnóstico de sífilis en gestantes: en la captación, 2do. trimestre, 3er. trimestre y antes del parto. Procedimiento en los laboratorios de diagnóstico de sífilis (APS, ASS, ATS)

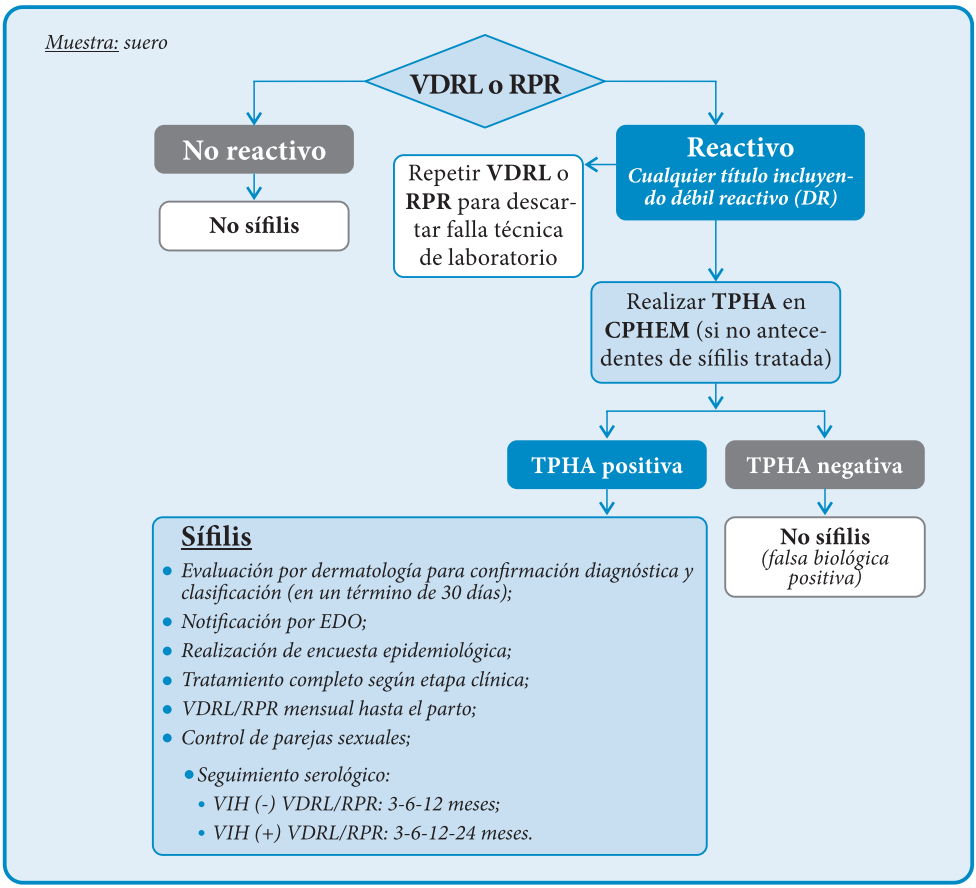
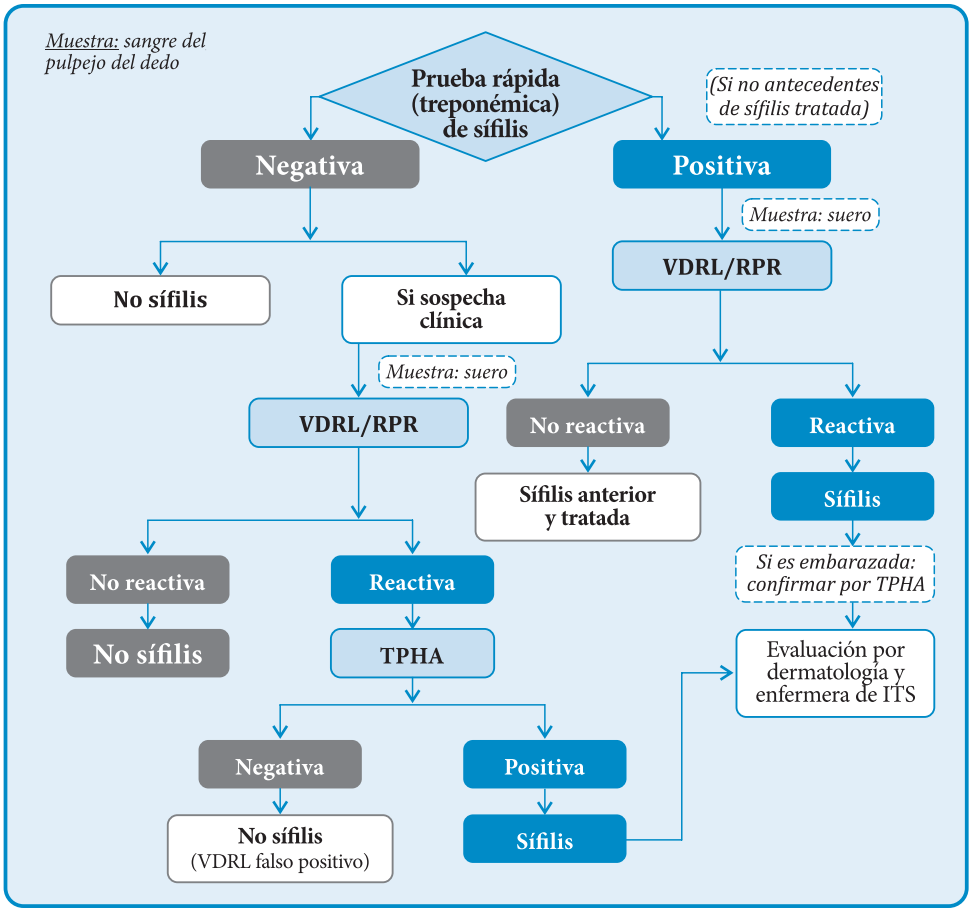


Figura 36. Algoritmo de diagnóstico de sífilis en adultos utilizando pruebas rápidas



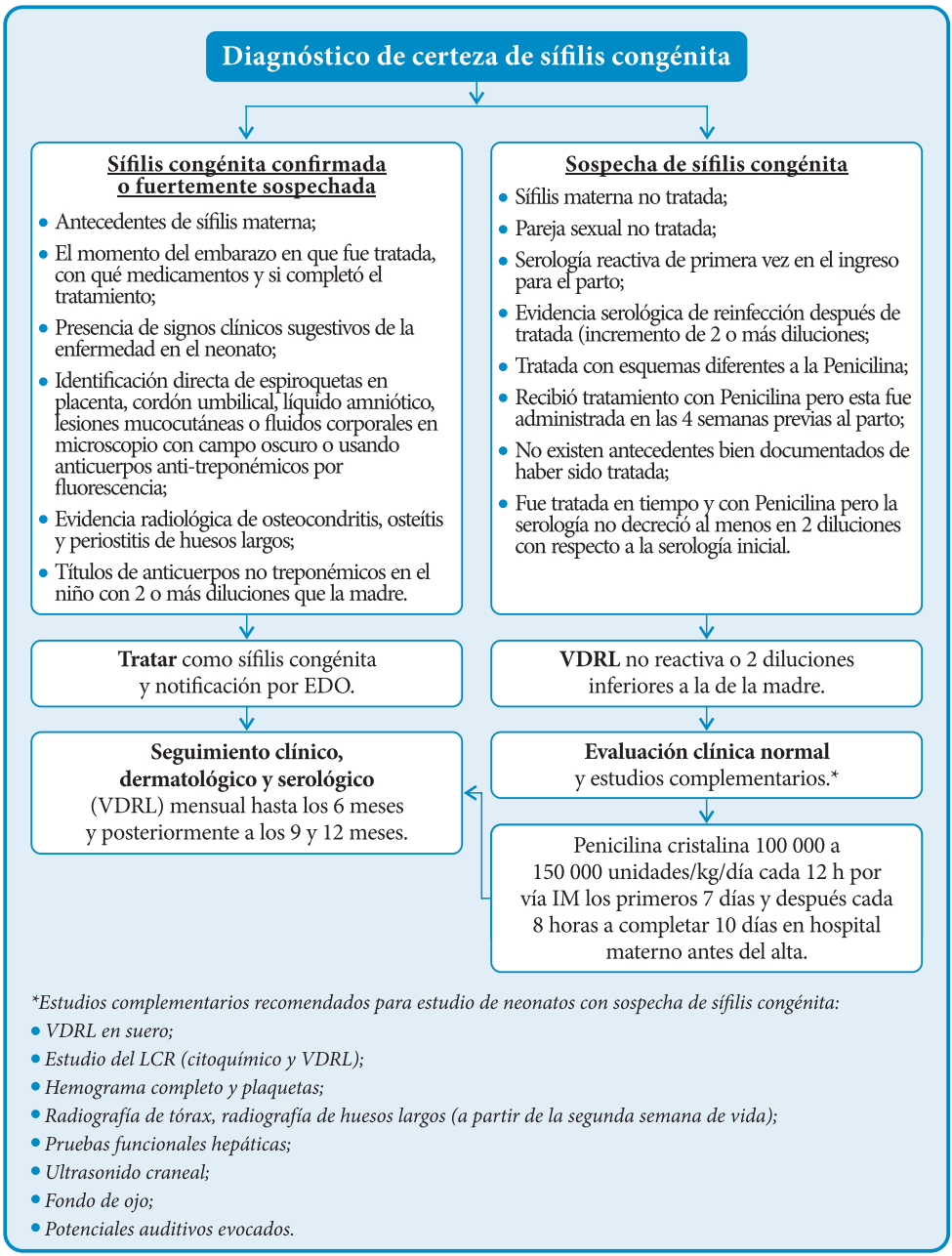
6.3.2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRES CON VDRL REACTIVA

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

1. Sífilis confirmada o fuertemente sospechada.
2. Sospecha de sífilis congénita

(Ver figura 37).

Figura 37. Algoritmo para el diagnóstico de certeza de la sífilis congénita

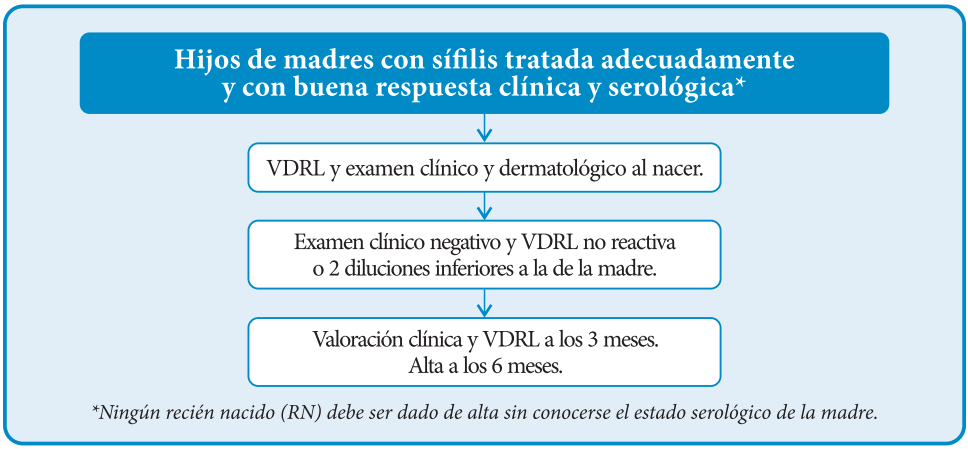


**Estudios complementarios recomendados para estudio de neonatos con sospecha de sífilis congénita:*

- *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.*

6.3.3. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN HIJOS DE MADRE CON SÍFILIS TRATADA ADECUADAMENTE Y CON BUENA RESPUESTA CLÍNICA Y SEROLÓGICA

Figura 38. Seguimiento a hijos de madres con sífilis tratada adecuadamente y con buena respuesta clínica y serológica

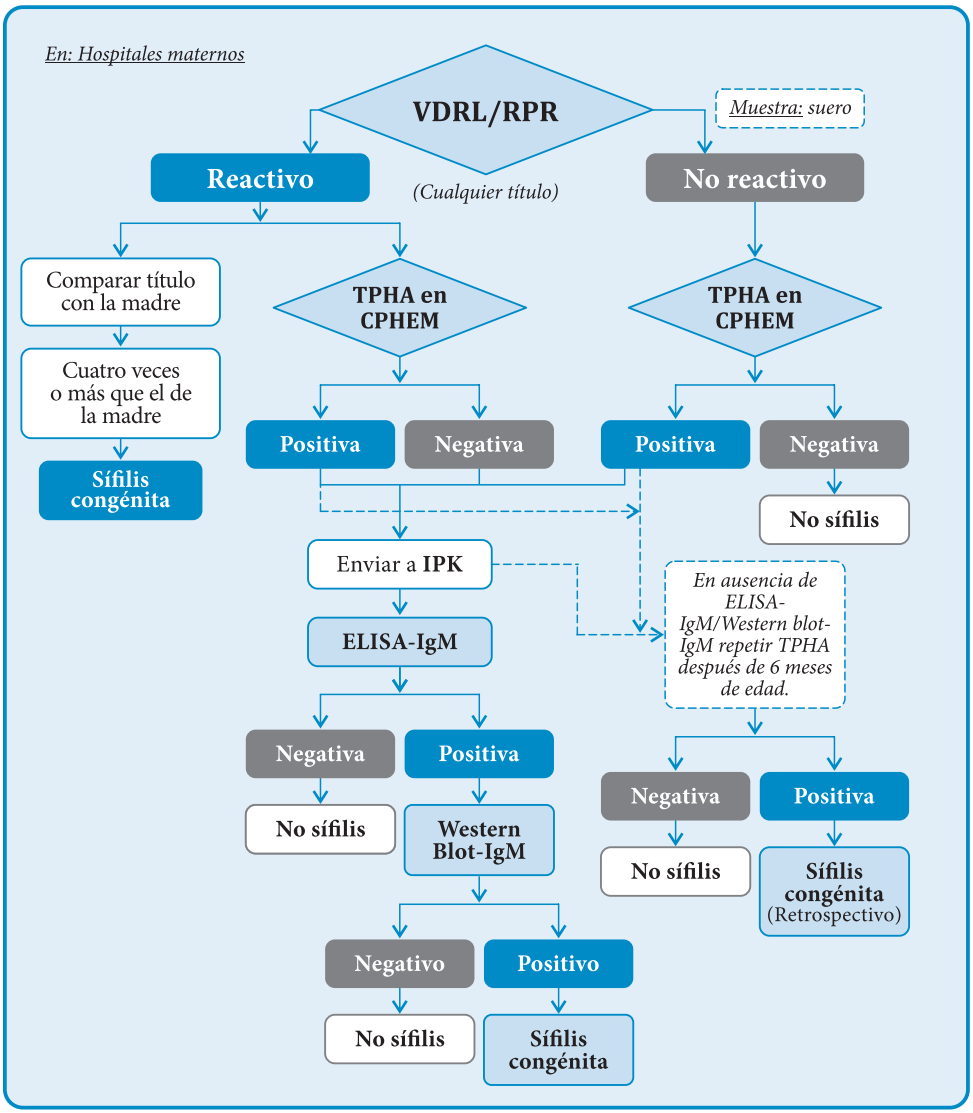


Las muestras de suero de recién nacidos sospechosos de sífilis serán remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia de Treponemas y Patógenos Especiales del IPK. Para confirmación del diagnóstico (ELISA IgM/Western blot IgM).

6.3.4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN RECIÉN NACIDOS CON SOSPECHA DE SÍFILIS CONGÉNITA

(Ver figura 39).

Figura 39. Seguimiento a recién nacidos con sospecha de sífilis congénita



1. Referencia y control de calidad

Referencia en los CPHEM

Control de la calidad a los laboratorios de la provincia con VDRL/RPR:

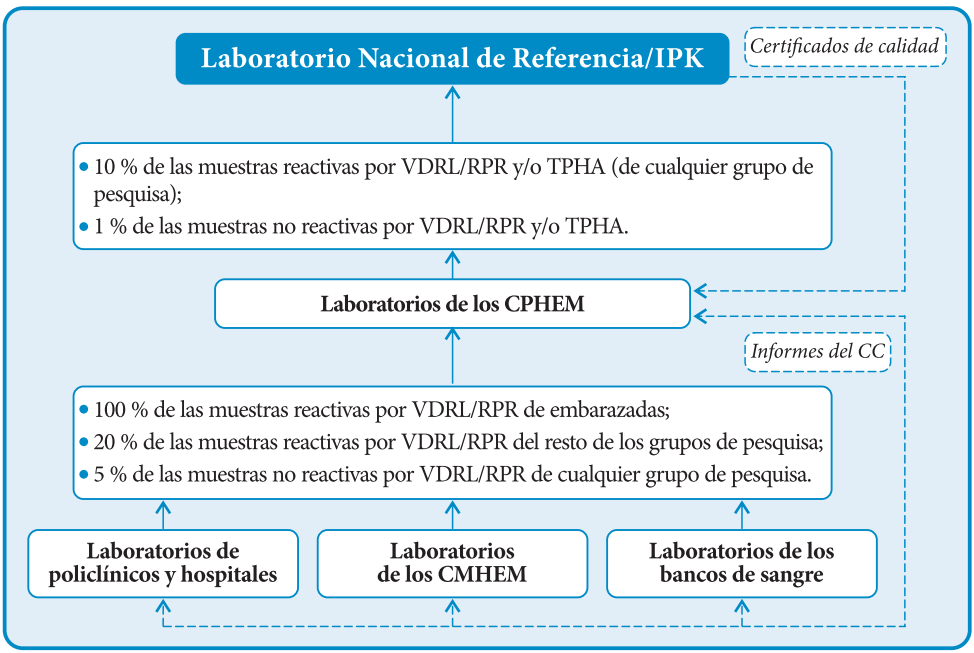
- 100 % de muestras reactivas de gestantes;
- 20 % de las reactivas de los otros grupos; y
- 5 % de las no reactivas.

Referencia en el IPK

En el IPK realiza la referencia a:

- 10 % de las muestras positivas y el 1 % de las negativas por VDRL/RPR y TPHA. Se les repite lo mismo para la exactitud de los resultados;
- 100 % de los sueros de hijos de madres positivas se confirman con ELISA-IgM y Western Blot-IgM;
- Vigilancia de la resistencia. Caracterización genotípica mediante PCR y secuencia en sueros con títulos altos (por encima de 1/16) de las muestras que se reciben para la referencia;
- 100 % de las muestras positivas de lesiones ulceradas genitales en los sitios centinelas, para diagnóstico mediante PCR y caracterización;
- 100 % casos de neurosífilis: Directamente realizar TPHA.

Figura 40. Control de la calidad (CC), diagnóstico serológico de sífilis

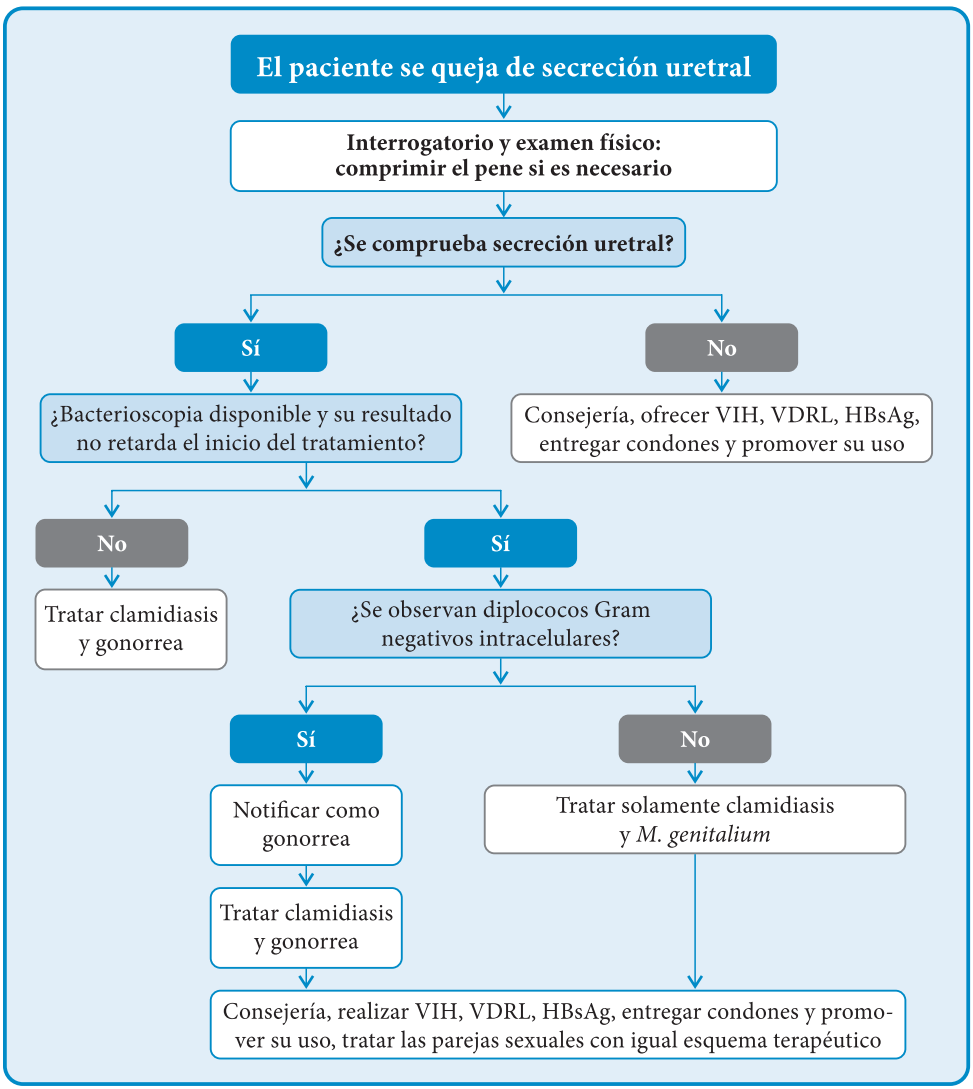


Cada muestra de suero que se envía al control de calidad estará acompañada de la siguiente información:

- 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.

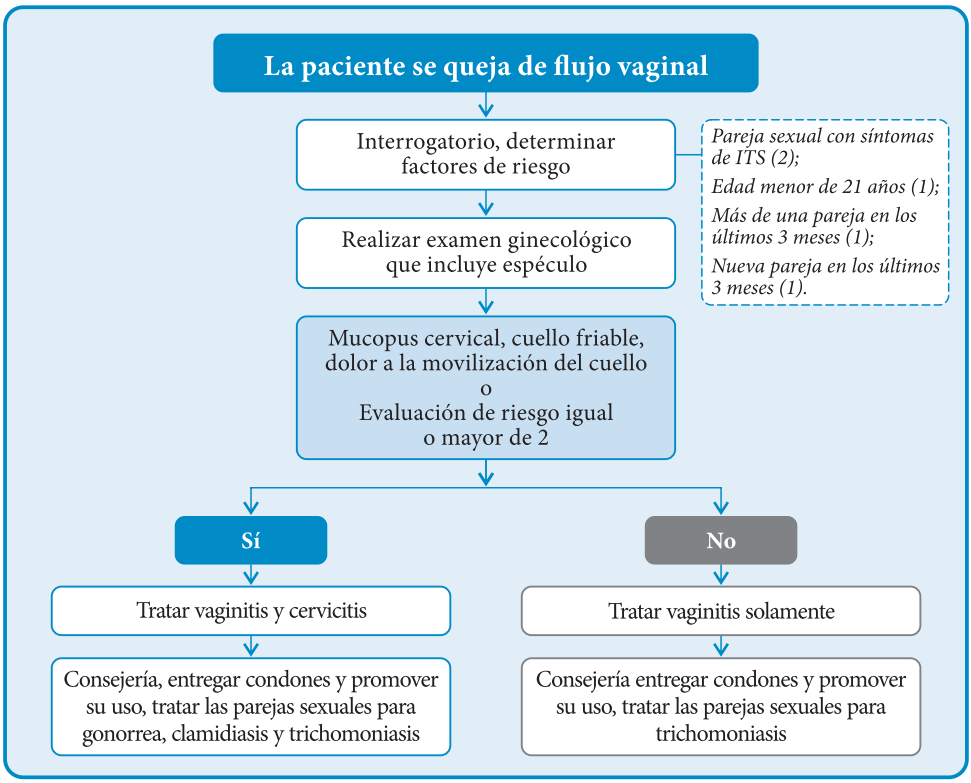
6.3.5. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL

Figura 41. Manejo del síndrome de secreción uretral



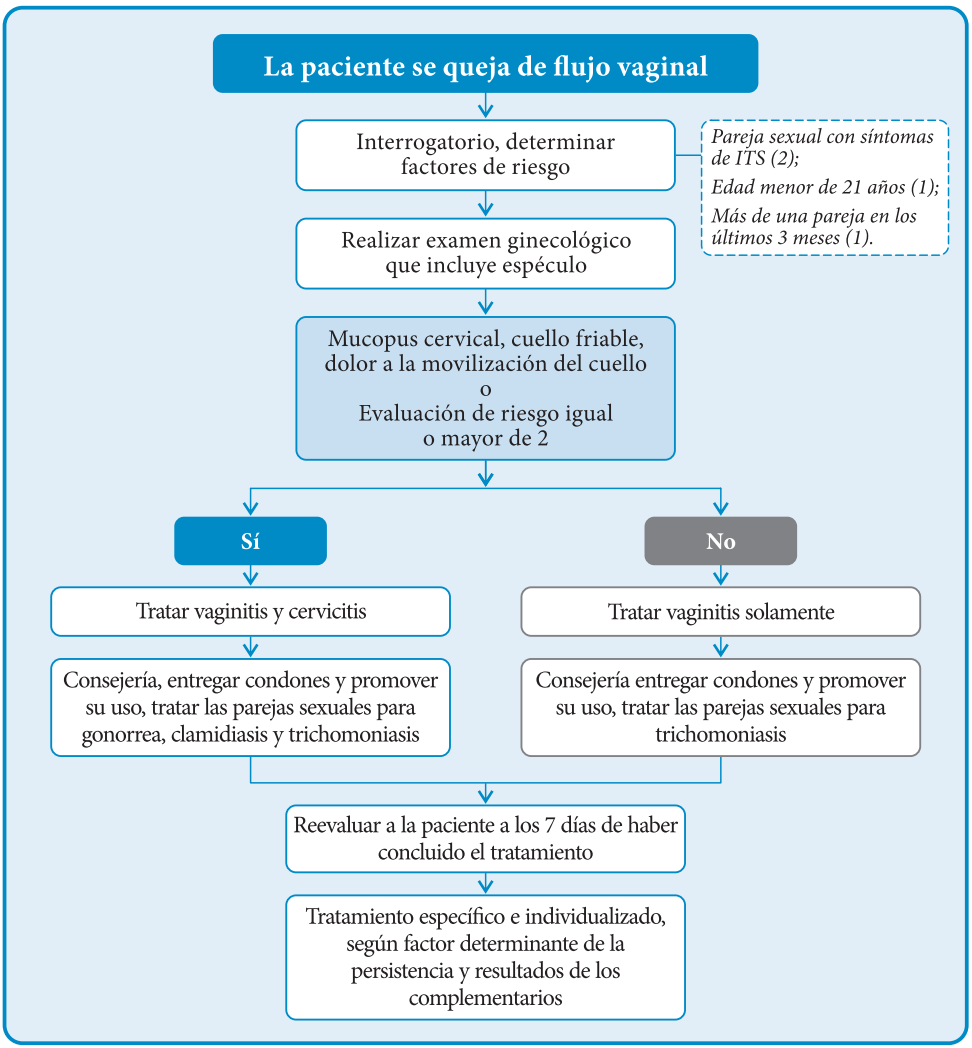
6.3.6. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

Figura 42. Manejo del síndrome de flujo vaginal



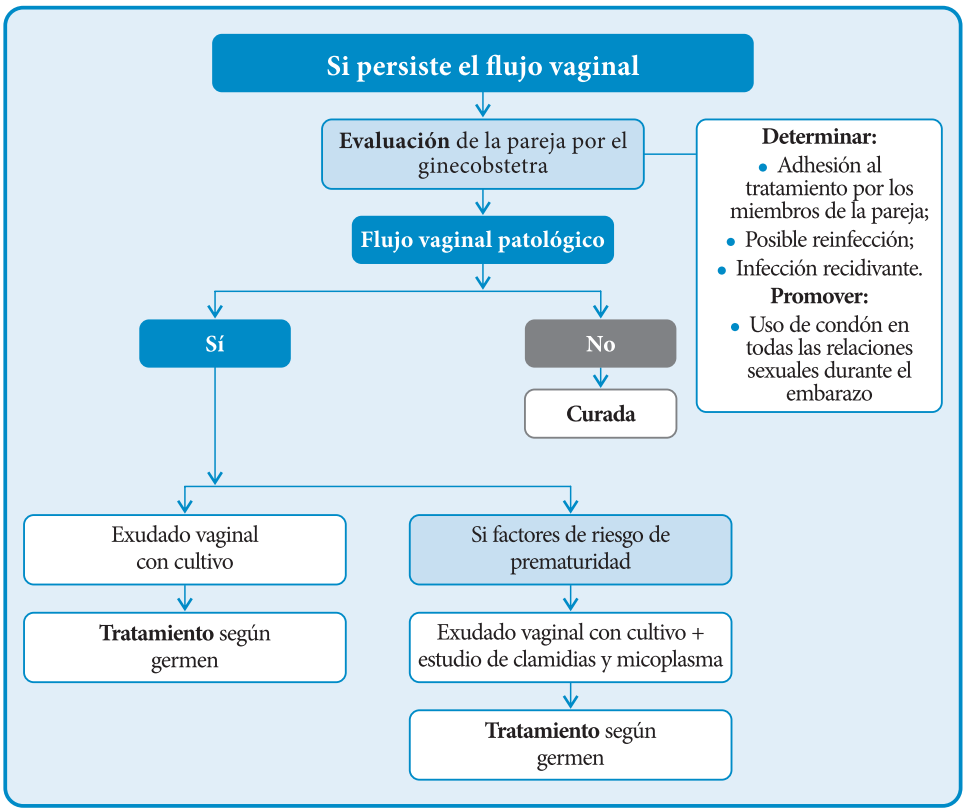
6.3.7. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL EN GESTANTES

Figura 43. Manejo del síndrome de flujo vaginal en gestantes



6.3.8. PROTOCOLO PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL PERSISTENTE EN GESTANTES YA TRATADAS SINDRÓMICAMENTE

Figura 44. Manejo del síndrome de flujo vaginal en gestantes ya tratadas sindrómicamente



Prescripción de exudado endocervical o vaginal con cultivo en embarazadas

- La indicación del exudado vaginal con cultivo y/o búsqueda de *Mycoplasma genitalium* y *Chlamydia trachomatis* 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 *Mycoplasma genitalium* y *Chlamydia trachomatis* 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

- Parto pretérmino previo y rotura de membranas espontánea, antes de las 34 semanas;
- Antecedente de pérdida gestacional tardía (mayor o igual de 17 semanas);
- Cerclaje o uso de pesario en gestación actual.

Vigilancia de la etiología de las ITS

Para la vigilancia de la etiología de los síndromes y de la resistencia antimicrobiana (RAM) de *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), existirá un área de salud en cada provincia y un hospital, preferentemente materno, en los que se realicen, con los requerimientos establecidos, investigaciones de laboratorio al 100 % de los síndromes y se realizarán estudios especiales para *Mycoplasma genitalium* y *Chlamydia trachomatis,* en unidades de salud seleccionadas por el IPK, de las regiones centrales y orientales.

***Vigilancia de la resistencia antimicrobiana de* Neisseria gonorrhoeae**

- La vigilancia será permanente durante los 12 meses del año;
- En los centros centinela se realizará exudado uretral/endocervical con tinción de Gram, que se enviarán a los CMHEM o CPHEM para cultivo y antibiograma, previo al tratamiento.
  - **CPHEM:** enviarán 10 cepas anuales como mínimo al Laboratorio Nacional de Referencia (**LNR**) del IPK.
  - **LNR del IPK:** realizará la confirmación diagnóstica de especie de los aislados enviados de una red integrada por 16 Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología y el Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología de la Isla de la Juventud, para su tipificación en fenotipos y genotipos, y la determinación de la RAM a los antibióticos empleados en la profilaxis y el tratamiento de enfermedades producidas por microorganismos patógenos, que tienen impacto en la salud pública, así como la caracterización microbiológica de los mecanismos de resistencia antibiótica.
    - » Confirmará el 100 % de los aislamientos de *N. gonorrhoeae* enviados de CPHEM/hospitales nacionales.
    - » Recibirá el 100 % de muestras positivas de los sitios centinelas y el 20 % de las negativas.

6.3.9. ABORDAJE DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN MENORES

La detección de una ITS en un niño(a) prepuberal requiere un estudio pormenorizado, en el que hay que descartar, en primer lugar y de forma exhaustiva, un abuso sexual.

La evaluación de las ITS en los niños prepuberales víctimas de un posible abuso sexual se hará de forma individualizada, sobre la base de los datos obtenidos de la historia clínica, que incluirá una detallada exploración física.

Existen peculiaridades diagnósticas de las ITS en los niños prepuberales. En niñas, no se realizan habitualmente tomas endocervicales, sino tomas de muestra vulvar y vaginal con torunda. En la actualidad, se continúan recomendando las técnicas de cultivo para *N. gonorrhoeae* (en muestra vaginal, uretral, ano-rectal y faríngea) y *C. trachomatis* (en muestra vaginal, en muestra ano-rectal y en muestra de meato uretral, en caso de supuración uretral).[26]

En caso de abuso sexual o sospecha del mismo, se solicitará la intervención de los miembros de los dispositivos de atención frente a la violencia y abuso al menor, en las áreas de salud, con el fin de asegurar:

- que el menor recibe no solo una adecuada asistencia médica, sino también psicológica y social (con la participación de servicios sociales y la derivación del paciente a los psicólogos de las áreas);
- que se notifica adecuadamente a la justicia el abuso o la sospecha del mismo, y que se utilizan las vías disponibles para poner en conocimiento de los hechos al médico forense, por si es preciso la toma de muestras, y, finalmente, que se mantiene de forma continuada la protección del menor.

Informe integral del menor

El informe debe tener:

- Elementos clínicos y epidemiológicos que corroboran el diagnóstico; debe ser entrevistado el menor en muchos casos con la presencia del psicólogo, posteriormente a la madre y al padre. Cuando la madre no coopera se hace estudio a todos los que viven en la casa, buscando al sospechoso;
- Informe social y psicológico.

Se dejará evidencias de ello en el área de salud, municipio y provincia. El médico de familia debe dar seguimiento del caso.

6.3.10. LA ENFERMERA ESPECIALIZADA EN ITS-VIH/SIDA EN EL ÁREA DE SALUD

Estructura / Posición:

Pertenecerá a la Vicedirección 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.

Perfil del cargo: Enfermera(o) en ITS y lepra en la APS.

Naturaleza del trabajo: Enfermeras que brindan atención especializada educativa, clínica, epidemiológica, y de apoyo psicológico a las personas que demanden consultas por las ITS, el VIH, las hepatitis y la lepra. Para motivar la necesidad del cambio de comportamiento sexual de riesgo, brindan educación participativa y fortalecen conocimientos para la prevención, a fin de lograr contribuir a la disminución de la incidencia de estas entidades.

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

Participa en:

- Clínica Epidemiológica (mensual);
- Reunión de Grupo Básico de Trabajo (mensual);
- Consejo de dirección del área de salud;
- Reunión técnica-administrativa;
- Reunión metodológica municipal (semanal).

Principales acciones a realizar por una enfermera de ITS-VIH/sida en un área de salud

- Participar de conjunto con el vicedirector de Higiene y Epidemiología, en el análisis del comportamiento de las ITS, el VIH y las hepatitis;
- Visitar el 100 % de los CMF del área de salud, trimestralmente;
- Revisar, en Estadísticas, hojas de cargo, el libro de EDO y manejo del SIE de ITS, analizar la información e interactuar con el resto de las partes para mejorarla, así como retroalimentar los datos programáticos;
- Orientar y desarrollar la vigilancia epidemiológica (búsqueda activa) y los controles de foco de las ITS, el VIH/sida y las hepatitis;
- Realizar la encuesta epidemiológica de los casos de ITS y VIH/sida y reentrevistar a casos confirmados de ITS y VIH que aportan pocos o ningún contacto, o aportan contactos con pocos datos;
- Participar en el estudio psicosocial en menores de 15 años con diagnóstico de ITS;
- Organizar la localización y seguimiento de contactos de ITS-VIH/sida y de los síndromes y realizar este control con la periodicidad establecida. Si entre las parejas declaradas se encuentra una gestante, se entregará la información personalmente a la enfermera de ITS-VIH/sida del policlínico en cuestión;
- Controlar la recepción y envío de boletas viajeras;
- Controlar y evaluar el cumplimiento del protocolo para la prevención de la sífilis congénita y la transmisión maternoinfantil del VIH;
- 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;
- Controlar el seguimiento inmunológico (CD4) y virológico (carga viral) de las personas que viven con el VIH, con énfasis en los que tienen TAR;
- Controlar el seguimiento de los niños nacidos de madres seropositivas al VIH, y chequear la administración de jarabe de AZT hasta las 6 semanas;
- Controlar la realización del PCR a los 30 días de nacido, a los 4 meses (toma de muestra en papel de filtro), a los 12 y los 18 meses tomar muestra para ELISA o Prueba rápida;
- 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;

- Visitar hogares maternos y maternidad de hospitales para verificar la realización de serologías y pruebas de VIH en embarazadas y sus parejas sexuales;
- Controlar y hacer el seguimiento, en conjunto con el dermatólogo, de todas las personas con serología reactiva hasta su conclusión diagnóstica;
- Supervisar el cumplimiento de protocolos del manejo sindrómico de ITS por el médico de familia, así como en otros servicios del policlínico;
- Establecer 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);
- 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 las prácticas sexuales responsables en la población;
- Organizar actividades de Hazte la Prueba, en su área de salud, dirigida a las poblaciones clave de mayor riesgo;
- Monitorear existencias de condones en los puntos de ventas (farmacias y comercio), CMF, consultas de planificación familiar, consulta de ITS, así como visitar la farmacia donde se dispensan los ARV para monitorear abastecimiento, y sistematicidad de la recogida por los pacientes;
- Supervisar el cumplimiento de la quimioprofilaxis Anti-tuberculosis con Isoniacida, en los casos nuevos de VIH;
- Visitar los Laboratorios SUMA-CEPAI para conciliar la información;
- Participar en la extracción de la muestra y el envío de la encuesta de segunda muestra confirmatoria de VIH a LISIDA;
- Realizar visitas de terreno para monitorear y apoyar la adherencia a la terapia ARV de las PVV;
- Chequear los contactos ocasionales con prueba de VIH cada 3 meses, en el primer año, hasta un año de la fecha de la última relación sexual. Las parejas fijas se estudiarán todo el tiempo que dure la relación (el primer año cada 3 meses y en lo sucesivo cada 6 meses). En caso de terminarse la relación de pareja, se concluye el seguimiento un año después de terminada la relación;
- Conocer los sitios de encuentro de los grupos de población clave y las características de estos lugares, y orientar y asesorar a los promotores, en la realización de actividades educativas que se programen en ellos;
- 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;
- Visita de terreno a seropositivos al VIH y seguimiento de los egresos hospitalarios;
- Contribuir junto con el resto del equipo de salud en la plena inserción social de las PVV y trabajar por incorporarlas a un Equipo de Ayuda Mutua, y a todas las actividades de prevención y promoción que se realizan en la comunidad;

- Trabajar en conjunto con el EBS, en función de la familia y la comunidad, para evitar discriminación y estigmatización de las PVV;
- Localización y control de los donantes reactivos a HBsAg y/o Anti-VHC para ser evaluados por el epidemiólogo del área de salud, el cual remitirá al gastroenterólogo para definir conducta;
- Mantener el control y seguimiento de todas las gestantes reactivas a HBsAg;
- Mantener el control de los hijos de madre con HBsAg, que se realicen los estudios periódicos en el IPK (18 meses);
- Verificar en los CMF que esté dispensarizada la población de riesgo de ITS-VIH, lepra y hepatitis B y C;
- Indicar a los contactos de ITS los estudios de HBsAg y/o Anti-VHC;
- Mantener informado sobre la marcha del programa al vicedirector de Higiene y Epidemiologia, y la vicedirección de enfermería del área.

Acciones a desarrollar para el programa de ITS en hospitales

- Participar en el diagnóstico de VIH de pacientes ingresados con sospecha clínica de VIH/sida. Garantizar que se deriven las muestras para el CPHEM y establecer vías de comunicación rápidas y viables para transmitir/recibir información con el CPHEM;
- Revisar diariamente la libreta de control de serologías reactivas del Laboratorio Clínico y de inmediato las historias clínicas en los que se haya detectado la serología reactiva;
- Verificar el cumplimiento de los protocolos en los pacientes que se diagnostiquen con sífilis y blenorragia;
- Derivar al área de salud correspondiente todo resultado positivo en el laboratorio del hospital o todo caso confirmado de ITS;
- Verificar el cumplimiento del examen endocervical para cultivo y directo en busca de blenorragia, en pacientes que consulten por IPA o dolor el bajo vientre;
- Monitorear la realización de los test de clamidias y micoplasmas, en los servicios hospitalarios;
- Recolectar y tabular los datos primarios para el sistema de información estadístico.

Actividades específicas a desarrollar en hospitales ginecobstétricos (además de las funciones generales)

- Revisar diariamente las historias clínicas (HC) de los ingresos para conocer el cumplimiento de la realización de la serología VDRL, en el ingreso para parto;
- Revisar los carnés obstétricos de las gestantes ingresadas para comprobar la realización en los tres trimestres del embarazo de la serología para VDRL y VIH, su indicación en caso de que no esté reflejado;
- Participar junto con el obstetra y el dermatólogo en la interconsulta, para el 100 % de las embarazadas, puérpera o recién nacido con serología reactiva;
- Aplicar el tratamiento a toda gestante con serología reactiva;

- Verificar que a todas las interrupciones de embarazo se les realicen serologías y exudado endocervical y que se registre nombre y dirección, y carné de identidad, para su posterior control si son positivos;
- Vigilar que el laboratorio envíe a las embarazadas o puérperas con serología reactiva, y al recién nacido de madre con esta condición, al laboratorio de referencia (CPHEM), para la realización del TPHA y posterior retroalimentación de los resultados.

6.4

HEPATITIS VIRALES

6.4.1. PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA DE HEPATITIS

1. Organización del sistema de vigilancia

- Se realizará la vigilancia de caso de hepatitis B y C agudas y crónicas;
- La notificación la realiza el especialista de Gastroenterología que hace el estudio y confirma el caso;
- Los casos confirmados se reportan a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO);
- El Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis del MINSAP controlará la calidad de los datos de las encuestas epidemiológicas, los partes y reportes periódicos;
- Los especialistas responsables del programa a nivel provincial son los encargados de que, a nivel local, se realicen la investigación epidemiológica de cada caso y las acciones de control de foco, en un término no mayor de 30 días, después de la confirmación del caso. Es indispensable la participación del área de salud correspondiente;
- El Departamento de estadísticas de los CPHEM es responsable de reportar mensualmente a la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP la cantidad de pruebas realizadas según grupos de pesquisa;
- El IPK es responsable de realizar los estudios a niños de madres con HBsAg positivo, a los fallos hepáticos agudos, la vigilancia molecular para buscar mutantes de escape a la vacuna y los brotes de hepatitis en servicios de hemodiálisis, además, de devolver a las provincias los resultados correspondientes;
- Los laboratorios regionales de Biología Molecular, donde se realiza carga viral de hepatitis B y C, reportarán al MINSAP, y a las provincias, la cantidad de pruebas que realizan y sus resultados;
- Las provincias enviarán al MINSAP periódicamente la información programática que utiliza el programa para monitorear los eventos sujetos a vigilancia;

2. Eventos sujetos a notificación y vigilancia

- Pruebas de HBsAg y Anti-VHC realizadas;

- Casos de hepatitis B y C agudas y crónicas;
- Casos tributarios de tratamiento;
- Hepatitis C aguda en los servicios de hemodiálisis;
- Brotes de hepatitis viral en los servicios de hemodiálisis;
- Coinfección VIH/VHB/VHC;
- Embarazadas con HBsAg positivo en cualquier período de su gestación;
- Nacimientos de hijos de madres con HBsAg positivo;
- Seguimiento clínico y de laboratorio de hijos de madres con HBsAg positivo;
- Investigación de casos de hepatitis B en población inmunizada (vigilancia molecular para buscar mutantes de escape a la vacuna);
- Etiología de los casos graves o fallo hepático fulminante (FHF);
- La infección por hepatitis virus D (VHD) o coinfección VHB/VHD;
- Casos con cirrosis hepática o hepatocarcinoma atribuibles a hepatitis B y/o C;
- Muertes por cirrosis hepática o hepatocarcinoma atribuibles a hepatitis B y/o C;
- Cobertura de vacuna de hepatitis B.

3. Fuentes de información de la vigilancia de hepatitis

- Partes y reportes periódicos de provincias;
- Registros de pruebas serológicas de hepatitis que se realizan en la red de Laboratorios SUMA;
- Registros de los laboratorios regionales para estudio con carga viral;
- Registros y reportes del laboratorio de hepatitis del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK);
- Datos del Sistema tecnología SUMA;
- Datos del Sistema de defunciones (registro de fallecidos);
- SIE de consulta externa (captaciones de embarazo);
- SIE de nacimientos;
- SIE de vacunación;
- SIE de enfermedades de declaración obligatoria;

4. Grupos de pesquisa de hepatitis B y C

Se definen como grupos de pesquisa, aquellos grupos de población sobre los que por interés epidemiológico se realizan las acciones de búsqueda de casos de hepatitis B y C. Los datos de la pesquisa serológica de hepatitis fluyen desde la red de Laboratorios SUMA del país transitando por los departamentos municipales y provinciales de estadísticas hasta la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

Donantes: en este grupo se clasifican las pruebas serológicas de HBsAg y Anti-VHC realizadas a las donaciones de sangre.

Gestantes: se clasifican en este grupo las pruebas serológicas de HBsAg y Anti-VHC que se realizan a las embarazadas como parte del protocolo de prevención de la TMI.

No Donantes: se clasifican en este grupo las pruebas serológicas de HBsAg y Anti-VHC realizadas al resto de la población. Dentro de este grupo se encuentran subgrupos de interés epidemiológico:

- *Niños nacidos de madres con diagnóstico de sífilis, VIH y hepatitis B;*
- *Personas con discapacidad;*
- *Parejas sexuales de personas con ITS, VIH y hepatitis B y C;*
- *Pacientes que han sido multitransfundidos;*
- *Receptores de sangre y productos sanguíneos, tejidos y órganos (VHB y VHC);*
- *Pacientes con necesidad de terapia de reemplazo renal del tipo hemodiálisis (VHB y VHC);*
- *Hemofílicos (VIH, VHB y VHC);*
- *Profesionales de la salud expuestos al contacto con sangre o fluidos corporales (VHB y VHC);*
- *Las personas con coinfecciones:*
  - *Hepatitis B y C combinadas;*
  - *Hepatitis víricas y tuberculosis; y*
  - *VIH y hepatitis víricas.*

5. Vacunación contra hepatitis B

La principal medida de prevención de la hepatitis B está determinada en la utilización de la vacuna contra la enfermedad. En nuestro país, se utiliza la vacuna recombinante Heberbiovac.

A quiénes vacunar:

- Recién nacidos;
- Profesionales de la salud y estudiantes del sector expuestos al contacto con sangre o fluidos corporales;
- Trabajadores de otros sectores expuestos a riesgo ocupacional;
- Diagnosticados con ITS, VIH;
- Parejas sexuales de personas con ITS, VIH y hepatitis B y C;
- Diabéticos, hipertensos, personas con insuficiencia renal crónica;
- Colaboradores de la salud que viajan a países con alta endemicidad de hepatitis B;
- Personas con discapacidad en unidades cerradas y trabajadores de estos centros;
- Pacientes que han sido multitransfundidos;
- Hemofílicos;
- Receptores de sangre y productos sanguíneos, tejidos y órganos (VHB y VHC);
- Pacientes con necesidad de terapia de reemplazo renal del tipo hemodiálisis;
- Soldados y otros militares en servicio activo;
- Reclusos, guardias y otros empleados de prisiones,
- Grupos de población clave de ITS y VIH (personas transgénero, HSH, PPST).

a) Vacunación a recién nacidos

- En las primeras 24 horas de nacidos se aplica:

  - » 1.ª dosis de vacuna Anti-hepatitis B;
  - » Dosis: 0,5 ml de 10 mcgs de vacuna Heberbiovac;
  - » Vía de administración: intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo;
- A los 2-4-6 meses de edad, vacuna combinada Penta Valente con reactivación a los 18 meses:
  - » Vía de administración: intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo.

b) Vacunación a hijos de madres con HBsAg positivo

- En las primeras 24 horas de nacidos se aplica:
  - » Inmunoglobulina Hiper inmune Anti-hepatitis B, dosis única;
  - » Dosis: 0,5 ml de 100 UI/ml;
  - » Vía de administración: intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo en sitio diferente a la vacuna;
  - » 1.ª dosis de vacuna Anti-hepatitis B;
  - » Dosis: 0,5 ml de 10 mcgs de vacuna Heberbiovac;
  - » Vía de administración: intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral del muslo.

Esquema 0-1-2-12 meses

- Se vacunarán con BCG a los tres meses de nacido y se reactivarán a los 18 meses con DPT y Hib. El resto de las vacunas según esquema nacional aprobado.

c) Mayores de 10 años y adultos con criterios para ser vacunados

- Antes de aplicar vacuna Anti-hepatitis B se realizarán estudios de HBsAg e IgG Anti-HBc;
- Si resultan negativos se aplicará vacuna Anti-hepatitis B;
- Se utiliza la dosis de 20 mcgs:
  - » Dosis: 1 ml (20 mcgs) de vacuna Heberbiovac.
  - » Vía de administración: intramuscular en región deltoidea.

Esquema: 0-1-6 meses

- Se reflejará en la historia epidemiológica o ficha familiar, se entregará una constancia de la vacunación.

d) Pacientes con necesidad de terapia de reemplazo renal del tipo hemodiálisis

La vacuna a aplicar es de 20 mcgs intramuscular en región deltoidea teniendo en cuenta los posibles escenarios:

- Si el paciente tiene un esquema 0-1-6 meses con dosis simples de 20 mcgs, se le aplicará una reactivación con dosis doble de 40 mcgs;

- Si el paciente no ha sido vacunado antes de entrar en el servicio por el diagnóstico tardío de la IRC, se iniciará en este el esquema con dosis doble, 40 mcgs, con intervalos 0-1-5-6 meses;
- Todos los pacientes en diálisis recibirán una dosis doble de 40 mcgs como reactivación anual;
- Las vacunas recibidas por el paciente tanto en la atención primaria como hospitalaria serán reflejadas en la carátula de la microhistoria de diálisis.

6. Búsqueda de casos, comunicación del diagnóstico y continuidad de la atención

- La prueba de HBsAg y Anti-VHC podrá indicarse en todos los servicios de salud y unidades del sistema penitenciario;
- Las áreas de salud, a través del médico de familia, realizarán la identificación de su población vulnerable y/o con riesgos para hepatitis virales y organizarán la búsqueda de casos mediante la indicación el HBsAg y el Anti-VHC a los diferentes grupos de población que atiende, con énfasis en las gestantes y sus parejas, grupos clave y vulnerables de su comunidad;
- 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;
- En caso de resultados positivos, el médico de la atención primaria de salud remitirá al paciente a la consulta de Gastroenterología que corresponda a su territorio para definir conducta y tratamiento si lo requiere;
- El especialista en Gastroenterología es responsable de la contrarreferencia del caso a la APS, donde será dispensarizado para seguimiento.

Tabla 36. Búsqueda de casos de hepatitis con pruebas de HBsAg y Anti-VHC

A quiénes indicar prueba de hepatitis	Periodicidad HBsAg	Periodicidad Anti-VHC	Dónde
Donantes de sangre	Cada vez que realicen donación de sangre	Cada vez que realicen donación de sangre	En el banco de sangre
Diagnosticados con VIH o ITS y sus parejas sexuales	Al diagnóstico y vacunar si HBsAg negativo y Anti-HBs < 10	Al diagnóstico y posteriormente una vez al año	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería
Grupos de población clave para ITS y VIH (HSH, transgéneros, PPST y sus parejas sexuales)	Al diagnóstico, y vacunar si HBsAg negativo y Anti-HBs < 10	Al diagnóstico y posteriormente una vez al año	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería, planificación familiar, servicios externos de hospitales, consultas infantojuveniles
Embarazadas y sus parejas sexuales	Primer trimestre o primera consulta prenatal y vacunar si HBsAg negativo y Anti-HBs < 10	No procede	CMF

Tabla 36. Continuación

A quiénes indicar prueba de hepatitis	Periodicidad HBsAg	Periodicidad Anti-VHC	Dónde
Pacientes con necesidad de terapia de reemplazo renal del tipo hemodiálisis	Mensual	Mensual	Servicios de hemodiálisis
Pacientes con síntomas sugestivos de infección por virus de hepatitis	A juicio médico	A juicio médico	Cualquier servicio de salud
Nacidos antes de 1990	1 vez en la vida (si pertenecen a grupo vulnerable/prioritarios vacunar si HBsAg negativo y Anti-HBs < 10)	Anual	Cualquier servicio de salud
Contactos de personas con serología positiva	1 vez (y seguimiento a 6 meses si pertenecen a grupo vulnerables/ prioritarios vacunar si HBsAg negativo y Anti-HBs < 10)	1 vez (y seguimiento a 6 meses)	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería
Resto de los grupos vulnerables para hepatitis	1 vez (y seguimiento a 6 meses si pertenecen a grupo vulnerables/ prioritarios vacunar si HBsAg negativo y Anti-HBs < 10)	Anual	CMF, consulta de ITS, servicios de consejería, planificación familiar, servicios externos de hospitales

6.4.2. PROCEDIMIENTO ANTE SEROLOGÍAS DE HEPATITIS B Y C REACTIVAS

- Los resultados reactivos de pruebas de HBsAg pueden proceder de bancos de sangre (la persona donó sangre y resultó reactiva) o de los Laboratorios SUMA donde se procesaron tras haber sido indicadas en policlínicos, hospitales u otras unidades de salud;
- Los procedentes de policlínicos se reciben en los laboratorios clínicos y este los deriva a los CMF de procedencia e informan de los reactivos al vicedirector de Higiene y Epidemiologia del policlínico;
- Los departamentos de higiene y epidemiologia de las áreas de salud son responsables de la localización (por la enfermera especializada en ITS-VIH/sida).
- Su localización y estudio se realizará en un término no mayor de 30 días;
- Se les ofrecerá información acerca de la prueba y la importancia de su estudio para confirmación, para lo cual será derivado a la consulta de Gastroenterología que atiende las hepatitis en su territorio, con un resumen de historia clínica que incluya los datos epidemiológicos de interés y los resultados de los estudios realizados;
- Según criterio médico, evaluar e incluir tamizaje de hepatitis A.

Definiciones de caso

a) Hepatitis B aguda

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Criterio Clínico: Persona con una aparición paulatina de los síntomas (fatiga, dolor abdominal, inapetencia, náuseas y vómitos intermitentes), o al menos fiebre, ictericia, niveles elevados de aminotransferasa sérica;
- Criterios de laboratorio: Antígeno de superficie positivo al VHB y respuesta de anticuerpo específico IgM contra el antígeno central del virus de la hepatitis B (IgM Anti-HBc);
- Criterios epidemiológicos: una relación epidemiológica por transmisión de persona a persona (contacto sexual, transmisión vertical o transmisión hemática u otro proceder parenteral).

Caso confirmado de hepatitis B aguda: Persona que cumple los criterios anteriores y los analíticos (serología y bioquímica).

b) Hepatitis B crónica

- Infección B crónica: infección persistente del virus de la hepatitis B
  - HBsAg positivo por más de 6 meses;
  - Presencia de más de 10^7 UI/ml del ADN-VHB;
  - ADN-VHB detectable;
  - Transaminasas normales.
- Hepatitis B crónica: actividad necro inflamatoria del hígado causada por la infección persistente del virus de la hepatitis B
  - HBsAg positivo por más de 6 meses;
  - Presencia de entre de 10^4 y 10^7 UI/ml del ADN-VHB;
  - Elevaciones persistentes o intermitentes de las transaminasas;
  - Biopsia hepática que muestra hepatitis crónica con actividad necro inflamatoria con o sin fibrosis. (Solo en caso de dudas diagnósticas y a criterio del gastroenterólogo).
  - APRI o FIB4 (si está disponible la elastografía).

c) Hepatitis C aguda

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios clínicos: enfermedad aguda con aparición diferenciada de síntomas (por ejemplo náuseas, anorexia, fiebre, malestar general y dolor abdominal) más la presencia de ictericia o alanina aminotransferasa (ALAT) sérica elevada (> 400 UI/l).
- Criterios epidemiológicos: antecedentes de exposición en un período menor de 3 meses.
- Criterios de laboratorio: serología negativa previa o seroconversión**,** niveles elevados de transaminasa sérica, o detección de anticuerpos contra el virus de hepatitis C (Anti-VHC positivo) o detección de ARN-VHC.

- En caso de pacientes en servicios de diálisis, cuando comience a elevarse la curva de transaminasa o se detecte Anti-VHC positivo.

Caso confirmado de hepatitis C aguda: Persona que satisface los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio.

d) Hepatitis C crónica

El diagnóstico de hepatitis C crónica debe ser hecho después de un período de seis meses.

Actividad necro inflamatoria del hígado causada por la infección persistente del virus de la hepatitis C.

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Detección de **Anti-VHC** durante más de seis meses;
- Detección de **ARN-VHC** por método de PCR.

6.4.3. PROCEDIMIENTOS PARA EL ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS B Y C

- El especialista de Gastroenterología:
  - Realizará los estudios necesarios para confirmación del caso, incluyendo estudios de Biología Molecular con ADN-VHB y ARN-VHC;
  - Notifica por tarjeta de EDO especificando si es un caso de hepatitis viral B o C, aguda o crónica;
  - Determinará si es tributario o no de tratamiento al momento del diagnóstico;
  - Informará al paciente acerca de su seguimiento posterior.
- Confecciona un resumen de historia clínica que entrega al paciente para que lo presente a su médico de familia para dispensarización y seguimiento;
- Una vez dispensarizado el caso por su médico de familia se realizan las acciones de control de foco y se concluye la encuesta epidemiológica en 30 días;
  - Se indicará HBsAg, Anti-VHC y VIH a todos los contactos sexuales del enfermo;
  - Si en la encuesta epidemiológica se obtienen antecedentes de transfusión de sangre o sus derivados en los últimos 6 meses se agregará "antecedente de transfusión" (usar la sigla CAT) y se indicará además el anticuerpo contra hepatitis C (Anti-VHC).
- El tratamiento de los pacientes será asumido por la institución hospitalaria donde radica la consulta de Gastroenterología de cada territorio;
- En casos de hepatitis virales en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC):
  - A los atendidos en servicios de hemodiálisis se les realizarán mensualmente las pruebas de HBsAg y Anti-VHC;

  - En caso de HBsAg y Anti-VHC reactivos se les interconsulta con el gastroenterólogo del hospital que atiende el servicio de hemodiálisis para realizar diagnóstico confirmatorio con ADN-VHB o ARN-VHC según corresponda;
  - Si es detectable ADN-VHB o ARN-VHC se notifica el caso por tarjeta de declaración obligatoria y se realizan las acciones correspondientes en el servicio de hemodiálisis.[27]
    - » Si positividad al VHB: aislamiento en riñón amarillo (RA) o en último turno de hemodiálisis si VHB o Coinfección B + C. Valorar con Gastroenterología el tratamiento y planificar los medicamentos a emplear.
    - » Si positividad al VHC: aislamiento en el último turno de hemodiálisis o en salones de pacientes con VHC. Valorar con Gastroenterología el tratamiento y planificar los medicamentos a emplear.

- Realizar ADN-VHB o ARN-VHC cada seis meses a todos los pacientes de hemodiálisis que son negativos en los laboratorios regionales de Biología Molecular;
- Aplicar vacuna Anti-hepatitis B a todos los pacientes al ingresar al servicio y sus reactivaciones anuales según esquema (ver vacunación contra hepatitis B).

6.4.4. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS B

Hepatitis B aguda

- Ingreso hospitalario de casos de hepatitis viral B aguda que su evolución clínica lo amerite por aparición de signos de alarma, empeoramiento del íctero, coagulopatía, trastornos de la conciencia, deterioro del estado clínico del paciente, etc.;
- A los enfermos de hepatitis B aguda se le realizará ingreso domiciliario y se interconsulta con el especialista de Medicina Interna del GBT;
- El tratamiento de los enfermos agudos no complicados será con dieta normal de 25 a 30 cal/kg/día, normosódica, normograsa y normoproteica. Tratamiento sintomático. Reposo relativo;
- Se mantendrá seguimiento clínico epidemiológico a los enfermos agudos. El paciente que el HBsAg resulte positivo más de 6 meses se considerará crónico.

Hepatitis B crónica

Objetivos del tratamiento de la hepatitis B crónica:

- Mejorar la supervivencia y la calidad de vida;
- Prevenir la progresión de la enfermedad a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular;
- Prevenir la trasmisión maternoinfantil;
- Prevenir la reactivación de la hepatitis B; y
- Prevenir y tratar las manifestaciones extra hepáticas.

Criterios de tratamiento de la hepatitis B crónica:[28]

- Cirrosis hepática compensada o descompensada con cualquier nivel detectable de ADN del VHB y sin tener en cuenta los niveles de transaminasa;
- Pacientes con ADN-VHB > 20,000 UI/ml y transaminasa dos veces por encima de valor normal deben iniciar el tratamiento independientemente del grado de fibrosis;
- Pacientes con infección crónica por VHB, definidos por transaminasa persistentemente normales y ADN-VHB elevado, pueden ser tratados si son mayores de 30 años, independientemente de la gravedad de las lesiones histológicas hepáticas;
- Los pacientes con infección crónica por VHB, HBeAg positivo o negativo y antecedentes familiares de hepatocarcinoma o cirrosis hepática y manifestaciones extrahepáticas pueden ser tratados incluso, si no se cumplen las indicaciones típicas de tratamiento.

Medicamentos a utilizar en el tratamiento de la hepatitis B crónica. Tratamiento preferencial

Análogos de nucleós(t)idos

- La administración a largo tiempo de análogos de nucleós(t)idos (NA) de alta barrera de resistencia es el tratamiento de elección independientemente de la severidad de la enfermedad hepática. Las monoterapias preferidas son Entecavir (ETV), Tenofovir Alafenamida (TAF) y Fumarato de Disoproxilo de Tenofovir (TDF);
- La Lamivudina, Adefovir y Telbivudina no se recomiendan en el tratamiento de la hepatitis crónica B;
- El tratamiento de elección es el Tenofovir (1 tableta diaria por tiempo indefinido).

Seguimiento de casos de hepatitis B crónica que se tratan con estos medicamentos

- Evaluaciones periódicas con transaminasa y ADN-VHB;
- Monitoreo renal y óseo (en casos tratados con Tenofovir);
- Vigilancia de carcinoma hepatocelular (CHC).

Criterios para interrupción de la terapia

- HBsAg negativo confirmado con o sin seroconversión Anti-HBs;
- Pacientes no cirróticos con hepatitis crónica B, HBeAg positivo, que alcanzaron seroconversión estable HBeAg / Anti-HBe detectable después de completar 12 meses de terapia de consolidación;
- Pacientes no cirróticos con HBeAg negativos que alcanzaron ADN-VHB indetectable después de 3 años o más.

Tratamiento alternativo

Monoterapia con Interferón pegylado (PegIFNa)

- Se puede considerar como una opción de tratamiento inicial para pacientes con hepatitis crónica B ligera a moderada HBeAg positivo o negativo;
- Duración del tratamiento: 48 semanas.

Seguimiento de casos de hepatitis B crónica que se tratan con Interferón pegylado

- Todos los pacientes con hepatitis crónica B deben seguir evaluaciones periódicas de recuento sanguíneo, transaminasa, hormonas tiroideas (TSH, T3 y T4), ADN-VHB y niveles de HBsAg;
- Los pacientes con hepatitis crónica B y HBeAg positivo deben seguir con evaluaciones periódicas de HBeAg y Anti-HBe;
- Los pacientes con hepatitis crónica B con respuesta virológica después de la terapia de PegIFNa deben permanecer bajo seguimiento a largo plazo debido al riesgo de recaída;
- Los pacientes con respuestas sostenidas después de terapia de PegIFNa con alto riesgo de CHC deben permanecer bajo la vigilancia aún si consiguen la pérdida de HBsAg.

6.4.5. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE CASOS DE HEPATITIS C

Seguimiento de casos de hepatitis C

- Se realizará ingreso hospitalario cuando la evolución clínica lo aconseje;
- A los enfermos de hepatitis C aguda se le realizará ingreso domiciliario y se remitirá a la consulta de Gastroenterología.

a) Hepatitis C aguda

- No se requieren medidas higiénico-dietéticas especiales. La dieta debe ser normal 25 a 30 cal/kg/día, normosódica, normograsa, normoproteíca;
- El reposo es relativo, tratamiento sintomático;
- Por la tendencia de evolución a la cronicidad de aproximadamente el 50 % de los pacientes con infección aguda (aclaramiento espontáneo) es recomendable esperar de 3 a 6 meses para comenzar tratamiento con AAD como hepatitis C crónica.

b) Hepatitis C crónica

- No se requieren medidas higiénico-dietéticas, solo la prohibición de bebidas alcohólicas;
- El tratamiento con los agentes antivirales de acción directa será indicado por el gastroenterólogo y su seguimiento se realizará en la consulta especializada;
- El objetivo del tratamiento de los pacientes con hepatitis C crónica es lograr la cura de la infección por el virus de la hepatitis C con lo que se previenen las complicaciones: fibrosis hepática avanzada, cirrosis, carcinoma hepatocelular, severas manifestaciones extra hepáticas y muerte;
- Con la terapéutica se logra una respuesta virológica sostenida (RVS) definida como el resultado indetectable de la carga viral en suero o plasma evaluada a las 12 semanas después de concluido el tratamiento, realizada por un método de Biología Molecular con un límite inferior de detección ≤ 15 UI/ml. La RVS corres-

ponde a una cura definitiva de la infección por el VHC en la gran mayoría de los enfermos;

- Deben ser tratados todos los pacientes, tanto vírgenes de tratamiento como los que tuvieron terapéuticas previas. Se incluyen los enfermos con daño hepático y los que tienen manifestaciones extrahepáticas clínicamente significativas.[29]

Medicamentos recomendados:
Sofosbuvir + **Ledipasvir:**
Disponible en tabletas que contienen 400 mg de **Sofosbuvir** y 90 mg de **Ledipasvir.**
Dosis: 1 tableta diaria durante 12 semanas.
Sofosbuvir + **Velpatasvir:**
Disponible en tabletas que contienen 400 mg de **Sofosbuvir** y 100 mg de **Velpatasvir.**
Dosis: 1 tableta diaria durante 12 semanas.
Sofosbuvir + **Daclatasvir:**
Disponible en tabletas que contienen 400 mg de **Sofosbuvir** y 60 mg de **Daclatasvir.**
Dosis: 1 tableta diaria durante 12 semanas.
Otros fármacos: GLE/PIB (**Glecaprevir** + **Priventasvir**) y SOF/VEL/VOX (**Sofosbuvir** + **Velpatasvir** + **Voxilaprevir**)

c) Tratamiento a coinfecciones

Tratamiento de la coinfección VHC/ VHB

- La coinfección por el VHB y el VHC aumenta el riesgo de carcinoma hepatocelular aunque no se conocen bien las razones de esta asociación. En el 2016 se hizo una advertencia pública de la reactivación del VHB durante el tratamiento con AAD (definida como aumento del ADN del VHB > 1000 UI/ml o la detección del HBsAg en una persona que antes era negativo), aunque esa reactivación parece ser rara es conveniente realizar pruebas del VHB antes de iniciar tratamiento para el VHC. En personas con esta coinfección puede ser apropiado evaluar si está indicado un tratamiento para el VHB e iniciar, en caso necesario, el tratamiento para el VHB antes de comenzar el tratamiento del VHC. En las personas con una enfermedad avanzada puede contemplarse el empleo de una vigilancia a intervalos regulares de la posible reactivación del VHB durante el tratamiento para el VHC. El riesgo de reactivación en las personas positivas para Anti-HBc, pero con un HBsAg negativo, es muy bajo.

Tratamiento de la coinfección VIH/VHB

- En la persona con VIH que requiere inicio inmediato de tratamiento antirretroviral y tiene carga viral de VHB elevada, se recomienda como opciones terapéuticas preferentes la combinación de TDF + FTC o 3TC y un tercer fármaco activo frente al VIH;

- Si está contraindicado el TDF, el fármaco de elección es el Entecavir ajustado según la función renal y el fracaso previo a 3TC (0,5 mg/d en pacientes sin exposición a 3TC, 1 mg/d para el resto).[30, 31]

Tratamiento de la coinfección VIH/VHC

- En pacientes VIH coinfectados con VHC, los tratamientos con agentes antivirales de acción directa deben ser utilizados de forma similar que en enfermos monoinfectados con el VHC ya que la respuesta virológica en ambos grupos es idéntica;
- Debe tenerse en cuenta la interacción con las drogas antirretrovirales para la selección de los antivirales a utilizar;
- Dentro de los ARV que no tienen interacciones con los AAD pangenotípicos recomendados para el tratamiento de la hepatitis C se encuentran el Abacavir, Dolutegravir, Raltegravir, Zidovudina, Emtricitabina/Lamivudina y Tenofovir, el resto requiere ajustes de dosis y en ocasiones se contraindica como el Efavirenz y la Nevirapina.

Tratamiento de la hepatitis C en personas con coinfección con tuberculosis[24]

La mayoría de los AAD interactúan con vías metabólicas en el hígado por lo cual provocan aumento o disminuciones de los AAD, cuando se administran simultáneamente con Rifamicinas como Rifapentina y Rifampicina; por consiguiente, debe evitarse el tratamiento simultáneo de los AAD y la TB, por lo cual se debe tratar primero la TB activa que pone en peligro la vida de un paciente en un período más corto que la hepatitis C.[32, 33]

Tratamiento de la hepatitis C en pacientes con insuficiencia renal crónica[34]

- Los pacientes con ligera a moderada insuficiencia renal (filtrado glomerular ≥ 30 ml/min) no requieren ajustes de dosis y pueden ser tratados con cualquiera de las combinaciones de los agentes antivirales de acción directa aprobados y acorde a las recomendaciones generales;
- En pacientes con severa insuficiencia renal (filtrado glomerular < 30 ml/min) o en hemodiálisis no están recomendados los regímenes basados en Sofosbuvir;
- Puede ser utilizado como alternativa en enfermos infectados con genotipo 1b:
  - (Ritonavir/Paritaprevir/Ombitasvir)* + Dasabuvir

    **Disponible en tabletas que contienen 75 mg de Paritranevir, 12,5 mg de Ombitasvir, 50 mg de Ritonavir.*

    Dosis: 2 tabletas una vez al día.

    Dasabuvir tabletas que contienen 250 mg.

    Dosis: 1 tableta dos veces al día (mañana y noche).

El daño hepático causado por el VHC puede ser acelerado por la inmunosupresión, por esta razón la terapia antiviral debe ser considerada para todos los pacientes en hemodiálisis que serán sometidos a trasplante renal, aunque también el tratamiento postrasplante es seguro y eficaz con alta probabilidad de cura.

6.4.6. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DE LA HEPATITIS B

Pesquisa de hepatitis en la atención prenatal

- Se realiza HBsAg en la captación del embarazo;
- Las muestras deben identificarse correctamente, especificando en la orden del estudio:
  - que se trata de una gestante;
  - dirección completa según residencia; y
  - fecha probable de parto.
- El laboratorio clínico que realiza las extracciones, es responsable del traslado de muestras hacia el Laboratorio SUMA correspondiente.

Ante la notificación de gestantes con HBsAg positivo:

- *El epidemiólogo del área informará de inmediato al Departamento de estadísticas del área de salud: nombre, dirección y fecha probable de parto de la gestante y se notificará el caso en el informe establecido por la Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP;*
- *La enfermera especializada en ITS-VIH/sida del policlínico localizará a la gestante y la citará a consulta con su médico de familia, quien, en un período de 15 días, garantizará concluir su estudio;*
- *EL MF indicará otra muestra (segunda extracción de sangre) que se nombrará "Muestra de verificación" y se enviará de forma inmediata al Laboratorio SUMA que corresponde para ese policlínico. La toma de esta muestra puede realizarse en el laboratorio clínico del policlínico o en el propio Laboratorio SUMA donde se procesó la reactiva;*
- *Si resulta positiva nuevamente, se remite a interconsulta con Gastroenterología, donde se indica estudio de ADN-VHB y se envía al laboratorio regional de Biología Molecular para su estudio;*
- *Una vez concluido el estudio, el gastroenterólogo define la conducta a seguir con la gestante según protocolo.*
- *Se reflejará en todos los documentos (HC de la gestante y su carnet obstétrico) la positividad al HBsAg. Este último lo presentará la embarazada en el momento del parto en el hospital para garantizar la vacunación en las primeras 24 horas y administración de Gamma Globulina Hiperinmune B.*

6.4.7. MANEJO DE LA GESTANTE CON HEPATITIS B EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS

Medidas preconcepcionales para la paciente con hepatitis B que desea quedar embarazada[9]

- Las mujeres infectadas con el virus de la hepatitis B deben consultar al especialista en Gastroenterología que le corresponde por su área de salud para evaluar el estado de su enfermedad y discutir el mejor momento para la concepción del embarazo;

- En las mujeres que planean quedar embarazadas en un futuro próximo, pero no muestran características de fibrosis hepática avanzada (F3 o F4, utilizando métodos no invasivos), la opción más racional es aplazar el tratamiento hasta el nacimiento del niño;
- Sin embargo, en las mujeres con fibrosis avanzada del hígado que planean un embarazo en un futuro próximo, el tratamiento más adecuado es PegIFNa-2A en el período de la preconcepción (es responsabilidad del médico informar a los pacientes la necesidad de usar anticonceptivos eficaces durante la terapia); [9]
- Mujeres con contraindicaciones a PegIFNa-2A deben ser tratadas con Tenofovir.

Gestante con hepatitis B y que se encuentra con terapia antiviral

- No existe contraindicación para continuar el curso del embarazo;
- Se recomienda tratar con Tenofovir (300 mg) una tableta por día.

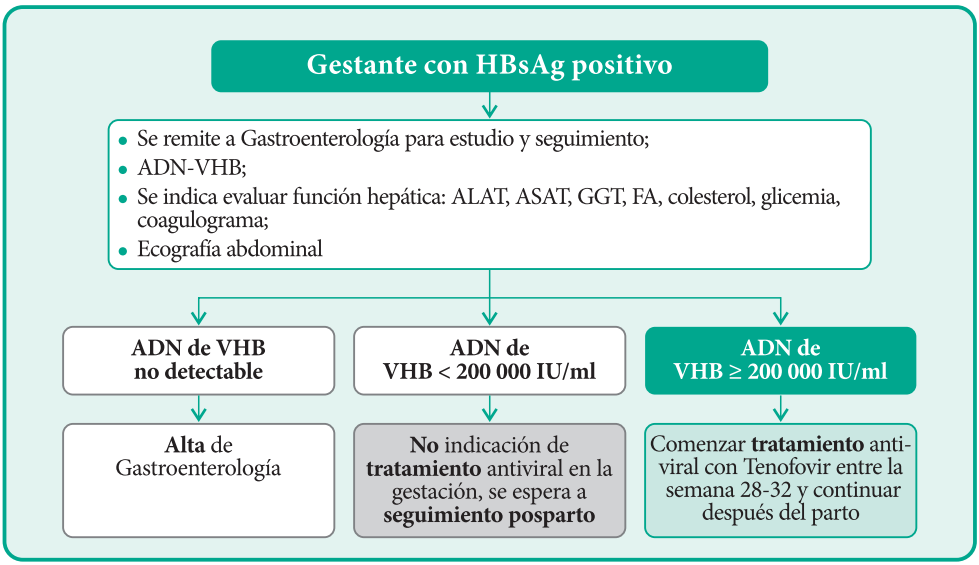
Gestante con HBsAg positivo en la pesquisa prenatal de hepatitis B

- No existe contraindicación para continuar el curso del embarazo;
- Se realiza el ensayo HBsAg confirmatorio y si da positivo se remite al gastroenterólogo del área correspondiente, donde se indica PCR (ADN-VHB), ecografía abdominal, pruebas de función hepática (ALAT, ASAT, GGT, FA, colesterol, glicemia, PT, albumina, coagulograma);
- Si el resultado del ADN-VHB > 200 000 IU/ml se indica terapia antiviral durante el embarazo en las semanas de la 28-32 con el objetivo de disminuir la transmisión perinatal;
- El tratamiento indicado es Tenofovir (300 mg) una tableta por día.

Conducta a seguir en gestantes con hepatitis B[35]

- En gestantes con hepatitis B diagnosticada antes del embarazo y recibiendo tratamiento con PegIFNa-2A, sustituir por Tenofovir;
- Las gestantes diagnosticadas con hepatitis B durante la atención prenatal:
  - Tratamiento antiviral con Tenofovir, comenzar entre 28-32 semanas de gestación y continuar después del parto.
- La cesárea no se indica debido a los datos insuficientes sobre su beneficio;
- A los hijos de mujeres HBsAg positivas se les aplicará inmunoprofilaxis con: vacunación de VHB + Gamma Globulina de la hepatitis B;
- A los recién nacidos de madres con HBsAg positivo se les realizará HBsAg a los 18 meses de edad, independientemente de haber recibido profilaxis;
- No se contraindica la lactancia materna. Estos antivirales se excretan mínimamente en la leche materna y es improbable que provoquen toxicidad significativa.

Figura 45. Manejo de la gestante con HBsAg positivo detectado en la atención prenatal

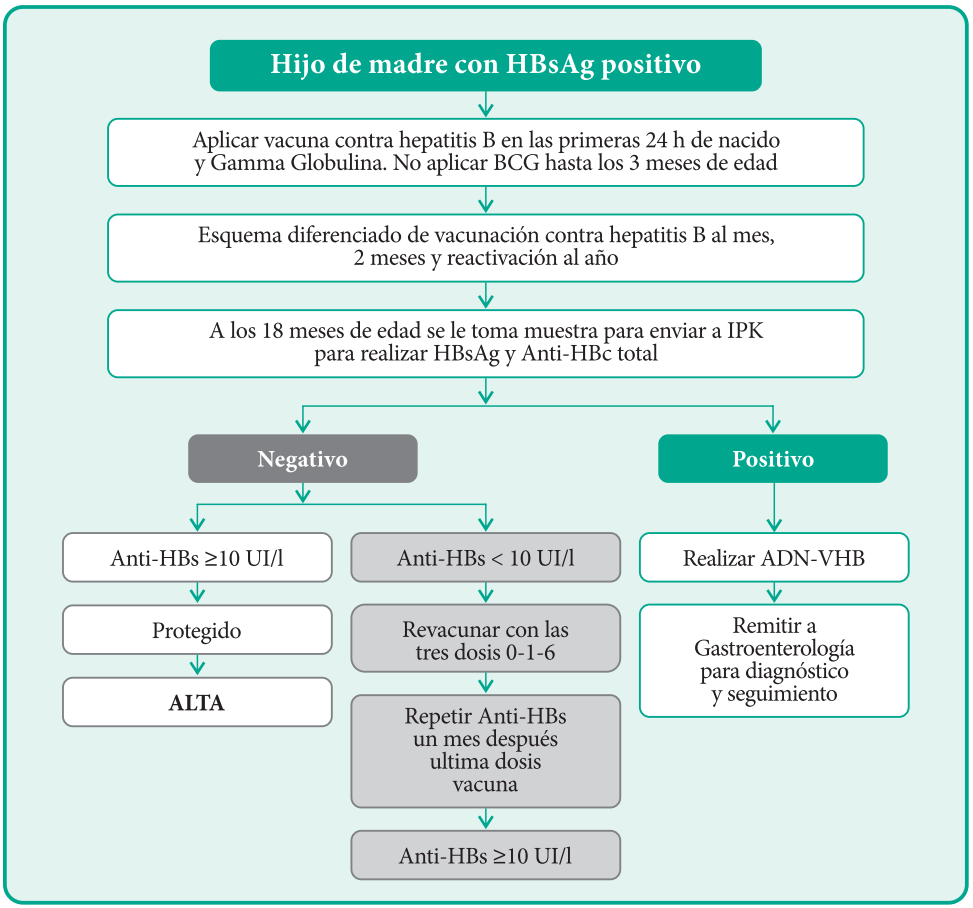


6.4.8. MANEJO DE HIJOS DE MADRES CON HBsAg POSITIVO

El objetivo del seguimiento a hijos de madres con HBsAg positivo es identificar los niños infectados y viabilizar su vinculación a los servicios de Gastroenterología donde serán estudiados, seguidos y tratados en aras de prevenir las complicaciones fundamentales de la hepatitis B: la cirrosis hepática y el carcinoma hepatocelular.

Los niños de madres HBsAg positivo reciben un esquema de vacunación diferenciado. Al completar su esquema de vacunación, se les realiza seguimiento serológico (HBsAg y Anti-HBc) posterior a la última dosis de la vacuna contra la hepatitis B, a los 18 meses de edad en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK) (figura 46).

Figura 46. Seguimiento de hijos de madres con HBsAg positivo



Si el resultado es negativo se le realiza Anti-HBs y si es ≥ 10 m/UI/ml se considera inmunizado y se les da el alta. En caso de un niño con Anti-HBs <10 m/UI/ml, se les repite esquema de vacunación y al mes de finalizar se repite nuevamente la serología con Anti-HBs y, si da ≥ 10 m/UI/ml, se le da el alta. En caso de ser HBsAg positivo se le realiza ADN para confirmar el diagnóstico, una vez confirmado se deriva al gastroenterólogo para seguimiento y tratamiento según lo requiera.

6.4.9. MANEJO DE LA GESTANTE CON HEPATITIS C EN LOS DIFERENTES ESCENARIOS

El virus de la hepatitis C no traspasa la barrera placentaria, y su transmisión, cuando ocurre, es en el período perinatal. La transmisión vertical se define convencionalmente como la persistencia de anticuerpos Anti-hepatitis C en el recién nacido por más de 12 meses.

Las tasas de transmisión vertical de la infección son del 5 %, que aumentan a 8 % cuando las pacientes son virémicas.[31, 36] Entre las condiciones que se asocian a un riesgo aumentado de transmisión, la más importante es la coinfección con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Este factor aumenta el riesgo de transmisión a un 22 %. Otro factor que aumenta el riesgo es una mayor carga viral. La lactancia materna no se relaciona al riesgo de transmisión vertical.

La vía del parto es un tema controvertido en la infección por hepatitis C. Algunos estudios han demostrado una mayor frecuencia de transmisión en parto por cesárea que vaginal (32 versus 6 %), sin embargo, probablemente esto se deba a que un gran porcentaje de estas pacientes estaban coinfectadas con VIH. En pacientes VIH negativas, el riesgo parece ser similar entre la vía vaginal y cesárea. En la práctica, se aconseja realizar cesárea solo por indicaciones obstétricas en estas pacientes.[37]

Otros factores que pueden asociarse a un mayor riesgo de transmisión del virus al recién nacido son ruptura de membranas de más de 6 horas y monitoreo fetal invasivo.

Con respecto a la vía del parto, aunque algunos recomendaban la vía alta por el supuesto mayor riesgo de contagio por las membranas rotas, la evidencia actual no ha logrado demostrar beneficio de la cesárea sobre el parto vaginal. En caso de coinfección con VIH, la vía de resolución del parto será la recomendada en el protocolo de atención a gestantes con VIH del PEN, no siendo modificado por la asociación a VHC.

La lactancia materna, a pesar de permitir paso de virus hacia el neonato, transfiere una carga viral tan baja que no es capaz de producir una infección activa, y no está, por lo tanto contraindicada. Se deben tomar precauciones en caso de existir erosiones en el pezón, por el mayor paso de virus por la sangre. La asociación de VHC con VIH se considera una contraindicación de lactancia materna por el riesgo cierto de transmitir este segundo agente.

La pesquisa prenatal de las mujeres portadoras de VHC en forma de tamizaje universal no está justificada, dada la baja incidencia en el embarazo (1 %) en países desarrollados y países con baja prevalencia del virus C en población general. Algunos países recomiendan estudio serológico en pacientes con factores de riesgo de contagio tales como: antecedente de transfusión de productos sanguíneos, uso de drogas endovenosas, antecedente de infección por VIH, antecedente de múltiples parejas sexuales, trabajadoras sexuales, aumento inexplicado de transaminasas hepáticas y pareja con infección por VHC.

Recomendaciones de la Comisión técnica nacional de hepatitis

- *No existe tratamiento antiviral específico para la hepatitis C durante el embarazo en el momento actual;*
- *No existe ninguna intervención profiláctica (inmunoglobulinas o antivirales) en el recién nacido que disminuya la probabilidad de transmisión;*
- *No debe modificarse la conducta obstétrica;*
- *Evitar la ruptura prematura de membranas prolongada;*
- *No contraindicación de la lactancia materna si no hay coinfección con VIH. Debe evitarse las lesiones del pezón que puedan producir sangrado durante las tomas.*

6.4.10. PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE DONANTES DE SANGRE POSITIVOS A LOS VIRUS DE LAS HEPATITIS B Y C

- El director del banco de sangre es responsable del cumplimiento de las indicaciones para la comunicación y registro de los donantes positivos a los virus de hepatitis B o C;
- En la consulta médica previa a la donación, se informará de forma detallada acerca de las pruebas diagnósticas para enfermedades infecciosas a la que será sometido, y se le advertirá que de resultar positivo será informado;
- En la historia clínica del donante se reflejará su teléfono, y nombre del área de salud para favorecer la celeridad de la notificación de donantes positivos;
- El banco de sangre registrará de manera permanente los donantes positivos a hepatitis B y C en un sistema de base de datos;
- Los resultados positivos los enviará utilizando el correo electrónico semanalmente a los centros o unidades municipales de higiene y epidemiología para que estos los hagan llegar a los policlínicos correspondientes;
- Los donantes positivos residentes en otras provincias serán informados a los CPHEM, en un período no superior a una semana, para que sean localizados de inmediato en sus áreas de salud, a través de la enfermera especializada en ITS-VIH/sida;
- La enfermera especializada en ITS-VIH/sida de cada área de salud recibirá el listado de los donantes reactivos, a través del epidemiólogo del área o del jefe de programa municipal, para localizar al donante;
- La enfermera especializada en ITS-VIH/sida notificará al EBS para su conocimiento;
- El EBS es responsable de remitir al paciente al especialista de Gastroenterología que atiende hepatitis en su territorio para estudio. Si es confirmado como hepatitis B o C, se procede según lo establecido para estos casos;
- El gastroenterólogo enviará retroalimentación del estudio al EBS;
- El médico de familia dispensarizará a los donantes de sangre como casos de hepatitis viral aguda o crónica B y C, y les dará seguimiento según grupo dispensarial;
- A los donantes de sangre que resulten positivos no se les permitirá realizar nuevas donaciones;
- Una vez estudiado el donante, el jefe del programa provincial y el del municipio envían conclusiones del caso al banco de sangre correspondiente para que registre dicho caso y sea excluido del potencial de donantes;
- Cuando el donante estudiado resulte negativo, el jefe del programa provincial y el del municipio informan al banco de sangre con un resumen anexo del especialista de Gastroenterología, donde se certifique por estudios de ADN-VHB o ARN-VHC, según corresponda, que puede ser evaluada, por el banco, su inclusión nuevamente en el potencial de donantes;
- Los estudios de donantes reactivos deben ser concluidos en un período menor de tres meses.

6.4.11. PROCEDIMIENTO ANTE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y NO OCUPACIONAL A LOS VHB Y VHC

Exposición de riesgo no ocupacional: Es el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto corto-punzante, sangre o fluidos potencialmente infecciosos fuera del ámbito laboral, como la exposición sexual sin protección o con fallo de la misma, incluyendo la violencia sexual; la exposición parenteral en personas que se inyectan drogas (PID) o en personas que acceden a la aplicación de tatuajes o *piercings* (perforaciones corporales) con material no estéril o reusado; la exposición de mucosas, pinchazos accidentales o mordeduras.

Exposición de riesgo ocupacional: Es el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto corto-punzante por parte de un trabajador por causa u ocasión, o a consecuencia, de la realización de un trabajo u oficio, con fluidos potencialmente infectantes (sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericardio, líquido amniótico, semen y secreciones vaginales o cualquier secreción visiblemente contaminada con sangre, y que puede suponer un riesgo de infección a través de los mismos).

Grupos ocupacionales en riesgo de infección por el VHB:

- Personas pertenecientes al sector salud: en áreas de laboratorio, patología, cirugía, banco de sangre, hemodiálisis, morgue, atención de emergencias médicas, paramédicos y odontología, salas de cirugía, entre otros. Trabajadores que manejan patógenos en laboratorios de investigación. Personas que practican sexo transaccional;
- Personas que laboran en instituciones cerradas;
- Trabajadores que viajan a áreas endémicas sin la adecuada protección;
- Personas que realizan servicios funerarios;
- Personas que laboran en sitios de procedimientos estéticos y no asociados al cuidado de la salud tales como de *piercings,* tatuajes, entre otros;
- Personas que manipulan cadáveres (en medicina legal, fiscalía o similares);
- Personas que realizan el aseo en hoteles o similares (desecho inadecuado de objetos corto-punzantes);
- Recolectores de basura y recicladores.

Fuentes para VHB y sobrevivencia fuera del huésped:

- Sangre y varios fluidos corporales como semen, secreciones vaginales, saliva, leche materna, calostro, y líquidos corporales, tales como el cefalorraquídeo, pleural, pericárdico, peritoneal, ascítico, amniótico o sinovial; también por tejidos u órganos no fijados, pero contaminados. La orina no es infecciosa para VHB a menos que esté contaminada con sangre. Las concentraciones del virus varían de alta en sangre y en secreciones de heridas, moderada en semen y fluido vaginal, y bajas en saliva. Sobrevive en sangre seca durante largos períodos, incluso semanas (en promedio 10 días), en superficies ambientales es estable hasta siete días a 25 ºC. Dado que permanece hasta una semana en superficie inanimada, se puede espar-

cir fácilmente si se comparten objetos como toallas, cuchillas, navajas, cepillos de dientes y elementos corto-punzantes; los títulos de virus pueden ser altos aun cuando la sangre no sea visible.

Grupos ocupacionales en riesgo de infección del VHC:

- Trabajadores de la salud incluyendo a profesionales de la medicina, odontología, enfermería, personal de laboratorio, de Bancos de Sangre, de ambulancias, de limpieza, lavandería y mantenimiento en instituciones prestadoras de servicios de salud; personal de prisiones, trabajadores sexuales; personal que hace tatuajes y aplica *piercings;* personas que manipulan cadáveres; recolectores de basura y recicladores, personas que realizan el aseo en hoteles o similares (desecho inadecuado de objetos corto-punzantes).

Fuentes para VHC y sobrevivencia fuera del huésped:

- Sangre, productos sanguíneos y fluidos corporales, tejidos o equipos contaminados con sangre infectada por el VHC.
- El VHC es relativamente inestable, se han descrito tiempos variables de su supervivencia fuera del huésped a temperatura ambiente que van entre 16 horas, hasta tres o varias semanas.

Medidas ante un caso de exposición a VHB-VHC[38]

- Indagar información de la persona expuesta:
  - edad;
  - antecedentes patológicos;
  - si es gestante o no;
  - las características de la fuente (conocido, desconocido frente al VHB y VHC, tratamiento que recibe);
  - mecanismo de exposición;
  - datos del tipo de fluido de contacto;
  - antecedentes de vacunación de la persona expuesta;
  - respuesta inmunológica a la vacunación;
  - tiempo de evolución de la exposición en horas y minutos.
- Para tomar la decisión de inicio de la profilaxis se deben tener en cuenta aspectos relevantes relacionados con las características de la fuente:
  - tipo de mecanismo de exposición;
  - fluidos a que ha sido expuesta la persona;
  - antecedentes de vacunación de la fuente; y
  - tiempo transcurrido desde la exposición de riesgo.
- En lo que respecta al VHB habrá que conocer el estado de la fuente y la fase de inmunidad del sujeto expuesto, y vacunar o utilizar Gamma Globulina Anti-VHB en caso necesario;
- En los pacientes no inmunizados frente al VHB o que desconozcan su estado inmunológico, la decisión de vacunar no debe demorarse hasta disponer de la serología Anti-HBs;

- El VHC no se transmite de manera eficaz mediante la exposición laboral; la incidencia media de seroconversión después de un contacto con sangre de un paciente VHC positivo es de 1,8 % y es muy rara la transmisión a través de las membranas mucosas. El VHB, sí se transmite con frecuencia, si el trabajador expuesto no está vacunado;
- Cada vez, se describen con mayor frecuencia casos de transmisión de VHC tras relaciones sexuales, sobre todo en HSH. Además, no existe una profilaxis efectiva frente al VHC, pues la cinética viral demuestra que para que el tratamiento sea eficaz debe de haber ya una infección establecida. Por eso es importante el seguimiento de estos pacientes para poder diagnosticar, cuanto antes, una posible infección aguda por el VHC y hacer que el tratamiento sea más eficaz.

Recomendaciones:[39]
En caso del VHB, la actuación depende de la situación, tanto del paciente fuente, como de la persona expuesta.
1. Si la pauta de vacunación VHB es correcta (que posea las tres dosis de vacunas), no debe efectuarse seguimiento. En estos casos debe realizarse estudio serológico frente al VHB, al inicio y a los 6 meses.
2. En cuanto al VHC, realizar en el momento de la exposición o accidente los Anti-VHC para conocer el estado serológico previo al accidente o exposición. Repetir en caso de hepatitis C a los 3 y 6 meses, si da negativo se da alta. En caso de aparición de síntomas de hepatitis viral C aguda, se le realizan estudios de ARN-VHC.
3. Para VHC, en estos momentos, no se dispone de ninguna medida eficaz de prevención, por lo que las recomendaciones deben ir dirigidas a un diagnóstico precoz de una posible infección aguda en la persona expuesta, para poderla tratar cuanto antes.

Profilaxis posterior a la exposición de la hepatitis B[39]

- La decisión de aplicar o no profilaxis para hepatitis B, debe basarse en la certeza o no de vacunación previa y en el nivel de títulos de anticuerpos adecuados para hepatitis B superiores a 10 UI/ml en la persona expuesta;
- El no acceso inmediato a dicha medición o la ausencia de información sobre el esquema de vacunación, no deben retrasar el inicio de la profilaxis contra el VHB.

1. Vacuna contra hepatitis B

- Idealmente se debe iniciar durante las 72 horas posteriores a la exposición;
- El esquema recomendado en estas directrices es 0, 1 y 6 meses, aunque hay esquemas rápidos de 0-1-2 meses, muy recomendados en personas pertenecientes a poblaciones clave.

2. Ganma Globulina Anti-hepatitis B (HBIG)

- Se puede aplicar de manera simultánea con la vacuna, aunque en sitios diferentes de inyección;
- Esta se debe iniciar preferiblemente en las primeras 24 horas posterior a la exposición;

- Aplicadas dentro de este tiempo han mostrado ser de 70 % a 90 % efectivas para prevenir la infección por hepatitis B, sin embargo, puede aplicarse hasta un plazo máximo de 7 días, después de exposiciones percutáneas y hasta 14 días, después de exposiciones sexuales;
- En todos los casos, se recomienda realizar una prueba de línea base (idealmente Anti-HBc o en su defecto HBsAg) para infección por el VHB, lo más pronto posible después de la exposición, para determinar si la persona expuesta se encontraba infectada antes de la exposición. La no disponibilidad de estas pruebas no debe retardar el inicio de la profilaxis posterior a la exposición.

Tabla 37. Recomendaciones para la profilaxis posterior a la exposición de hepatitis B

Fuentes	No vacunado	Vacunado
HBsAg positivo.	HBIG una vez, de inmediato. Iniciar esquema de vacunación.	Analizar para Anti-HBs. Si los títulos son inadecuados, administrar HBIg y una dosis de refuerzo de vacuna HB.
Fuente conocida; Alto riesgo; HBsAg positivo.	Iniciar esquema de vacunación.	Someter a la fuente a análisis para HBsAg solo si la persona expuesta no respondió a la vacuna; si la fuente es HBsAg positivo, administrar HBIg y 1 dosis de refuerzo de vacuna HB.
Fuente conocida; Bajo riesgo, HBsAg positivo;	Iniciar esquema de vacunación.	No se requiere nada.
Fuente desconocida.	Iniciar esquema de vacunación.	No se requiere nada.

Seguimiento de los casos expuestos

- En todos los casos de exposición ocupacional o no ocupacional, con o sin profilaxis posterior a la exposición administrada, se debe instaurar un plan de seguimiento clínico y de laboratorio, información y apoyo psicológico, al respecto de su exposición a la hepatitis B y la hepatitis C;
- El seguimiento de las personas expuestas es de 6 meses. La única excepción es la realización de una nueva serología para VIH a las 48 semanas, en caso de sufrir una infección por el VHC, tras la exposición a una fuente coinfectada por el VIH-VHC.

Indicaciones para la obtención, transporte y almacenamiento de las muestras

Recolectar sangre total en vacutainer de tapa morada o en su defecto en tubo estéril con anticoagulante EDTA al 10 % (150 µL/10 ml sangre total), la cual se puede almacenar a una temperatura entre 2 °C y 25 °C durante un máximo de 24 horas, antes de la centrifugación. Después de la centrifugación, transfiera 2 ml de plasma a un tubo de polipropileno estéril. Las muestras de plasma conservado en EDTA se pueden almacenar:

- A 4 °C (muestra para VHC) y entre 25 °C y 30 °C (muestra para VHB) durante un máximo de 72 horas;
- Entre 2 °C y 8 °C durante 7 días como máximo (muestra para VHB);
- Entre -20 °C y -80 °C durante un máximo de 6 semanas (muestra para VHB y VHC);

- Las muestras de suero y plasma conservado en EDTA se pueden congelar y descongelar hasta 5 veces sin que haya una pérdida del ARN o ADN de los virus B y C.

La sangre total debe transportarse a una temperatura comprendida entre 2 °C y 25 °C y procesarse dentro de las 24 horas siguientes a su extracción. El suero y plasma conservado en EDTA pueden transportarse a una temperatura comprendida entre 2 °C y 8 °C o congelarse a una temperatura entre -20 °C y -80 °C.

El Laboratorio de Biología Molecular no se responsabiliza con los resultados, si no se cumplen las normas expuestas.

Se llenará y enviará el modelo de indicación correspondiente.

Plan de monitoreo y evaluación

Los indicadores contenidos en el plan de M&E son:

- Porcentaje de embarazadas con HBsAg (antígeno de superficie de hepatitis B) realizado. Se mide con periodicidad anual.
- Porcentaje de niños de madres con HBsAg positivo estudiados a los 18 meses de edad. Se mide con periodicidad anual;
- Porcentaje de personas pertenecientes a población seleccionada que se han realizado HBsAg. Se mide con periodicidad anual;
- Porcentaje de personas pertenecientes a grupos clave que se han realizado Anti-VHC. Se mide con periodicidad anual;
- Porcentaje de personas con hepatitis B crónica que reciben tratamiento según protocolos vigente. Se mide con periodicidad anual;
- Porcentaje de pacientes con hepatitis B crónica en tratamiento que alcanzan supresión viral. Se mide con periodicidad anual;
- Porcentaje de personas con hepatitis C crónica que reciben tratamiento según protocolos vigentes. Se mide con periodicidad anual;
- Porcentaje de pacientes con hepatitis C crónica en tratamiento que logran curación. Se mide con periodicidad anual.

Los mismos se medirán en el área de salud, los municipios, las provincias, y nacionalmente, 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 son el registro de casos de hepatitis de las consultas especializadas provinciales y el registro de casos del Instituto de Gastroenterología, así como los partes y reportes periódicos de provincias y los registros de pruebas serológicas de hepatitis, que se realizan en la red de Laboratorios SUMA.

ANEXO N.º 1

INVENTARIO DE DOCUMENTOS NORMATIVOS Y REFERENCIAS NACIONALES

- *Manual de Información Estadística. Enfermedades de Declaración Obligatoria.* MINSAP. Dirección de Registros Médicos y Estadística de Salud.
- "Programa de Control de las Hepatitis Virales". MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología, 1987.
- "Recomendaciones para el Manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual". MINSAP. Departamento Nacional de ITS-VIH/sida, 2008.
- "Programa del Médico y Enfermera de la Familia". MINSAP. Área de Asistencia Médica y Social. Actualización, 2011.
- "Encuesta a Personas con VIH". Oficina Nacional de Estadística e Información, 2012.
- "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.
- "Programa de Prevención y Control de Tuberculosis". MINSAP. Área de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 2013.
- "Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/SIDA para el período 2014-2018". MINSAP. Diciembre, 2013.
- "Informe de país sobre la estrategia cubana de ETMI del VIH y la sífilis congénita". MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Departamento ITS-VIH/sida, 2014.
- "Informe de Autodiagnóstico para la Transición del Proyecto del Fondo Mundial de lucha contra el VIH, tuberculosis y malaria en Cuba". Equipo Transición Proyecto Fondo Mundial, 2016.
- "Plan de Acción para la sostenibilidad de ETMI". MINSAP. Departamento ITS-VIH/sida. Enero, 2016.
- "Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2016-2021". Aprobados en el 7mo. Congreso del Partido y por la Asamblea Nacional del Poder Popular en julio de 2016.
- "Informe de evaluación de medio término del PEN 2014-2018". MINSAP. Departamento ITS-VIH/sida. Noviembre, 2016.
- "Encuesta de Indicadores de Prevención de VIH-sida". Oficina Nacional de Estadística e Información, 2017.

- "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, 2017.
- "Hoja de ruta para el análisis y preparación de la Transición del Fondo Mundial en Cuba". Equipo técnico de Cuba. Enero, 2017.
- "Proyecto de Transformaciones en el sistema de salud y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad". MINSAP, 2017.
- "Proyecto de Constitución de la República de Cuba", 2018.

ANEXO N.º 2

RELACIÓN DE GUÍAS TÉCNICAS Y RECOMENDACIONES INTERNACIONALES TENIDAS EN CUENTA EN LA ACTUALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL 2019-2023

El plan está en consonancia con la visión, las metas y las líneas estratégicas de acción de:

- Las estrategias mundiales del sector de la salud para el VIH y las ITS (2016-2021), de la OMS, que fueron refrendadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2016;
- Estrategia mundial de salud de las mujeres, los niños y los adolescentes (2016-2030);
- Estrategia Mundial (2016-2021) del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA);
- Las ambiciosas metas de la "vía rápida" e incluye las metas "90-90-90" con respecto a la atención y el tratamiento, así como las metas regionales para la prevención en América Latina y el Caribe que fueron refrendadas en foros regionales realizados en el 2014 y el 2015 en la ciudad de México y en Rio de Janeiro;
- Por último, refleja la transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y su ejecución contribuirá al objetivo de poner fin al sida como problema de salud pública, en cumplimiento del ODS 3.

Otras directrices tomadas en consideración

- Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, 2010.
- Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. OMS, 2013.
- Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. OPS, 2014.
- Plan de acción para el acceso universal a sangre segura. OPS, 2014.
- Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis. OPS, 2015.
- Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales. OPS, 2015.
- Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos. OPS, 2015.

- Estrategia sobre legislación relacionada con la salud. OPS, 2015.
- Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. OPS, 2015.
- Directrices unificadas sobre servicios de prueba del VIH. Las cinco C: consentimiento, confidencialidad, asesoramiento, resultados correctos y vinculación con el cuidado. OMS, 2015.
- Manual para la elaboración y la evaluación de los planes nacionales contra las hepatitis virales. Informe técnico. OMS-OPS, 2015.
- Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. OMS, 2016.
- Marco de seguimiento y evaluación de la eliminación del VHB y VHC. OMS, 2017.
- ETMI-PLUS: marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. OPS, 2017.
- Agenda para la cero discriminación en la atención sanitaria. ONUSIDA, 2017.
- Guía de Acción rápida y derechos humanos. Avanzando en materia de derechos humanos para acelerar la respuesta frente al VIH. ONUSIDA, 2017.
- Herramienta de evaluación del VIH y la protección social. Generando evidencia para la creación de políticas y desarrollo de acciones sobre el VIH y la protección social. ONUSIDA, 2017.
- Sinopsis de política. Transición hacia los nuevos antirretrovirales en los programas contra el VIH. OMS-OPS, 2017.
- Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Módulos. OMS, 2017.

ANEXO N.º 3

PARTICIPANTES DE LA CONSULTA NACIONAL

Comité de Actualización del PEN

Dra. María Isela Lantero Abreu – Departamento ITS-VIH/sida y hepatitis
Dra. Jacqueline Sánchez Fuentes – CPHEM. La Habana
Dr. José Joanes Fiol – Departamento ITS-VIH/sida y hepatitis
MSc. Yandy Alberto Betancourt Llody – Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida
Dra. Isis Cancio Enrique – Departamento ITS-VIH/sida y hepatitis
Dra. María Julia Matos Morejón – Departamento ITS-VIH/sida y hepatitis
Dra. Bárbara Venegas Gómez – Departamento ITS-VIH/sida y hepatitis

Asistencia técnica OMS/OPS

Dr. Massimo Ghidinelli – OPS. Jefe de la Unidad de VIH, ITS, hepatitis y TB
Dr. Giovanni Ravasi – OPS. Asesor regional en VIH e ITS
Dr. Omar Sued Gustavo – Fundación huésped. Director de investigaciones
Dra. Mónica Alonso – OPS. Asesora regional en información estratégica VIH/ITS/hepatitis virales y TB
Dr. Nick Walsh – OPS. Asesor regional de OPS en Hepatitis Virales

Participantes en el Proceso de Consulta-Actualización del PEN

Ministerio de Salud Pública y otras instituciones

Dra. Regla Angulo Pardo – Viceministra de Salud
Dr. Francisco Alberto Durán García – Director Nacional Epidemiología
Dr. Roberto Álvarez Fumero – Jefe del Departamento Maternoinfantil
Dra. Mercedes Piloto Parón – Departamento Maternoinfantil
Lic. Norma Corrales Fernández – Departamento Enfermería
Dr. Víctor Lorente Díaz – Departamento de Atención Primaria de Salud
Lic. Odalys Montesinos García – Departamento de análisis económico y sistemas
Dra. Lourdes Suárez Álvarez – Programa de Control de TB
Ing. Cristina Lara Bastanzuri – Departamento Análisis y Planificación
Lic. María Mercedes Rodríguez Acosta – Dirección Jurídica del MINSAP
Dra. Laura Caridad Hurtado Gascón – CPHEM, La Habana
Dr. Osmany Ricardo Puig – CPHEM, Holguín
Dra. Niurka Rocha Fraga – CPHEM, La Habana
Lic. Isabel Guerra Arias – CPHEM, La Habana

Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades y Centro Nacional de Prevención de las ITS y el VIH/sida

Dra. Miriam Valdés Tejo
Dr. Otto Peláez Sánchez
Dra. Gisela Cutié Gilart
MSc. Yoire Ferrer Savigne
Dr. Rafael Pérez de la Iglesia
MSc. Yainerys Pérez Acuña
MSc. Lídice Mederos Villalón
MSc. Juana Maritza Aguilera Montero
Lic. Yisel Justiz Tamayo
Dr. Gerardo Coll Sánchez

Línea de Apoyo a PVV

Dra. Mirna Villalón Oramas
Téc. Gustavo Amigo Costa
MSc. Damaris Griñán Terry

Red HSH-Cuba

MSc. Gustavo A. Valdés Pi
Avelino Matos Vacas
Ramón Luis Alayo Henry

Red TRANSCUBA

Malú Cano Valladares
Yoilan Caballero Balón

Centro Nacional de Educación Sexual

MSc. Andy Aquino Agüero
MSc. Ivón Calaña Pérez
Lic. Ileana Cordero Coves
Lic. Ángela Urquiza Ramessur
Dra. Elvia de Dios Blanco

Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí

Dr. Lorenzo Jorge Pérez Ávila
DrC. Vivian Kourí Cardellá
Dr. Rafael Llanes Caballero
DrC. Islay Rodríguez González
Dr. Carlos Fonseca Gómez
Dra. Lilia María Ortega González
Dra. Angely Cárdenas García
Dra. Milena Duque Vizcaíno
DrC. Licel Rodríguez Lay
Dra. Odalys Marrero Martínez

Dr. Daniel González Rubio
Dr. Osvaldo Castro Peraza,
Dr. Juan Carlos Millán Marcelo
Lic. Brian Mondeja Rodríguez
Lic. Nadia Rodríguez Preval
Dr. Elias Guilarte García
DrC. Yudira Soto Brito

Laboratorio de Investigaciones del Sida (LISIDA)
MSc. María Teresa Pérez Guevara
Dra. Neisy Valdés de Calzadilla
Lic. Carmen Nibot Sánchez
DrC. Liuber Yans Machado Zaldívar
DrC. Madeline Blanco de Armas

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología
Dra. Rosaida Ochoa Soto
Dr.C. Georgina María Zayas Torriente

Instituto de Gastroenterología
DrC. Enrique Arús Soler
DrC. Zaily Dorta Guridi
DrC. Marlén Castellanos

Hospital Hermanos Ameijeiras
Dr. Héctor Manuel Díaz Torres
Dra. Karen Valdés Álvarez

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Julio Trigo López
Dr. Juan Francisco Tejera Díaz

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas
Dra. Vianka Calas Hechavarría

Grupos Nacionales

Dra. Olaine R. Gray Lovio – Dermatología
Dr. Alfredo Abreu Daniel – Dermatología
Dr. Mariano Castillo Rodríguez – Urología
Dr. Jorge Pérez Oliva – Trasplantes

Direcciones Provinciales de Salud

Jefes y funcionarios de secciones provinciales y grupos municipales de ITS-VIH/sida, Jefes provinciales del programa de hepatitis, educadores de ITS-VIH/sida, médicos designados para la atención a PVV, enfermeras especializa-

das en ITS, sectores miembros del GOPELS de los diferentes niveles y representantes de las redes de la sociedad civil.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Katia Cobarrubias Hernández
Ángel Félix Gutiérrez Fernández
Juan Raúl Valdés Triguero
Tatiana Pérez Valdés

Representación OMS/OPS Cuba

Lic. Alina Pérez Carreras
Dra. Lázara Alfonso Berrio

Asistencia técnica OMS/OPS

Dr. Giovanni Ravasi
Dr. Omar Sued Gustavo
Dra. Mónica Alonso
Dr. Nick Walsh

ABREVIATURAS Y SIGLAS

AAD	Antivirales de acción directa
ABC	Abacabir
ADN-VHB	Ácido desoxirribonucleico del VHB
ALAT	Alanina-aminotransferasa (TGP)
Anti-HBc	Anticuerpo contra el antígeno central (core) del virus de la hepatitis B
Anti-HBe	Anticuerpo con especificidad frente al antígeno **e** de la hepatitis B (HBeAg)
Anti-HBs	Anticuerpo al HBsAg
Anti-VHB	Anticuerpos contra el virus de la hepatitis B
Anti-VHC	Anticuerpo contra el virus de la hepatitis C
APRI	Índice de correlación plaquetas/ASAT
APS	Atención Primaria de Salud
ARN-VHC	Ácido ribonucleico del virus de la hepatitis C
ARV	Antirretrovirales
ASAT	Aspartato-aminotransferasa (TGO)
ASS	Atención Secundaria de Salud
ATS	Atención Terciaria de Salud
AZT	Zidovudina
BCG	Bacilo Calmette - Guérin
CAI	Centros de Atención Integral
CAM	Consejos de la Administración Municipales
CAP	Consejos de la Administración Provinciales
CAT	Antedente de transfusión
CC	Control de calidad
ClCr	Aclaramiento renal de la creatinina
CDC	Centro para el Control de Enfermedades (por sus siglas en inglés)
CD4	Linfocitos CD4 o T4: son glóbulos blancos que constituyen una parte esencial del sistema inmunitario
CMF	Consultorio Médico de la Familia
CMHEM	Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología
CMV	Citomegalovirus

CEDAW	Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer (por sus siglas en inglés)
CENESEX	Centro Nacional de Educación Sexual
CHC	Carcinoma hepatocelular
CIC	Consejo de Iglesias de Cuba
CMF	Consultorio médico de la familia
COMEDICS	Web de la comercializadora de medicamentos, reactivos y otros insumos de salud
CPHEM	Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología
CRN+	Red Regional del Caribe de Personas con VIH (por sus siglas en inglés)
CT	Criptococosis
CV	Carga viral
DAB	Dolor abdominal bajo
DIU	Dispositivo intrauterino
DR	Débil reactivo
EAM	Equipo de Ayuda Mutua
EBS	Equipo Básico de Salud
ECP	Equipo de Coordinadores Provinciales
EDCO	Examen directo en campo oscuro
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria
EDTA	Ácido etilendiamino-tetraacético
EE	Ejes estratégicos
EMCOMED	Empresa Comercializadora y Distribuidora de Medicamentos
EMSUME	Empresa de Suministros Médicos
ERC	Enfermedad Renal Crónica
ETN	Equipo Técnico Nacional
ETV	Entecavir
EV	Endovenoso
F3	Índice fibrosis - 3 para la fibrosis hepática
F4	Índice fibrosis - 4 para la fibrosis hepática
FA	Fosfatasa alcalina
FGe	Filtrado glomerular estimado
FGR	Fiscalía General de la República
FHF	Fallo hepático fulminante
FM	Fondo Mundial
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FOS	Fondos de Cooperación al Desarrollo (por sus siglas en inglés)

FPC	Fecha probable de contagio
FTC	Emtricitabina
FURS	Fecha de la última relación sexual
FV	Flujo vaginal
GAN	Grupo de Apoyo Nutricional
GAP	Grupo de Análisis y Planificación de medicamentos y reactivos
GBT	Grupo Básico de Trabajo
GGT	Enzima gamma glutamil transferasa
GOPELS	Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida
GPC	Grupos de población clave
HBIg	Inmunoglobulina hiperinmune Anti-hepatitis B
HBeAg	Antígeno **e** de la hepatitis B
HBsAg	Antígeno de superficie de la hepatitis B
HC	Historia clínica
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
H. y E.	Higiene y Epidemiología
ICW+	Consejo Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/sida
IEC	Información, Educación y Comunicación
IM	Intramuscular
INHEM	Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología
INI	Inhibidores de la integrasa
INNTI	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa
INRT	Inhibidores nucleósidos de la reverso transcriptasa
INTI	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa
INtTI	Inhibidores nucleótidos de la transcriptasa inversa
IPA	Inflamación pélvica aguda
IPK	Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí
IPS	Inhibidores de las proteasas
IgG AntiHBc	Anticuerpo de la clase IgG al HBcAg
IgM AntiHBc	Anticuerpo de la clase IgM al HBcAg
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LACCASO	Consejo Latinoamericano y del Caribe de organizaciones no gubernamentales con servicio en VIH/SIDA
LAPVV	Línea de apoyo a personas que viven con el VIH
LISIDA	Laboratorio de Investigaciones en sida
LNH	Linfoma no Hodgkin
LNR	Laboratorio Nacional de Referencia
MAC	*Mycobacterium avium complex*

MAI	*Mycobacterium avium intracelular*
M&E	Monitoreo y evaluación
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MCS	Medios de Comunicación Social
MEDICUBA	Empresa Importadora y Exportadora de Productos Médicos. Medicuba S.A.
MINCEX	Ministerio del Comercio y la Inversión Extranjera
MININT	Ministerio del Interior
MINSAP	Ministerio de Salud Pública
MLCM+	Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas
NA	Análogos de neuclósi(t)os
Ng	*Neisseria gonorrhoeae*
NMF	Nuevo Modelo de Financiamiento
NR	No reactivo
NTX	Neurotoxoplasmosis o Toxoplasmosis cerebral
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONEI	Oficina Nacional de Estadísticas e Información
ONP	Oficina Nacional de Proyectos
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PAMI	Programa de Atención Maternoinfantil
PBS	
PCC	Partido Comunista de Cuba
PCP	Propuestas Coordinadas de País
PCP	*Pneumocystis jirovecii*
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PEEC	Programa de evaluación externo de la calidad
PegIFNa	Interferón pegylado
PEN	Plan Estratégico Nacional
PEP	Profilaxis posterior a la exposición
PID	Personas que se inyectan drogas
PNPCITS-VIH/sida	Programa Nacional de Prevención y Control de ITS-VIH/sida
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

PP	Profilaxis primaria
PPD	Prueba cutánea de derivado proteico purificado (por sus siglas en inglés)
PPST	Personas que practican sexo transaccional
PR	Pruebas rápidas
PrEP	Profilaxis previa a la exposición
PT	Tiempo de protrombina
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil
PVV	Personas que viven con el VIH
RA	Riñón amarillo
RAM	Resistencia antimicrobiana
REDLAC+	Red Latinoamericana y del Caribe de Personas viviendo con VIH
RN	Recién nacido
RPC	Riesgo preconcepcional
RPR	Rapid Plasma Reagin (por sus siglas en inglés)
RVS	Respuesta virológica sostenida
SC	Sífilis congénita
SHLP	Sistema hemolinfopoyético
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIE	Sistema de Información Estadístico
SIRI	Síndrome de reconstitución inmunológica
SMX	Sulfametoxasol
SR	Serología reactiva
SSPF	Sangre seca en papel de filtro
SSR	Salud sexual y reproductiva
SU	Secreción uretral
SUMA	Sistema ultramicroanalítico
3TC	Lamivudina
T3	Hormona triyodotironina
T4	Hormona tetrayodotironina o tiroxina
TAF	Tenofovir Anafelamida
TAR o TARV	Tratamiento o terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
TDF	Fumarato de Dixoproxilo de Tenofovir
TDO	Tratamiento directamente observado
TICs	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
TMI	Transmisión maternoinfantil

TMP	Trimetropina
TPHA	*Treponema pallidum, HaemAgglutination test*
TPI	Terapia preventiva con Isoniacida
TSH	Prueba de la hormona estimulante de la tiroides (por sus siglas en inglés)
UM	Unidades de medida
UMELISA	Análisis inmunoenzimático indirecto
UMHEM	Unidades Municipales de Higiene, Epidemiología y Microbiología
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (siglas en inglés)
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (por sus siglas en inglés)
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VHD	Virus de la hepatitis D
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VO	Vía oral
VPH	Virus del papiloma humano
WB	Western Blot

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Anuario estadístico de salud 2016 [Internet]. La Habana: Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Ministerio de Salud Pública; 2017 [Citado 6 Oct 2018]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf

2 Encuesta de indicadores de prevención de la infección por VIH [Internet]. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE). Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI); 2017 [Citado 6 Oct 2018]. Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/cepde/EncuestaPrevencionSida/Informe%20de%20Resultado%20Encuesta%20de%20Indicadores%202013.pdf

3 Informe Nacional de la República de Cuba al examen periódico universal del consejo de derechos humanos. [Internet]. La Habana: Ministerio de relaciones exteriores (MINREX); 2018 [Citado 6 Oct 2018]. Disponible en: http://www.trabajadores.cu/20180515/cuba-presenta-informe-al-examen-periodico-universal-pdf/

4 Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among who have sex with men and transgender population [Internet]. Geneva: WHO and Unaids; 2018 [Citado 19 Ene 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44619/9789241501750_eng.pdf;jsessionid=6EFB856ECAA8E793682FB7C9FFCA6D5D?sequence=1

5 Encuesta a personas con VIH 2012 [Internet]. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE). Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI); 2012 [Citado 3 Jul de 2018]. Disponible en: Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/cepde/EncuestaSida/Encuesta%20a%20personas%20con%20VIH%202012.pdf

6 Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) 2014 [Internet]. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE). Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Ministerio de Salud Pública; 2014 [Citado 16Nov 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/cuba/mics5-2014-cuba.pdf

7 Encuesta a personas con VIH 2009 [Internet]. La Habana: Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE). Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI); 2009 [Citado 16 Nov 2018]. Disponible en: http://www.one.cu/publicaciones/cepde/EncuestaSida/Informe%20resumen%20de%20la%20Encuesta%20a%20PVs%202009.pdf

8 Juventud Rebelde. Diario de la juventud cubana [Internet]. El comportamiento de nuestros adolescentes se parece a la Cuba de transformaciones de hoy. [Actualizado Ene 2017; citado 3 Jul 2018]. [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2017-01-21/retrato-del-adolescente-cubano

9 Lantero MI, Ochoa R, Joanes J, Sánchez J, Valdés JR, Pérez S, et al. Plan estratégico nacional para la prevención y control de las ITS-VIH/sida 2014-2018 [Internet]. La Habana: Programa nacional de prevención y control de las ITS-VIH/sida; 2013 [Citado 16 Nov 2018]. Disponible en: http://fcbc.cu/intranet/web/uploads/55895996.pdf

10 Caracterización de la niñez y la adolescencia en Cuba. Protección legal y sistema de atención integral [Internet]. La Habana: Departamento materno infantil y planificación familiar, Ministerio de Salud Pública; 2011 [Citado 20 Nov 2018]. Disponible en: http://www.mirex.gob.cu/es/caracterizacion-de-la-niñez-y-la-adolescencia-en-cuba-proteccion-legal-y-sistema-de-atencion

11 Programa nacional de salud para la atención integral de la adolescencia 2013-2018 [Internet]. La Habana: Departamento materno infantil y planificación familiar, Ministerio de Salud Pública; 2013 [Citado 21 Nov 2018]. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Programa%20nacional%20de%20salud%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20integral%20en%20la%20adolescencia%20%28Cuba%29.pdf

12 Lineamientos de la política económica y social del partido y la revolución para el periodo 2016-2021 [Internet]. La Habana: Partido Comunista de Cuba y Asamblea Nacional de Poder Popular; 2016 [Citado 19 Oct 2018]. Disponible en: http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%202016-2021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf

13 Declaración política de las naciones unidas 2016 para poner fin a la epidemia de sida: metas y compromisos mundiales de prevención para el 2020 [Internet]. 2016; [Citado 19 Oct 2018]. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf

14 Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave [Internet]. OMS; 2016 [Citado 19 Oct 2018]. Disponible en: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/es/

15 OPS [Internet]. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Citado 3 Jul 2018]. [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13355:agenda-2030-sustainable-development&Itemid=39529&lang=es

16 Acción acelerada para la prevención combinada. Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 de aquí a 2020 [Internet]. México: 1ª Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe; 2008 [Citado 19 Oct 2018]. Disponible: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf

17 CESIDA [Internet]. VIH: Declaración de París [Actualizado Ago 2017; citado 3 Jul 2018]. [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: https://www.cesida.org/vih-declaracion-paris/

18 Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública [Internet]. OMS; 2013 [Citado 19 Oct 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129493/9789243505725_spa.pdf;jsessionid=DA1238C1E1C699FE89E55745DF07EF83?sequence=1

19 Declaración de la consulta de las Américas 2012 ministros de educación. Una nueva cultura de la salud en el contexto escolar [Internet]. México; 2012 [Citado 19 Oct 2018]. Disponible en: http://www.aids-sida.org/archivos/CONSULTA-DE-LAS-AMERICAS-2012-Educ.pdf

20 Prevenir con educación [Internet]. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA); 2015 [Citado 19 Oct 2018]. Disponible: http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080801_minsterdeclaration_es.pdf

21 Tres unos en acción (Donde estamos, a donde nos dirigimos) [Internet]. 2003[Citado 19 Oct 2018]. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc935-3onesinaction_es.pdf

22 Hoja de ruta estratégica para el análisis y preparación de la transición del Fondo Mundial en Cuba [Internet]. La Habana: Equipo Técnico de Cuba (ETC); 2017 [Citado 6 Feb 2018]. Disponible: http://www.undp-globalfund-capacitydevelopment.org/media/56275/2017-01-19-hoja-de-ruta-estrat%C3%A9gica-para-la-transici%C3%B3n-del-fondo-mundial-en-cuba_v02.pdf

23 Ministerio de Salud Pública de Cuba y Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Plan estratégico de absorción de productos de salud. La Habana: Subvención de Transición 2018-2020; 2017.

24 Infomed. Portal de salud de Cuba [Internet]. Cuba, con paso firme contra la hepatitis [Actualizado Jul 2018; citado 9 Oct 2018]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://www.sld.cu/entrevista/2018/07/28/cuba-con-paso-firme-contra-la-hepatitis

25 PAHO [Internet]. Healthy Eating for Better Living. A Manual on Nutrition and HIV/AIDS for Healthcare Workers in the Caribbean [Citado 28 Mar 2019]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31199

26 Center for disease control and prevention [Internet]. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Sexual Assault and Abuse and STDs. [Actualizado Jun 2015; citado 18 Oct 2018]. [aprox. 13 pantallas]. Disponible en: https://www.cdc.gov/std/tg2015/sexual-assault.htm

27 Ministerio de salud Pública. Sistema de vigilancia integrado de hepatitis en los servicios de hemodiálisis. Indicaciones. La Habana: MINSAP; 2017.

28 Letitia AM, Patrascu A, Enescu A, Streba CT. Current Management Strategies in Hepatitis B During Pregnancy [Internet]. Advances in Treatment of Hepatitis C and B; 2017 [Citado 16 Nov 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/314522825_Current_Management_Strategies_in_Hepatitis_B_During_Pregnancy

29 PAHO [Internet]. Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C [Actualizado Dic 2018; citado 28 Mar 2019]. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49680?show=full

30 Kirk GD, Mehta SH, Astemborski J, Galai N, Washington J, Higgins Y, Balagopal A, Thomas DL. HIV, age, and the severity of hepatitis C virus-related liver disease: a cohort study. Ann Intern Med. [Internet]. 2013 Mayo [Citado 28 Mar 2019]; 158(9): [aprox. 8 p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23440167

31 Macías J, Camacho A, Von Wichmann MA, López-Cortés LF, Ortega E, Tural C, et al. Liver stiffness measurement versus liver biopsy to predict survival and decompensations of cirrhosis among HIV/hepatitis C virus-coinfected patients. AIDS. [Internet]. 2013 Oct [Citado 28 Mar 2019]; 27(16): [aprox. 8 p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23736148

32 Berenguer J, Alvarez-Pellicer J, Martín PM, López-Aldeguer J, Von-Wichmann MA, Quereda C, et al. Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces liver-related complications and mortality in patients coinfected with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus. Hepatology. [Internet]. 2009 Agosto [Citado 28 Mar 2019]; 50(2): [aprox. 6 p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19575364

33 Summary of product characteristics [Internet]. Londres: EMA; 2017 [Citado 16 Nov 2018]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/harvoni-epar-product-information_en.pdf

34 Sovaldi prescriving infarmations [Internet]. FDA; 2017 [Citado 6 Feb 2018]. Disponible en: https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm?event=overview.process&varApplNo=204671

35 Fred Poordad, Franco Felizarta, Armen Asatryan, Mark S. Sulkowski, Robert W. Reindollar, Charles S. Landis, et al. Glecaprevir and pibrentasvir for 12 weeks for hepatitis C virus genotype 1 infection and prior direct-acting antiviral treatment. Hepatology. [Internet]. 2017 Agosto [Citado 28 Mar 2019]; 66(2): [aprox. 8 p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573922/

36 Hepatitis viral y embarazo. [Internet]. Fundación española del aparato digestivo (FEAD); 2016 [Citado 29 Nov 2018]. Disponible en: https://www.saludigestivo.es/wp-content/uploads/2016/03/hepatitis-viral-y-embarazo-20140724122226.pdf

37 R. Polo, C. Gómez-Candela, C. Miralles, J. Locutura, J. Álvarez, F. Barreiro, et al. Recommendations from SPNS/GEAM/SENBA/SENPE/AEDN/SEDCA/GESIDA on nutrition in the HIV-infected patient Nutrición Hospitalaria. 2007 Abril [Citado 28 Mar 2019]; 22(2): [aprox. 14 p]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112007000200014

38 Schillie S, Murphy TV, Sawyer M, Ly K, Hughes E, Jiles R, de Perio MA, et al. CDC guidance for evaluating health-care personnel for hepatitis B virus protection and for administering postexposure management. MMWR Recomm Rep. 2013 Diciembre [Citado 28 Mar 2019]; 62(10): [aprox. 18 p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352112

39 Yaphe S, Bozinoff N, Kyle R, Shivkumar S, Pai NP, Klein M. Incidence of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men with and without HIV infection: a systematic review. Sex Transm Infect. 2012 Nov [Citado 28 Mar 2019]; 88(7): [aprox. 6 p]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22859499

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Caracterización del adolescente cubano 2015 [Internet]. La Habana: Centro de estudios sobre la juventud (CESJ); 2015 [Citado 16 Nov 2018]. Disponible en: http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2017-01-21/retrato-del-adolescente-cubano

ETMI Plus. Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. OMS y OPS; 2017 [Citado 6 Feb 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf

GARPR Online Reporting Tool [Internet]. Cuba: Programa nacional de prevención y control de las ITS-VIH/sida y las hepatitis y Programa de las naciones unidas para el desarrollo (PNUD) Oficina nacional de estadísticas e información (ONEI); 2017 [Citado 6 Oct 2018]. Disponible en: https://aidsreportingtool.unaids.org/

Information Centre on HPV and Cancer (ICO). Human papillomavirus and related diseases report. Barcelona (España). Barcelona: ICO; 2015 [consultado el 20 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/ XMX.pdf.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Fast track: ending the AIDS epidemic by 2030 [Internet]. Ginebra (Suiza). Ginebra: ONUSIDA; 2014 [consultado el 22 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http:// www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report

Monitoreo Global del Sida 2019. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida de 2016 [Internet]. ONUSIDA; 2018 [Citado 6 Feb 2018]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades [Internet] [consultado el 13 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/.

Newman L. M., Rowley J., Vander Hoorn S. et al.: Estimaciones mundiales de la prevalencia y la incidencia de cuatro ITS curables en 2012, PLosOne 2015.

Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS amplía la recomendación sobre la profilaxis previa a la exposición en la infección por el VIH (PrEP). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. [Internet] [consultado el 12 de octubre del 2018]. Se encuentra en: (http://www.who.int/hiv/pub/prep/policy-brief-prep-2015/en/).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Métodos de prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH: marco de un programa estratégico. Ginebra, OMS; 2012. [Internet] [consultado el 12 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc_framework/es/.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y control de las hepatitis virales: marco para la acción mundial. Ginebra, OMS; 2012 [Internet] [consultado el 13 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.who.int/hiv/pub/hepa /Framework/ es//

Organización Mundial de la Salud (OMS). Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud. VIH, 2016-2021 [Internet]. 138ª reunión del Consejo Ejecutivo; 18 de diciembre de 2015; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 (documento EB138/29) [consultado el 13 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://apps.who.int/gb/ ebwha/pdf_fles/EB138/B138_29-sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud. Infecciones de transmisión sexual, 2016-2021 [Internet]. 138ª reunión del Consejo Ejecutivo; 18 de diciembre de 2015; Ginebra (Suiza). Ginebra: OMS; 2016 (documento EB138/31) [consultado el 13 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_fles/EB138/B138_31-sp.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans [Internet]. 52º Consejo Directivo de la OPS, 65.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2013 (resolu-

ción CD52.R6) [consultado el 10 de noviembre del 2018]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?op- tion=com_docman&task=doc_download&gid=23287&Itemid=270&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita [Internet]. 50º Consejo Directivo de la OPS, 62.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (resolución CD50.R12) [consultado el 13 de de noviembre del 2018]. Se encuentra en: http:// www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R12-s.pdf.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud y los derechos humanos [Internet]. 50º Consejo Directivode la OPS, 62ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2010 (resolución CD50.R8) [consultado el 10 de noviembre del 2018]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=- doc_download&gid=8955&Itemid=.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Llamado a la Acción del "Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención" [Internet]. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 [consultado el 16 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=- doc_download&gid=26083&Itemid=270&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Llamado a la Acción. Segundo Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención: "Mejorar la prevención combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención" [Internet]. Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 [consultado el 16 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=- doc_view&gid=31483&Itemid=270.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de acción para la prevención y el control de la tuberculosis [Internet]. 54º Consejo Directivo de la OPS, 67ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (resolución CD54.R10) [consultado el 13 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31899&Itemid=270&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales [Internet]. 54º Consejo Directivo de la OPS, 67ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (resolución CD54.R7) [consultado el 13 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/ index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31887&Itemid=270&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan de acción sobre la resistencia a los antimicrobianos [Internet]. 54º Consejo Directivo de la OPS, 67ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (resolución CD54. R15) [consultado el 13 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=- com_docman&task=doc_download&gid=31942&Itemid=270&lang=es.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Plan estratégico regional para el control de la infección por el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (2016-2021) [Internet]. 55º Consejo Directivo de la OPS, 68ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre de 2016; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2015 (resolución CD55.R14) [consultado el 14 de noviembre del 2018]. Se encuentra en: http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd55.r14-s.pdf.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Informe de brechas en prevención. Ginebra, ONUSIDA; 2016. [Internet] [consultado el 12 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Actuaciones Inmediatas: actualización sobre necesidades de inversión en la respuesta al SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2016. [Internet] [consultado el 12 de octubre del 2018]. Se encuentra en: (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/unaids_fast-track_update_ investments_needed).

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). En la Vía Rápida para poner fin al sida. Ginebra, ONUSIDA; 2016. [Internet] [consultado el 12 de octubre del 2018]. Se encuentra en: http://free.unaids.org.

Vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos: recomendaciones para mejorar y fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH [Internet]. Washington, DC: OPS; 2012 [Citado 6 Feb 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Vigilancia2012.pdf

(Referencias bibliográficas)

MINSAP

Prosalud

ISBN: 978-959-285-180-3