

I.- Introducción

Entramos en la cuarta década del surgimiento del sida, con compromisos asumidos por nuestros países en los diferentes cónclaves realizados en el período, que enuncian aspectos relacionados con la salud y el fomento del desarrollo humano y tienen como factor común la detención y /o reducción de la epidemia de VIH.

La Declaración del Milenio adoptada por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas en la Asamblea General de la ONU (2000), la Declaración de Compromisos en la lucha contra el VIH/sida expresada en el período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH (2001) y la Declaración de los Ministros de Salud y Educación para América Latina y el Caribe (2008), han constituido documentos claves que sustentan la respuesta a los principales desafíos al VIH y desarrollo en Cuba .

Hoy, el país se sitúa entre los países con un alto nivel de desarrollo humano, ocupando el lugar 51 entre 187 naciones según el Informe de Desarrollo Humano (2011) y se han declarado cumplidos tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio como resultado de la aplicación de políticas integrales y articuladas que han puesto al ser humano en el centro de la agenda del desarrollo nacional.

La voluntad política del Gobierno cubano de priorizar la salud como inversión fundamental que propicia el desarrollo, ha hecho posible garantizar hasta el momento con extraordinarios esfuerzos el acceso universal a los servicios de prevención, atención y apoyo lo que incluye el tratamiento del VIH/sida y sus complicaciones a todas las personas que lo necesiten.

El bloqueo de los Estados Unidos contra Cuba entró en vigor en el decenio de 1960 y es el más prolongado de la historia moderna. En septiembre de 2011, el Presidente Barack Obama lo prorrogó hasta septiembre de 2012.

Múltiples han sido los obstáculos que ha tenido que enfrentar nuestro país ante la prohibición que las empresas estadounidenses realicen actividades comerciales con entidades cubanas.

En el período que abarca este reporte se produjeron las siguientes afectaciones:

- La transferencia de fondos procedentes del Fondo Mundial (FM) al Receptor Principal de los proyectos del FM en Cuba (PNUD) correspondiente al trimestre que culminó en septiembre de 2010 fue bloqueada por el banco que se ocupaba de ella como resultado de las sanciones del Gobierno de los Estados Unidos contra Cuba. La Notificación de desembolso de la subvención para esta operación en particular fue realizada por el Fondo Mundial el 8 de diciembre de 2010. El Fondo tuvo que solicitar una autorización de la Oficina de Fiscalización de Bienes Extranjeros (OFAC) para que se liberaran los fondos del programa. Dicha autorización se obtuvo en mayo de 2011 (luego de más de cinco meses).
- Se ha visto en riesgo la continuidad de tratamiento de cerca de 700 adultos con VIH y 15 niños por la imposibilidad de acceder a medicamentos precalificados por la OMS como el Ritonavir (para adultos y niños) y el Lopi-Rito (80-20 mg/ml) infantil que producen la firma Abbot de origen estadounidense.

En el presente informe se resumen los avances del país en su respuesta a la epidemia de VIH/sida correspondientes al período 2010-2011.

Como expresó Michel Sidibé director ejecutivo del ONUSIDA “la revolución en la prevención significa poner en práctica todo lo que hemos aprendido en los casi 30 años de la epidemia. Significa duplicar nuestros esfuerzos y ajustarlos a las necesidades. Significa remover cielo y tierra para encontrar soluciones nuevas e innovadoras. Y sobre todo significa respetar los derechos y la dignidad de todas las personas, independientemente de su edad, género u orientación sexual y capacitarlas para que puedan protegerse por sí solas del VIH. (Trazos hacia el desarrollo. feb 2009)

II. Situación actual

La participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe

A partir de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida adoptada en el XXVI período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas en el 2001, la participación del país en los reportes de avances ha sido progresivamente superior.

El proceso que se desencadena al interior del país a partir de los anuncios oficiales, entrenamientos regionales y preparación nacional de las partes implicadas en el desarrollo de indicadores básicos se ha convertido en factor potenciador de la construcción colectiva de un informe que se convierte en herramienta de análisis, intercambio técnico y difusión de resultados y brechas que sin dudas ha fortalecido la respuesta nacional.

Desde sus inicios la coordinación de la elaboración de los informes ha estado a cargo del Ministerio de Salud Pública, a través de la convocatoria del programa de prevención y control de las ITS VIH/sida y la participación de la sociedad civil (personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres, proyectos juveniles y de mujeres), los sectores sociales y las otras organizaciones involucradas en la Respuesta Ampliada a la epidemia: Oficina Nacional de Estadísticas e Información, Consejo de Iglesias, sector académico y Organismos Internacionales.

Para este informe se conformó un equipo de trabajo con representantes de cada uno de los grupos antes citados, se realizó una reunión informativa con el objetivo de conocer los objetivos del informe y la familiarización con sus componentes. Se orientó como material de apoyo el Informe del UNGASS 2010 y las Directrices para el Desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011.

El equipo de trabajo elaboró un cronograma que incluía encuentros semanales a partir de la primera quincena de febrero, para ir analizando los avances en el informe y entre todos y todas realizar los aportes en los diferentes componentes del cuestionario.

También se realizaron entrevistas a los sectores y organizaciones involucradas en la respuesta nacional, como parte del proceso participativo para la identificación de buenas prácticas, investigaciones desarrolladas, líneas de acción, retos y lecciones aprendidas.

Paralelamente se realizó:

1. Revisión documental, informes del Ministerio de Salud Pública, investigaciones realizadas por instituciones y centros del sector público y de las organizaciones de la sociedad civil.
2. Recopilación de datos: identificación de las diferentes fuentes de información solicitándolo a las instituciones, organizaciones y organismos pertinentes.
3. Información periódica a los principales directivos del Ministerio de Salud.
4. Consultas a expertos: Al culminar el llenado de la parte A y B se presentó a un grupo de expertos seleccionados que dieron sus sugerencias y recomendaciones que fueron tomadas en cuenta.
5. Validación de la información: Se realizó al final un taller con todos y todas las participantes para validar el informe de país.

Situación actual de la epidemia

Desde 1986 hasta el año 2011, en Cuba se han diagnosticado 15,824 personas con VIH, de ellos el 80,8% son hombres y el 19,2% mujeres.

Se mantiene como forma de transmisión predominante la vía sexual, no reportándose ningún caso de transmisión a través de sangre o derivados en los últimos dos años y sólo 3 casos de transmisión materno-infantil (2 en el 2010 y 1 en 2011).

Los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) representan el 72% de todos los casos diagnosticados y el 89% entre los del sexo masculino.

Tras 25 años se mantienen eliminadas como problema de salud la transmisión por sangre y derivados y la maternoinfantil, siendo la sexual la forma de transmisión de más del 99% de los casos diagnosticados.

El sistema de vigilancia del VIH ha permitido monitorear las tendencias de la epidemia en la población, provincias y municipios y dentro de estos últimos, hasta nivel de su organización de Gobierno de base, los Consejos Populares. Cada Consejo Popular abarca el territorio correspondiente a un Área de Salud, localidad en la que a su vez está ubicado el Policlínico con sus consultorios del médico y enfermera de la familia y demás personal de salud quienes dirigen las acciones contenidas en el plan intersectorial con la participación de la población que atienden y los sectores sociales representados en el consejo popular.

Esta forma de trabajo que utiliza las potencialidades de Gobierno y de Salud a nivel local, ha constituido la principal fortaleza del país para lograr el alcance de los diferentes programas de salud con participación comunitaria e intersectorial, entre los que se encuentra el de ITS/VIH/sida.

La estratificación de la epidemia ha permitido conocer, con relativa certeza dónde son mayores las repercusiones y quiénes son los más afectados por el VIH según sexo, edades, zona de residencia, ocupación laboral, factores de riesgo asociados, antecedentes serológicos previos al diagnóstico, lo que integrado al reporte y seguimiento de las parejas sexuales contribuye a identificar las posibles fuentes de infección y casos secundarios, información que no sólo da la posibilidad de conocer sino también de actuar en el orden preventivo y de diagnóstico precoz de casos y de dirigir las acciones con mayor énfasis en los lugares y grupos más afectados.

Si bien globalmente la epidemia en el país continúa considerándose de bajo nivel, existen sub epidemias concentradas en HSH en una provincia y en 18 municipios con prevalencias superiores al 5%, varios de ellos con altas prevalencias en este grupo vulnerable.

La capital del país, aún cuando en el período que se reporta experimentó disminución de la incidencia de casos de VIH, continúa siendo el territorio más afectado, con tasas de incidencia, morbilidad y prevalencia superiores a la media nacional. En esta provincia se concentra más de la mitad de los casos diagnosticados, enfermos de sida y fallecidos por esta causa del país.

En el bienio 2010-2011 se constató disminución de la incidencia de VIH a expensas de una menor cantidad de hombres diagnosticados. Cerca del 80% de la incidencia fue identificada en personas residentes en los consejos populares más afectados dentro de los 45 municipios priorizados.

La mayor proporción de nuevos diagnósticos se encuentra en los grupos de edades comprendidos entre los 15 y 49 años, manteniéndose estable el grupo de 15 a 24 a expensas de la disminución de la incidencia en jóvenes entre 15 y 19, lo que habla a favor de una baja transmisibilidad del VIH en los últimos años en contraposición a un incremento relativo de la incidencia en edades entre 45 y 54.

Respuesta política y programática

La respuesta del Gobierno cubano se hace visible desde los primeros casos reportados en el mundo, con la elaboración de políticas públicas relacionadas con el tema.

En el orden económico la asignación de presupuesto del Estado para la preparación de los recursos humanos, la participación de los especialistas e investigadores en la búsqueda y detección de los casos y las medidas tomadas para evitar la transmisión por sangre.

Años más tarde, la decisión gubernamental de asignar presupuesto para la producción de drogas antirretrovirales y alcanzar el acceso universal al tratamiento, el fortalecimiento de los laboratorios y el incremento en la compra de condones, lubricantes y pruebas de diagnóstico rápido para el trabajo con los grupos vulnerables son ejemplo de cómo se han ido tomando decisiones según las necesidades de cada momento.

En el orden político la conformación de un grupo gubernamental intersectorial (Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida/GOPELS) para la toma de decisiones en cuanto a las estrategias a seguir y el monitoreo y evaluación de las mismas. A su vez los miembros de GOPELS elaboraron la Respuesta Ampliada a la epidemia teniendo en cuenta su población de riesgo, el objeto social de cada sector y estableciendo los indicadores a evaluar dentro del plan de acción intersectorial.

Las políticas de Comunicación Social a nivel de país constituyen pilares fundamentales de las estrategias para la prevención de las Infecciones de Trasmisión Sexual y el VIH/sida, se elaboran cada dos años y se les da una alta prioridad.

En el orden social se han elaborado resoluciones que brindan protección a los derechos de las personas con VIH y a los hombres que tienen sexo con otros hombres al enunciarse en los lineamientos de Gobierno la No discriminación por orientación sexual explícitamente.

El acceso gratuito a los servicios preventivos y de diagnóstico para toda la población, la atención integral descentralizada e integrada en la Atención Primaria de Salud, el apoyo con suplemento alimentario a las personas con VIH y las garantías laborales y legales establecidas, reflejan el perfil de las políticas públicas en el orden social.

El Programa de Prevención y Control de las Infecciones de Trasmisión Sexual y VIH/sida fue concebido y elaborado en 1986 basado en enfoques de salud pública conocidos y

aplicados en el país para la prevención y control de enfermedades con el propósito de reducir su incidencia y propagación en la población.

Sustentado en los anteriores principios y en la participación comunitaria e intersectorial se implementaron acciones en todo el territorio nacional de carácter permanente dirigidas al diagnóstico precoz de casos y su investigación epidemiológica, la notificación de parejas, la educación de la población y la disponibilidad de servicios de prevención, atención y tratamiento para los afectados.

En cada etapa, la estrategia ha sido revisada y actualizada, intensificando acciones para mejorar los puntos débiles, concentrando esfuerzos en los grupos y lugares más afectados, identificar las buenas prácticas y consolidarlas y avanzar en correspondencia con las lecciones aprendidas y compartidas con el resto de los actores del país, la región y el mundo para cumplir los compromisos nacionales e internacionales contraídos.

Así, durante el año 2011 fue revisada la estrategia nacional para el período 2012-2016, centrando las acciones en las siguientes estrategias:

1. Revisar y actualizar el Programa Nacional de Educación Sexual fortaleciendo el papel de los organismos y organizaciones-implicadas en el tema, rectorado por el MINSAP
2. Fortalecer el componente educativo en ITS y VIH/Sida en los municipios y localidades más afectados según estratificación epidemiológica de la epidemia en el país.
3. Fortalecer el componente de vigilancia y evaluación del programa, la búsqueda activa de casos para el diagnóstico precoz a nivel de la Atención Primaria de Salud
4. Revisar integralmente el componente de atención, tratamiento y apoyo a pacientes para su fortalecimiento en el nivel primario de atención.
5. Redimensionar la prevención, diagnóstico, control epidemiológico, atención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual como tema transversal que

involucra a diversos servicios de salud con énfasis en el programa del médico y enfermera de la familia y en la atención a la mujer.

6. Incorporar la valoración económica a través del sistema de cuentas nacionales de forma sistemática.
7. Dirigir el plan temático de investigaciones en ITS- VIH/sida hacia temas priorizados para la solución de brechas identificadas.
8. Revitalizar la respuesta intersectorial en todos los niveles con énfasis en el área de salud.
9. Intensificar las acciones de prevención, vigilancia y atención de la tuberculosis en personas con VIH.
10. Revisar y actualizar la legislación vigente vinculada a las ITS- VIH/sida.

Ha ocupado un espacio importante los vínculos establecidos con la sociedad civil para lograr sinergia en las acciones que desarrollan organizaciones y redes que agrupan a las personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres y jóvenes.

Se ha fortalecido en la respuesta la atención a temas tales como violencia, género, diversidad sexual y estigma y discriminación, creando alianzas con las instituciones que trabajan estos temas en el país.

El papel de la investigación como diagnóstico basal en el abordaje de la epidemia e instrumento de monitoreo y evaluación pone en evidencia en este período, resultados e indicadores favorables al cambio en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con énfasis en los grupos vulnerables.

II. Panorama general de la epidemia de sida

Las estimaciones realizadas utilizando el Spectrum 4.47 han sido analizadas y contrastadas con los datos de la vigilancia en el país. Las mismas se encuentran dentro del intervalo de valores mínimos y máximos estimados por el área de vigilancia y evaluación del programa con la información disponible en el Registro Informatizado de VIH/sida del Ministerio de Salud Pública.

Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años

Adultos de 15 a 49	2010	2011
Total de Personas con VIH	9,607	10,665
Hombres	7,334	8,239
Mujeres	2,273	2,427
Prevalencia 15 a 49	0,15	0,17

Fuente: Spectrum 4.47 Marzo 2012

Prevalencia de VIH en población de 15 a 24 años

Adultos de 15 a 49	2010	2011
Total de Personas con VIH	641	686
Hombres	447	482
Mujeres	194	204
Prevalencia 15 a 24	0,04	0,04

Fuente: Spectrum 4.47 Marzo 2012

La prevalencia en población femenina de 15 a 24 calculada como sugieren las directrices utilizando el número de embarazadas entre 15 y 24 años testadas para VIH que resultaron seropositivas al VIH en el 2011 (39) entre el número de asistentes a consultas prenatales de esas edades que fueron testadas para VIH (115,358) se obtuvieron resultados similares a los obtenidos con Spectrum (0,03 Vs 0,04). Fuente: Numerador-

Registro informatizado de VIH/sida del MINSAP, Denominador- Dirección de Registros de Médicos y Estadísticas de Salud del MINSAP.

Prevalencia de VIH en población de 15 y más años:

Adultos de 15 a 49	2010	2011
Total de Personas con VIH	12,205	13,692
Hombres	9,418	10,679
Mujeres	2,787	3,013
Prevalencia 15 a 24	0,13	0,15

Fuente: Spectrum 4.47 Marzo 2012

Prevalencia de VIH en personas que practican sexo transaccional (PPST)

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Porcentaje de PPST con VIH	0,99	1,5	0,37

Fuente: Registro Informatizado de VIH/Sida y Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida 2011 de la ONEI).

Este indicador se construye empleando dos fuentes de información. El numerador se obtiene de los datos suministrados por el MINSAP El denominador es una estimación obtenida por la encuesta de indicadores del VIH/sida 2011. Numerador: Número de profesionales del sexo que han sido positivos a la prueba de VIH en los últimos 12 meses

Denominador: Estimación del número de profesionales del Sexo de 15 a 49 años que clasifica según metodología de la encuesta como PPST que se hicieron una prueba de VIH en los últimos 12 meses.

Para las estimaciones de la prevalencia de VIH en HSH se utilizó para este reporte el resultado de la vigilancia en sitio centinela.

El estudio se realizó en un puesto de consejería anónima en una zona céntrica de La Habana aleada a varios sitios de encuentro de la población HSH.

Se llevó a cabo utilizando un muestreo consecutivo durante el período de 1 mes logrando la participación de 484 hombres que tenían sexo con hombres.

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

Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres

Período del estudio	Febrero-Marzo 2010
Nº de pruebas realizadas	484
No Reactivas	448
Reactivas	36
Prevalencia	8%

Fuente: estudio de vigilancia en sitio centinela en La Habana

Se contrastó este resultado con el estimado de prevalencia de VIH en HSH calculado a partir de la estimación de la población HSH (según Encuesta de Indicadores de Prevención de VIH de la ONEI) y el Nº de HSH de 15 a 49 años vivos registrados en el Registro Informatizado de VIH/sida del MINSAP al cierre de 2011. Para el caso de La Habana ambos estimados son iguales (8% Vs 8,07%).

En el estudio se obtuvo información general y de comportamiento:

- El **72,5%** de los participantes en el estudio tenían edades entre **15 y 34 años**
- El **27,7 %** tenían escolaridad secundaria y el **53,3%** preuniversitaria.
- El **74,1%** se habían realizado una prueba de VIH alguna vez en su vida y de éstos, el **76,9%** en el último año.
- El **24%** manifestó antecedentes de síntomas de ITS en el último año y los síntomas más frecuentemente referidos fueron ardor al orinar (36,4%) y secreción uretral o anal (31,3%).

Indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre VIH/sida de 2011

Objetivos		Nº	Indicadores	Resultado
<p>Objetivo 1: Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015</p>	<i>Población general</i>	1.1	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus *	Total- 59,69% Varones- 58,28% Mujeres- 61,18% 15 a 19- 58,22% 20 a 24- 61,02%
		1.2	Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Total- 20,06% Varones- 25,74% Mujeres- 14,09%
		1.3	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Todos- 22,86% Varones- 31,82% Mujeres- 13,62%
		1.4	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	Todos- 46,70% Varones- 50,35% Mujeres- 37,89% 15 a 19- 69,93% 20 a 24- 61,74% 25 a 49- 39,43%
		1.5	Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Todos-21,55 Varones- 18,86 Mujeres- 24,34 15 a 19- 11,49% 20 a 24- 25,14% 25 a 49- 22,58%
		1.6	Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH *	Todas- 0,03% 15-19- 0,01% 20-24- ND

Indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre VIH/sida de 2011

Objetivos		Nº	Indicadores	Resultado
Objetivo 1: Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015	<i>Profesionales del Sexo</i>	1.7	Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención del VIH	Todos- 95,07% Hombres- 92,66% Mujeres- 99,53% <25- 92,82% 25+- 96,11%
		1.8	Porcentaje de profesionales del sexo de 15 a 49 años que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Todos- 69,70% Varones- 70,52% Mujeres- 68,18% <25- 71,30% 25 y más- 68,96%
		1.9	Porcentaje de profesionales del sexo de 15 a 49 años de edad que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Todos- 31,48% Varones- 26,37% Mujeres- 40,95% <25- 32,33% 25+- 31,08%
		1.10	Porcentaje de profesionales del sexo que viven con VIH	PPST- 0,99% Varones- 1,50% Mujeres- 0,37% <24- 0,94% 25+- 1,01%
	<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>	1.11	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de 15 a 49 años que le llegaron los programas de prevención	Todos- 91,78% <25- 92,68% 25+- 91,54%
		1.12	Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo en su última relación anal	Todos- 59,14% <25- 71,30% 25+- 56,47%
		1.13	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de 15 a 49 años que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Todos- 23,27% <25- 19,60% 25+- 24,27%
		1.14	Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con VIH	Todos- 7,44% <25- 6,22% 25+- 8,25%

Indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre VIH/sida de 2011

Objetivos	Nº	Indicadores	Resultado
Objetivo 2: Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015	<i>NO APLICA</i>		
Objetivo 3: Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 6 reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida.	3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión maternoinfantil	99,17%
	3.2	Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	100%
	3.3	Transmisión maternoinfantil del VIH (modelada)	1,08%
Objetivo 4: Lograr que 15 de millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para el 2015	4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretroviral *	Todos- 99,49% Varones- 99,44% Mujeres- 99,71% <15- 100% 15+- 99,49%
	4.2	Porcentaje de adultos y niños que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	Todos- 93,08% Varones- 92,09% Mujeres- 97,01% <15- 100% 15+- 93,06%

Indicadores básicos para el Seguimiento de la Declaración Política sobre VIH/sida de 2011

Objetivos	Nº	Indicadores	Resultado
<p>Objetivo 5: Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas con VIH para el 2015</p>	5.1	Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	Todos- 90,16% Varones- 90,91% Mujeres- 83,33% <15-0 15+- 90,1%
<p>Objetivo 6: Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios</p>	6.1	Gasto nacional e internacional relativo al sida por categoría y fuentes de financiación	Cargado online
<p>Objetivo 7 Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo</p>	7.1	Instrumentos de observación de los compromisos y las políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación, monitoreo y evaluación)	Cargados online
	7.2	Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima del sexo masculino en los últimos 12 meses.	ND
	7.3	Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad *	100%
	7.4	Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses.	ND

* *Indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

Indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA Febrero 2012

Objetivos		Nº	Indicadores	Resultado
Objetivo 1: Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales de VIH para el 2015	<i>Infecciones de Transmisión Sexual</i>	1.17	Porcentaje de mujeres que acuden a servicios de atención prenatal que se realizaron la prueba de detección de sífilis durante la primera visita prenatal en los últimos 12 meses	100% (129493/129493)
			Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal que dieron positivo para sífilis	0.08% (102/129493)
			Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal, positivas para sífilis que recibieron tratamiento	97,06%
Objetivo 3: Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida	<i>Prevención de la transmisión maternoinfantil</i>	3.1	Porcentaje de embarazadas seropositivas al VIH que recibieron antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil	99,17%
	<i>Diagnóstico temprano en niños menores de 12 meses</i>	3.2	Porcentaje de niños nacidos de mujeres seropositivas al VIH a los que se les realizó una prueba virológica de VIH antes de los dos meses de nacido	100%
	<i>Mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH</i>	3.4	Porcentaje de mujeres embarazadas a las que se le realizó una prueba de VIH y recibieron los resultados durante el embarazo, el parto o el post parto, incluyendo las que conocían su estatus serológico ante el VIH	98,5%

Indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA Febrero 2012

Objetivos		Nº	Indicadores	Resultado
<p>Objetivo 3: Eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida</p>	<p><i>Mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH</i></p>	3.5	Porcentaje de mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses	96,7%
		3.6	Porcentaje de embarazadas con VIH evaluadas para elegibilidad para TAR a través del estadio clínico o prueba de CD4	100%
		3.7	Porcentaje de bebés nacidos de madres con VIH que están recibiendo tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión maternoinfantil temprana en las primeras 6 semanas	100%
<p>Objetivo 4: Lograr que 15 de millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretroviral para el 2015</p>	<p><i>Tratamiento del VIH: terapia antirretroviral</i></p>	4.1	Porcentaje de adultos y niños elegibles que están recibiendo actualmente tratamiento antirretroviral	Todos- 99,49% Varones- 99,44% Mujeres- 99,71% <15- 100% 1-4- 100% 5-14- 100% 15+- 99,49%
		4.2	Porcentaje de adultos y niños con VIH que se mantienen en tratamiento 12 meses después de haber comenzado terapia antirretroviral	Todos- 93,08% Varones- 92,09% Mujeres- 97,01% <15- 100% 15+- 93,06%
		4.2b	Porcentaje de adultos y niños con VIH que se mantienen vivos y se conoce que se mantienen en tratamiento 24 meses después de después de haber iniciado tratamiento antirretroviral.	91,4%
		4.2c	Porcentaje de adultos y niños con VIH que se mantienen vivos y se conoce que se mantienen en tratamiento 60 meses después de después de haber iniciado tratamiento antirretroviral.	90,9%

IV. Respuesta nacional a la epidemia de sida

La Salud Pública Cubana, caracterizada por su proyección social, comunitaria e intersectorial, ha demostrado efectividad a partir de sus resultados manifiestos en el transcurso de más de 50 años. Es una de las prioridades del Estado, que con la plena integración de la sociedad desarrolla un conjunto de políticas y estrategias basadas en principios de equidad como expresión de justicia social, según los problemas de salud, bienestar y calidad de vida identificados en cada momento.

El proceso de reordenamiento de la política económica y social en Cuba se ha tomado en cuenta a los efectos de la planeación y materialización de las estrategias de desarrollo económico y social del País. Este enfoque incluye el cumplimiento de las disposiciones de la Declaración del Milenio (2000), en el Objetivo 6 «Contener el VIH y el Sida e invertir el curso de la epidemia en el 2015», la Declaración de Compromiso sobre el VIH/Sida (UNGASS, 2001) «Fortalecer los sistemas de atención de la salud, ampliar el tratamiento, así como hacer frente al VIH/Sida en el mundo del trabajo mediante la adopción de políticas dirigidas a la prevención, la puesta en marcha de programas de atención de la salud en los lugares de trabajo en los sectores público, privado y en el sector informal» y la Declaración de Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe (Méjico, 2008).

La política relacionada con el VIH en Cuba se encuentra incluida en los planes de desarrollo, potencia la participación social e incluye acciones dirigidas a la formación de capital humano, la prevención de las ITS y el VIH/sida, el desarrollo de capacidades y habilidades personales, el diagnóstico precoz, la atención médica, asistencia y apoyo, la creación de entornos favorables, la reorientación de los servicios de salud. Respaldada por un marco legal acorde a las políticas sociales y de salud que garantiza la igualdad de derechos y deberes de todos los cubanos sin discriminación.

Para la implementación de la misma cuenta con el GOPELS, órgano de coordinación multisectorial nacional reconocido oficialmente. Presidido por el Ministro de Salud, constituye el escenario de deliberación de las políticas estatales en materia de ITS

VIH/sida y participa en la evaluación de la respuesta nacional. Cuenta con funciones, atribuciones y objetivos específicos y la participación de los sectores sociales, organizaciones de masas, la sociedad civil y las personas con VIH los cuales representan a sus grupos de las células de base. De igual forma favorece el desarrollo de las capacidades técnicas, la coordinación con otros asociados de ejecución, la información sobre las necesidades prioritarias y fortalece la coordinación de los donantes para evitar la financiación paralela y la duplicación de esfuerzos en materia de programación y preparación de informes

Cuba ha desarrollado una estrategia nacional multisectorial para responder al VIH con participación de la sociedad incluida la sociedad civil y las personas con VIH. Los objetivos de la misma se encuentran en concordancia con los objetivos programáticos y cuenta con asignación de fondos por el Estado.

Contribuyen de manera integrada y con fondos propios en la respuesta los medios de comunicación masiva, los ministerios de Educación, Cultura, Comercio, Trabajo y Seguridad Social, Turismo, Construcción, Justicia, las Fuerzas Armadas y el Ministerio del Interior y las organizaciones de masas entre ellas la Central de Trabajadores de Cuba, la Federación de Mujeres Cubanas, Unión de Jóvenes Comunistas y los Comités de Defensa de la Revolución.

Asociados externos aportan financiamiento que contribuye al desarrollo de los programas relacionados con la estrategia nacional multisectorial.

La estrategia enfoca sus acciones en los ámbitos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH dirigidas a la población general y a los grupos clave de mayor riesgo (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, niños afectados e infectados, personas que practican el sexo transaccional, jóvenes, mujeres, niñas, poblaciones móviles) incluidas las personas con VIH, en los diferentes escenarios, comunidades, escuelas, lugares de trabajo, prisiones, entre otros. Estas acciones, incluyen temas que inciden en la adquisición de las ITS y el VIH/sida como el tratamiento del estigma y la discriminación, la equidad de género, la protección de los derechos, entre otros.

En el periodo que abarca este reporte, el país ha estado inmerso en cambios socio económicos y de reordenamiento estatal, de ampliación de nuevas formas de trabajo y servicios a la población y dentro del Sistema Nacional de Salud se realizaron un grupo de transformaciones dirigidas al reordenamiento de la atención Primaria de Salud y el completamiento de los equipos de salud a nivel de consultorios médicos de la familia. Este proceso ha sido facilitador para el logro de indicadores relacionados con la identificación y manejo de la población de mayor riesgo, el incremento de acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades dirigidas a estas, la disponibilidad de condones en los servicios de salud, el diagnóstico precoz, la disminución de la mortalidad a causa del sida, la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH y el acceso a tratamiento antirretroviral (TAR)

Durante el período se produjeron avances en la respuesta relacionados con:

- Fortalecimiento de la Respuesta Ampliada a la epidemia con participación y movilización activa de los sectores de la comunidad, con énfasis en los municipios priorizados.
- Intensificación de la participación de los grupos vulnerables en las acciones de intervención comunitaria vinculadas al VIH/SIDA.
- Identificación de necesidades educativas en población general y poblaciones clave de mayor riesgo
- Consolidación de la descentralización de la atención integral de las PVVIH.
- Expansión y fortalecimiento de la red nacional para el diagnóstico, la vigilancia y evaluación.
- Reformulación y regionalización de la atención sanatorial
- Perfeccionamiento del plan de investigaciones
- Fortalecimiento de la estrategia de condones

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

Se implementó una consultoría jurídica atendida por personal especializado e integrantes de la Línea de Apoyo a personas con VIH.

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

Los resultados evidencian la exitosa respuesta al VIH, lo que se refleja en los niveles y tendencias de los indicadores epidemiológicos de incidencia y prevalencia del VIH.

De igual manera indicadores como cobertura de tratamiento antirretroviral, disminución de la mortalidad de las personas con VIH y buenas prácticas en atención médica incluida la coinfección VIH- TB, muestran comportamientos favorables. La creación de entornos favorables relacionados con la educación, inclusión social de las personas con VIH y respeto la diversidad sexual son otros factores que garantizan el éxito de la estrategia.

Prevención

El componente educativo y de prevención de la estrategia nacional se encuentra íntimamente vinculado a la implementación de la estrategia nacional de educación sexual. Promueve la información, educación y comunicación y otras acciones de manera estratificada según el comportamiento de la epidemia basada en los pilares de la promoción de salud y prevención de enfermedades dirigida a población general y a poblaciones clave de mayor riesgo con participación de los sectores sociales y la comunidad incluida la sociedad civil. Jerarquiza la capacitación, la comunicación social para el cambio de comportamiento, el asesoramiento y pruebas de VIH como herramienta básica, el mercadeo social de condones y las investigaciones.

Los mensajes de prevención están dirigidos a promover la salud sexual y reproductiva, la equidad de género, la participación de las personas con VIH, modificar comportamientos de riesgo e identificar y minimizar o eliminar cuando sea posible las vulnerabilidades y los riesgos, entre otros.

La red de servicios se ha ampliado garantizando el acceso a los grupos vulnerables con énfasis en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), jóvenes y personas que practican el sexo transaccional (PPST) en las zonas más afectadas. Los servicios de consejería en el sector salud se han fortalecido, al cierre del año 2011 en el 72,29% de los Policlínicos se brindaban consejerías.

El alcance de las acciones de prevención dirigidas a los grupos vulnerables se incrementó en el período: en HSH 25%, jóvenes 23,1%, mujeres 28,9%, PPST 2,9% y un 23,7% en las personas con VIH. Este comportamiento se ha mantenido por tres años consecutivos. Hubo una mayor presencia de mensajes educativos en los medios de comunicación y los temas abordados en los mensajes han estado acordes a los identificados como prioritarios: percepción del riesgo, aceptación a la diversidad, uso de condones, apoyo a las PVVIH entre otros.

El trabajo con promotores voluntarios constituye una fortaleza del programa, en la actualidad se cuenta con 9,171 promotores activos que realizan acciones de prevención

en comunidades y centros de trabajo vinculados a sectores, organizaciones e instituciones.

Las campañas de bien público se han diseñado tomando en consideración las características socioculturales de las poblaciones de mayor riesgo y sus necesidades, dentro de estas se encuentran las dirigidas a HSH, jóvenes, mujeres y personas con VIH, estas últimas dirigidas a prevenir el estigma y la discriminación y a la visualización de la sociedad civil de personas con VIH y sus diferentes áreas de acción.

A lo largo de tres años se ha implementado la campaña con el Lema “*Protégete tú puedes*” dirigida a promover el uso correcto y sistemático del condón. Otras campañas realizadas comprenden la del Verano, dirigida fundamentalmente a jóvenes, la cual se diseña bajo el supuesto que durante el período vacacional se incrementa el riesgo de adquirir una ITS, incluyendo el VIH, la de la Jornada por el 1ro de diciembre, cuyo objetivo es concientizar y favorecer la respuesta ampliada a la epidemia y la de lucha contra la homofobia que promueve el respeto a la diversidad sexual.

La producción y distribución de materiales y soportes como complemento de la labor educativa forma parte de la estrategia nacional.

La labor educativa dirigida a incrementar el acceso al diagnóstico incluye la promoción de los servicios de asesoramiento y pruebas, el Movimiento “Hazte la prueba” y de la importancia de conocer el estado serológico con respecto al VIH. Se realizaron en el 2011 las más altas cifras de pruebas de VIH en un año.

De igual manera se intensificó el trabajo de educación sexual y la estrategia educativa para el uso correcto y sistemático del condón, la cual incluye entre sus áreas de acción, la formación de recursos humanos, garantizar la disponibilidad y acceso de los condones y la promoción de los puntos de venta, siendo una clave para el éxito de la misma el financiamiento asignado por el Estado cubano complementado con el aporte de la cooperación internacional. Durante el año se incrementaron los puntos de venta, existió estabilidad en el abastecimiento nacional y las ventas aumentaron.

La participación de las personas con VIH en las acciones de prevención se incrementó, de igual manera aumentó el número de personas con VIH capacitadas y las acciones para garantizar la sostenibilidad de los equipos de ayuda mutua.

El trabajo intersectorial se reorganizó intensificándose la respuesta de los sectores sociales en sinergia con el sector salud.

Atención, tratamiento, apoyo y mitigación del impacto

La Constitución de la República de Cuba, en sus artículos 1 y 50 evidencia la prioridad que le otorga el Estado a la salud de la población sin discriminación ni exclusión social. La garantía de este derecho se recoge en la Ley de la Salud Pública (Ley 41) que garantiza el acceso gratuito a los servicios médicos de la población en todas las provincias, municipios y localidades del país en dependencia del nivel de atención que precisen y de forma integrada dentro del sistema.

En Cuba se considera la integración de las acciones de prevención, atención, tratamiento y apoyo como parte de una respuesta efectiva al VIH.

La descentralización de la atención y el tratamiento a PVVIH se consolidó en este período de reporte, favorecida por el reordenamiento de la Atención Primaria de Salud y el completamiento de los consultorios médicos de familia necesarios.

Se garantiza así un mejor acceso a los servicios de salud comunitarios donde se integra la atención y el tratamiento del VIH/sida a la atención integral en salud según necesidades de cada persona a través del programa del médico y enfermera de la familia y la derivación a otros niveles de atención si necesario.

Durante el período el país continuó realizando esfuerzos para garantizar la producción de medicamentos antirretrovirales que componen los esquemas de más del 80% de las personas en tratamiento. Otros son adquiridos a través del financiamiento del Fondo Mundial. El 99,49% de los adultos y niños elegibles para protocolos de tratamiento según pautas nacionales, los reciben.

El sistema de información de tratamientos se dirige por el Ministerio de Salud centralizadamente pero integrado en el sistema de información de salud en los territorios, lo que provee un conjunto de datos en tiempo real que permite cualquier tipo de análisis en la cohorte de personas que consumen antirretrovirales.

Al cierre del 2011 el 93,08% de los adultos y niños con VIH se mantienen en tratamiento 12 meses después de haber comenzado terapia antirretroviral. (Varones 92,09%, Mujeres 97,01%, mayores de 15 años 93,06% y menores de 15 años 100%). *Registro informatizado de VIH/sida, MINSAP.*

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

Los esfuerzos realizados muestran resultados positivos en el grado de satisfacción de las personas con VIH con la atención que reciben en los diferentes niveles de atención y en la frecuencia con la que asistieron a los diferentes tipos de atención durante el último año.

Con respecto al 2009 se incrementó al 80,7% el porcentaje de PVVIH satisfechas con la atención que recibieron en la APS. El servicio de salud más visitado por las PVVIH en el último año fue la consulta de infectología en la APS, seguida del consultorio médico de familia en el 51,4%. (*Encuesta a Personas con VIH, ONEI, 2010*)

Cambio en los conocimientos y en el comportamiento

Contribuir al cambio en los conocimientos y el comportamiento ha constituido uno de los principales propósitos de la estrategia desde sus inicios.

La encuesta de indicadores de prevención de VIH, realizada por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI 2011) evidencia cambios en el período 2010-2011:

- El porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus ha incrementado en los últimos años:

<u>2007</u>	<u>2009</u>	<u>2011</u>
Total- 57,79%	Total- 58,4%	Total- 59.69%
Varones- 54,91%	Varones- 57,4%	Varones- 58.28%
Mujeres- 60,84%	Mujeres- 59,5%	Mujeres- 61.18%
15 a 19- 55,88%	15 a 19- 56,2%	15 a 19- 58,22%
20 a 24- 59,88%	20 a 24- 60,6%	20 a 24- 61,02%

- El 93.23% de jóvenes de 15 a 24 años de edad respondieron que “Mantener relaciones sexuales con una sola pareja que sea fiel y no esté infectada es una forma de prevenir la transmisión sexual del VIH, este indicador no muestra variación en cuanto al sexo con discreta variación en cuanto a edades: 92,59% en el grupo de 15 a 19 años y 93,82% en el de 20 a 24.
- El 92.41% de jóvenes de 15 a 24 años de edad conocen que el uso del preservativo durante el acto sexual es una forma de prevención de la transmisión sexual del VIH.
- El 91.92 % de los jóvenes de 15 a 24 años de edad conocen que una persona de aspecto saludable puede tener el VIH, siendo superior en mujeres (93,7%) que en hombres (90,23%) y en los de 20 a 24 años (94,12%) que en los de 15 a 19 (89,48%).

- El 92.24% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad rechaza el planteamiento de que al evitar compartir alimentos con una persona con VIH/sida se puede prevenir la infección por el virus, siendo superior en mujeres (93,49%) y en ambos sexos para el grupo de 20 a 24 años (92,94%).
- Disminuye la proporción de mujeres y hombres de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de 23,7% en el 2009 a 20.06% en el 2011. La disminución es a expensas de los varones que decrecen de 32,1% a 25.74%. En el caso de las mujeres la variación es mínima de 14,8% en el 2009 a 14.09% en el 2011.
- El porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses no mostró variaciones globales, decreció en varones e incrementó en mujeres.

<u>2007</u>	<u>2009</u>	<u>2011</u>
Todos- 22,83%	Todos- 22,8%	Todos- 22,86%
Varones- 35,23%	Varones- 33,6%	Varones- 31,82%
Mujeres- 10,14%	Mujeres- 11,7%	Mujeres- 13,62%

- El 88,51% de las personas que practican sexo transaccional conoce dónde dirigirse para realizarse una prueba de VIH, siendo superior en mujeres (97,03%) que en hombres (83,91%) y mayor en el grupo de 25 a 49 años (90,87%) que en el grupo de 15 a 24 (83,39%)
- El 89,73% de los HSH conoce dónde dirigirse para realizarse una prueba de VIH, siendo mayor en los de 25 a 49 años (90,67%) que en los de 15 a 24 (86,28%).
- El 21,5% de la población de mujeres y varones de 15 a 49 años se realizó una prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoció los resultados. Este porcentaje representa un total de 1 384 609 personas de ese grupo de edad. El 66,7% de las

personas que se hicieron una prueba de VIH en los últimos 12 meses, manifestó que anteriormente alguna vez se había realizado una prueba de VIH.

- Según zonas de residencia: en cabeceras provinciales 24,1%, resto urbano 24,4% y 18,1% rural. Este comportamiento refleja que los mayores esfuerzos en la búsqueda de casos a través de prueba de VIH se realizan en los municipios priorizados.
- El 31,48% de las personas entre 15 y 49 años que practican sexo transaccional y el 23,27% de los HSH del mismo grupo de edad se sometió a la prueba de VIH en los últimos 12 meses y conoció los resultados.
- Incrementa el porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo en su última relación anal y los mayores incrementos se obtienen en los menores de 25 años.

<u>2007</u>	<u>2009</u>	<u>2011</u>
Todos- 55,02%	Todos- 52,1%	Todos- 59,14%
<25- 66,42%	<25- 29,7%	<25- 71,30%
25 y más- 51,98%	25 y más- 57,7%	25 y más- 56,47%

- El 27,53% de los hombres de 15 a 49 años que tienen relaciones sexuales con hombres declaró haber recibido un condón en los últimos 12 meses. Según grupos de edades: 40,5% los de 15 a 24 y 23,9% de 25 a 49.
- El 46,70% de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual (ocasional o no). Es superior en hombres (50,35%) que en mujeres (37,8%) y según grupos de edades mayor en el grupo de 15 a 19 (69,93%).
- El uso de condones en la última relación sexual ocasional en población de 12 a 49 años alcanza en el 2011 el 72,3%. Según zona de residencia es de 78,1% en

cabeceras provinciales (municipios priorizados), resto urbano 69,8% y 66,8% en zona rural y según edades es superior en los grupos de 15 a 19 y 20 a 24 con un 82% y 82,1% respectivamente.

- Incrementó el uso de condones en personas que practican sexo transaccional

<u>2007</u>	<u>2009</u>	<u>2011</u>
Todos- 60,88%	Todos- 56,0%	Todos- 69,70%
Varones- 62,50%	Varones- 52,8%	Varones- 70,52%
Mujeres- 56,23%	Mujeres- 62,6%	Mujeres- 68,18%
<25- 71,20%	<25- 56,1%	<25- 71,30%
25 y más- 57,49%	25 y más- 56,0%	25 y más- 68,96%

Mitigación del impacto

La repercusión social y económica de la epidemia, incide en todas las esferas de la sociedad, afecta a los seres humanos, servicios y estructuras esenciales que son los principales elementos de la respuesta.

Desde los inicios de la epidemia el Gobierno ha designado cuantiosos recursos humanos y materiales para atenuar el impacto de la misma a través de políticas públicas, acciones de promoción, educación y prevención contenidas en la respuesta intersectorial, desarrollo de investigaciones biomédicas en busca de soluciones locales, entre otras acciones.

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

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

Entre las acciones propuestas para minimizar el impacto del VIH se encuentran, la creación de entornos favorables en las comunidades, los lugares de trabajo, servicios de salud, propiciar la participación de la sociedad civil y las personas con VIH en la toma de decisiones, la prevención del estigma y la discriminación relacionados con el VIH, la homofobia, así como el fomento de la permanencia y/o incorporación de las personas con VIH al estudio y trabajo, la revisión y actualización de la legislación entre otras.

V. Prácticas óptimas

La participación del voluntariado del Proyecto HSH Cuba en la prevención del VIH/sida

El proyecto de prevención de sida en hombres que tienen sexo con otros hombres (Proyecto HSH Cuba) surgió en el año 2000 como respuesta a la iniciativa cubana de vincular a las poblaciones más afectadas por la epidemia de VIH/sida en la prevención de la misma. Bajo la asesoría metodológica del Centro Nacional de Prevención de las ITS y el VIH/sida el proyecto está integrado por promotores de salud que, de manera voluntaria, participan activamente como agentes de cambio para con sus pares –la población HSH- y el resto de la sociedad.

Desde su fundación el proyecto cuenta con más de cinco mil promotores formados a lo largo y ancho de todo el país, de los que cerca de dos mil se encuentran trabajando activamente en la promoción de salud y la prevención de las ITS y el VIH/sida. Las principales actividades realizadas por los promotores son las salidas a los sitios de encuentros de la población HSH donde interactúan con sus pares, distribuyen material educativo concebido para los mismos, condones, lubricantes y atienden cualquier inquietud relacionada con las ITS, el VIH/sida o la sexualidad. También participan en los video debates, donde mediante la proyección de filmes de cualquier nacionalidad que traten temáticas afines con su trabajo se propicia un debate entre los participantes que, con el intercambio de criterios e historias de vida, contribuye a la erradicación del

estigma y la discriminación a personas con orientación no heterosexual o portadoras del VIH.

La participación de los promotores del Proyecto HSH Cuba es fundamental en las actividades de los días de Respuesta a la Epidemia de VIH/sida o de Lucha contra la homofobia cuando se movilizan por todo el país con sus chalecos azules organizando actividades educativo-culturales, galas, peñas y buroes de información donde, en integración con promotores de otras líneas de trabajo (mujer y sida, adolescentes y jóvenes, personas que practican el sexo transaccional, la línea de apoyo a personas con VIH...) transmiten el mensaje de promoción de una sexualidad saludable y responsable.

La formación del promotor.

La formación de estos promotores incluye temas básicos como son el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes y su forma de evitarlas, el VIH/sida y sus consecuencias personales, familiares y sociales o las características y propiedades de los condones y papel en la prevención de infecciones. También se les capacita en materia de género, sexualidad y orientaciones sexuales, se les enseña a reconocer la violencia en sus disímiles manifestaciones, se trabaja en el fortalecimiento de la autoestima y se les dota de herramientas prácticas para la comunicación grupal e interpersonal. Todos estos conocimientos se actualizan y refuerzan periódicamente mediante talleres o conferencias y son puestos en práctica en las diferentes actividades en las que participan tanto con los grupos de HSH y el resto de la población a la vez que lo hacen en sus vidas privadas.

Encuentros provinciales, regionales y nacionales de promotores de salud.

Los encuentros de promotores de salud del Proyecto HSH Cuba se realizan en las 15 provincias del país y el municipio especial Isla de la Juventud, constituyendo el marco para el planteamiento y solución de problemas internos del proyecto, el intercambio de opiniones y criterios y uno de los espacios para la capacitación y la actualización de

conocimientos. Tienen carácter provincial, regional y nacional y posibilitan el conocimiento de las diferentes realidades territoriales y la forma en que cada localidad se enfrenta a la epidemia adecuándose a sus características.

El simposio Masculinidad y prevención de sida en Santiago de Cuba.

Desde hace 8 años la ciudad de Santiago de Cuba es la sede del Simposio de Masculinidad y Prevención de sida, el evento científico del Proyecto HSH Cuba. Anualmente se presentan trabajos de gran calidad realizados por los promotores de salud enfocando la prevención de las ITS y el VIH/sida desde el prisma de las masculinidades, el enfoque de género y la diversidad sexual. Investigaciones, propuestas de intervención en poblaciones claves, proyectos socioculturales, guiones para radio o televisión, materiales audiovisuales... son sólo algunos de los resultados obtenidos en las diferentes ediciones del simposio, donde además participan miembros de la comunidad científica cubana como co- auspiciadores o ponentes, elevando el nivel técnico del evento.

Semana de cine de diversidad sexual masculina

La Semana de Cine de Diversidad Sexual Masculina es un espacio que tiene lugar principalmente en las cabeceras de los 45 municipios priorizados del país con el objetivo de sensibilizar a la población promoviendo el respeto a la libre elección de la orientación sexual y de género, visibilizando las diferentes manifestaciones de homofobia o transfobia, violencia o discriminación. Cuenta con una considerable audiencia tanto de HSH como otros sectores de la población.

Campañas de bien público

Una de las estrategias del proyecto ha sido visibilizar su accionar mediante campañas de comunicación dirigidas tanto al público HSH como a la población general. Mensajes dirigidos a promover el respeto a la diferencia –*Todos somos diferentes*- y el uso del condón –*Si lo usas ganas*-, elevar la percepción de riesgo en hombres –*Ocho de cada diez personas con VIH en Cuba son hombres*- o combatir la homofobia –*La homosexualidad no es un peligro, la homofobia si*- han contribuido positivamente a los resultados del trabajo del proyecto.

Promoción de los derechos humanos y el respeto a la diversidad sexual

El Proyecto HSH Cuba trabaja en la reducción de las diferentes manifestaciones de la vulnerabilidad de los HSH a la epidemia de VIH haciendo especial énfasis en sus dimensiones psicológica y social, lo que le fue reconocido en el informe final de la visita de diagnóstico realizada por auditores de la Oficina del Inspector General del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

En el mismo consta que *“El programa diseñado para los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y apoyado por el Fondo Mundial abarca un amplio espectro de actividades, con énfasis en la promoción de los derechos humanos y el respeto de la diversidad sexual. Dicho programa ha permitido reducir de manera significativa la estigmatización de la homosexualidad en la sociedad cubana y estimular el diálogo social y político en torno a los derechos sexuales, algo sin precedentes en América Latina”*.

Los Equipos de ayuda mutua (EAM)

La Línea de Apoyo a personas con VIH (PVVIH) promueve conductas y acciones dirigidas a influir en el mejoramiento de la calidad de vida de estas personas, mediante la capacitación, apoyo mutuo, empoderamiento y participación activa en el componente educativo de la estrategia de prevención y control de las ITS-VIH/sida .

La Línea se ha proyectado, como visión, jugar un papel protagónico dentro del componente educativo, con activa participación en la toma de decisiones sobre temas afines, desarrollando sus acciones mediante proyectos articulados y organizados a todos los niveles del país, a través de equipos de trabajo comprometidos, capacitados y con una alta representatividad dentro de la comunidad de PVVIH y reconocimiento por parte de instituciones nacionales e internacionales.

La Línea ha contribuido a materializar uno de los objetivos principales de la estrategia relacionado con la reducción del impacto de la epidemia, mediante diferentes acciones dirigidas a las PVVIH y al resto de la población.

Desde 1993, cuando se estableció el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), las personas con VIH se reintegran a la convivencia social, asegurándoles una asistencia médica integral desde el nivel primario hasta el nivel terciario. Unido a esto aparece la necesidad de brindarles un espacio confidencial para intercambiar sus experiencias, preocupaciones, inquietudes, ideas e iniciativas, que les facilitara ampliar sus conocimientos, autoestima y crecimiento personal así como ofrecer y recibir ayuda en el nuevo reto de auto-aceptarse y mantenerse insertados en la sociedad.

Por estas razones, fueron creados los Equipos de Ayuda Mutua (EAMs), a los que también pueden integrarse familiares y amigos como una manera de recibir información y apoyo emocional.

El primer EAM surge de forma espontánea y empírica por iniciativa de las propias PVVIH de un municipio de la capital. Con esta experiencia, al surgir en 1998 el Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/sida y la Línea de Apoyo a personas con VIH, se implementó un proyecto, cuyo objetivo principal fue la formación de cuatro EAMs en la capital y uno en cada provincia del país.

En sus inicios, los EAMs fueron instituidos en los municipios más afectados por la epidemia. Sin embargo, por su aceptación entre la comunidad de PVVIH se expandieron a muchos otros, donde incluso las cifras de personas seropositivas no eran las más elevadas.

En la actualidad, el 88% de las personas con VIH del país conocen o han escuchado sobre la existencia de los EAMs, según encuesta realizada por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). De ellas, el 34.9% pertenecen o han pertenecido a alguno de ellos y la mayoría confirma las razones efectivas de esta experiencia.

El 86,7% opina que pertenecer a un EAM le permite intercambiar experiencias, el 73,1% que pueden ofrecer y/o recibir ayuda, el 69,2% porque ayudan a vivir y el 68,9% porque sienten que son aceptados por todos, son las principales opiniones que sustentan la importancia de los EAM.

Estos argumentos inciden todos en beneficio de las personas con VIH, razón por la que se continúa desarrollando esta experiencia, difundiendo sus beneficios, creando nuevos equipos y preservando la integración de los ya existentes.

Atención integral a personas con VIH: la experiencia de La Habana

Con el diagnóstico de los primeros casos de sida en 1986 el sistema de atención a personas con VIH se centralizó en el sanatorio Santiago de las Vegas y ya en la década de los 90 existía una red de sanatorios dotados de personal de salud entrenado en la atención a personas con VIH. Para interconsultas con otras especialidades, el personal

de salud se trasladaba a estos centros y para las intervenciones quirúrgicas y la atención ginecobstétrica se definieron hospitales donde centralizadamente se daba cobertura a este tipo de atención. Las complicaciones propias del sida se atendían solamente en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí en La Habana, a donde debían ser trasladados los casos que requirieran atención terciaria.

Cuando en 1993 se estableció el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA), se define que las personas con VIH que optaran por esta variante de atención recibirían atención integral en su consultorio médico de familia, Policlínico y resto de las unidades de salud de la provincia según fueran sus necesidades individuales de atención, manteniéndose el IPK como centro de referencia para la atención de las complicaciones de todos los casos del país, único lugar donde se realizaban entonces los estudios especiales de seguimiento y donde la microbiología tenía capacidad de respuesta para el diagnóstico de enfermedades oportunistas, muy frecuentes entonces debido a que aún no se disponía de terapia antirretroviral que las previniera. Se definieron algoritmos de seguimiento para la atención primaria básica y se capacitó al personal de salud. Sin embargo, era alto aún el estigma y existían temores tanto del personal de salud como de las propias personas con VIH, quienes luego de muchos años de atención por personal altamente calificado consideraban que no era posible que otros médicos pudieran hacerlo igual.

Muchos prefirieron permanecer en los sanatorios, los que egresaron al sistema ambulatorio seguían viajando a la capital, otros fueron ganando confianza en la atención que recibían en su provincia y espaciaron sus visitas al IPK; para muchos la cercanía representaba una ventaja pero los de provincias lejanas no tenían las mismas posibilidades y existieron inequidades en el acceso a los estudios especiales de seguimiento porque aún no se realizaban en otras provincias.

En el caso de la capital del país, este proceso fue retrasándose debido a que tanto el primer sanatorio como el Instituto Pedro Kourí están ubicados en esta provincia y lo que para el resto del país ya era habitual en materia de atención a PVVIH, no se comportaba

igual en la capital, donde era débil el protagonismo de la Atención Primaria tanto por insuficiente demanda de las PVVIH como porque el IPK asumía las acciones que corresponden al primer nivel de atención.

Como estrategia para insertar la atención al VIH/sida al resto del sistema de atención en salud, se incluye en la estrategia del período 2006-2011, descentralizar la atención, regionalizar los servicios especializados de seguimiento para mejorar el acceso de las provincias lejanas y crear capacidades humanas y materiales con el propósito de mejorar la calidad de la atención cumpliendo los principios de universalidad, accesibilidad y gratuidad que ofrece para todos los cubanos el Sistema Nacional de Salud.

En el período que abarca este reporte concluyó el proceso de descentralización con la integración de la atención integral y apoyo a personas con VIH en el programa del Médico y Enfermera de la Familia, el que tiene como objetivo: contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población mediante acciones integrales dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores de la Atención Primaria de Salud, así como los principios de la Salud Pública y las particularidades de la Medicina Familia Cubana.

La provincia La Habana es la más afectada por la epidemia, atiende un universo de casi 7 mil PVVIH, cuenta con 15 municipios, 83 Policlínicos, 142 Grupos Básicos de Trabajo (GBT) y 1,963 consultorios del médico y enfermera de la familia.

No pocos municipios atienden más de 600 personas, cifra muy superior a la que abarca cualquier otra provincia pero al tener fácil acceso a la atención en el IPK y en el sanatorio Santiago de las Vegas, el proceso de descentralización en la capital tuvo que afrontar retos superiores ya que una parte de la comunidad de PVVIH no sentían como propia la estrategia.

De ahí que los esfuerzos coordinados entre el sector salud y la Línea de Apoyo a personas con VIH fuera decisiva en el diseño, implementación, puesta en marcha y

monitoreo de una estrategia diferenciada para la capital, a la medida de las necesidades de la comunidad y de la organización del Sistema de Salud en la provincia, conociendo que el éxito de la descentralización se ganaba en La Habana.

Se crearon equipos de trabajo integrados por directivos de salud de la provincia, acompañamiento por el nivel central y participación de las personas con VIH y entre todos se diseñaron las acciones y su implementación:

Se realizaron capacitaciones en temas de ITS/VIH/sida al personal de salud de la Atención Primaria de Salud, de hospitales y de farmacias.

Se identificaron especialistas en Medicina General Integral que previamente habían cursado la maestría de infectología en el IPK, fueron captados y entrenados otros hasta contar con la cantidad necesaria para crear 15 consultas de infectología, una en cada municipio, ubicadas en Policlínicos seleccionados donde se brinda atención especializada y seguimiento a la patología de base, en vínculo estrecho con los consultorios Médicos de la Familia en los que se ofrecen el resto de los servicios básicos de cuidado a la salud integral (inmunizaciones, dispensarización y seguimiento periódico, intervenciones educativas integrales al individuo y la familia, control de la adherencia, vigilancia de complicaciones, visitas de terreno, pesquisaje de TB, control de quimioprofilaxis, entre otras) lo que garantiza un mecanismo de referencia y contrarreferencia que favorece el trabajo en equipo y la capacitación continuada.

Para garantizar que la dispensación de ARV se realizara igual que el resto de los medicamentos controlados - en las farmacias comunitarias- con garantía del respeto a la confidencialidad de las personas, se capacitó al personal de las 15 farmacias municipales donde el personal entrenado entrega gratuitamente a cada paciente una vez al mes el esquema indicado por el médico de la consulta de infectología e informa periódicamente al equipo de salud sobre los abandonos o irregularidades en la recogida.

Se establecieron vínculos de trabajo entre las consultas municipales y la red de hospitales de la capital como mecanismo de acompañamiento a la atención hospitalaria e intercambio de información médica.

Para garantizar el seguimiento virológico e inmunológico de las PVVIH controlado por la provincia, se crearon servicios de citometría de flujo y carga viral en laboratorios existentes en Policlínicos y se reforzaron otros.

Para el monitoreo y evaluación de los procesos se creó un espacio de discusión técnica periódico, liderado por el Departamento Provincial de ITS/VIH/sida y en el que participan los médicos de las 15 consultas municipales de infectología, médicos de hospitales, del Sanatorio de Santiago de las Vegas y del IPK, donde se analizan indicadores de morbilidad, mortalidad, casos de coinfección VIH/TB, se presentan temas de interés y se presentan los casos que requieren iniciar terapia y/o cambios de esquemas de tratamiento. Este espacio ha promovido el debate entre especialistas, la divulgación rápida de información de interés para los equipos de trabajo así como que representa un mecanismo de retroalimentación de la marcha de la atención a PVVIH en la provincia.

Eliminación de la transmisión materno-infantil de la Sífilis y el VIH

Los primeros esfuerzos nacionales para el control de la Sífilis congénita datan desde la década de los 70 con la implementación del primer programa de control de Sífilis congénita. Se instituyó la realización de serología VDRL en el primer y tercer trimestre del embarazo y en el post-parto en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud y se garantizó el tratamiento de todas las reactivas y el estudio de la totalidad de los recién nacidos de madres con VDRL reactiva sin concluir o diagnosticadas con Sífilis.

Constituyó una fortaleza para la implementación de este programa de salud, su completa integración a la atención primaria de salud, la formación de personal especializado en control de ITS y la cobertura y accesibilidad a los cuidados prenatales garantizados por el Programa de Atención a la Mujer y al Niño (PAMI).

Las lecciones aprendidas en el control de la Sífilis congénita fueron tenidas en cuenta cuando a partir de 1986 se implementa el programa de prevención y control del VIH/sida con particular aplicación en la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Fue así como en 1987 se adiciona, a la prevención de la sífilis congénita, la realización de prueba de VIH en gestantes en su primera consulta prenatal, a la que asisten en Cuba más del 95% de las embarazadas antes de las 12 semanas de gestación y la suspensión de la lactancia materna a niños de mujeres confirmadas con VIH. Más adelante, los datos de la vigilancia epidemiológica sustentaron la importancia de establecer la realización de una segunda serología de VIH en el tercer trimestre del embarazo, atendiendo a que un número de mujeres eran diagnosticadas con VIH en las últimas etapas del embarazo sin que recibieran las ventajas de las medidas preventivas que se aplicaban en el país.

Al mismo tiempo que se inicia el pesquisaje serológico de la infección por VIH a gestantes y sus parejas sexuales, se implementa el estudio de los niños nacidos de madres seropositivas, tanto desde el punto de vista clínico, como de laboratorio y para ello se contó en los primeros años con ensayos indirectos de detección de anticuerpos.

A finales de la década de los 80 se instituye el parto por cesárea, que junto a la suspensión de la lactancia materna fueron las únicas medidas preventivas que podían aplicarse en aquel momento. La tasa de transmisión maternoinfantil en aquellos años, sobrepasó el 40%.

En la década de los noventa se comienza la utilización de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) como ensayo directo para el diagnóstico precoz de la infección por VIH en niños, siguiendo los esquemas recomendados internacionalmente para la interpretación de los resultados y el tiempo necesario a fin de determinar con certeza si hubo o no transmisión de la infección por el VIH de la madre al hijo y al mismo tiempo se introduce el tratamiento antirretroviral preventivo con Zidovudina oral a la madre y al niño.

A partir del año 2000 se van introduciendo de forma progresiva nuevas estrategias preventivas recomendadas internacionalmente, entre ellas la terapia antirretroviral combinada a embarazadas con CD4 <350ce/mm³ y CV>mil copias, PCR en papel de filtro al niño a los 15 días de nacido, AZT intraparto. En 2008 se completa la estrategia con la aplicación de TAR a todas las gestantes independientemente de sus conteos de CD4 y CV, el seguimiento virológico e inmunológico en los tres trimestres del embarazo y finalmente en el 2011 se norma mantener la terapia después del parto independientemente de los conteos de CD4 y CV así como la realización de la cesárea en el hospital que corresponda según la organización regional de los servicios de salud en el país.

El seguimiento y evaluaciones periódicas de la gestante y sus niños se realizan por el equipo de salud del Policlínico, Consultorio del Médico de Familia y consulta de infectología; las muestras para estudios especiales de mujeres y niños son obtenidas en sus Policlínicos de residencia; se organizó un sistema de envío de muestras desde las provincias hacia los tres laboratorios regionales de carga viral y CD4 y de esta forma, los equipos de salud locales indican los estudios y reciben los resultados, factor que ha contribuido a que sean participantes activos del seguimiento de sus pacientes.

Los mecanismos de referencia y contrarreferencia para la atención a niños con VIH se han fortalecido y además de la atención especial que reciben en su consultorio, policlínico y hospital provincial, existen relaciones de trabajo que permiten su asistencia a interconsultas especiales en el IPK cada vez que sea necesario.

La Sífilis congénita se mantiene eliminada como problema de salud con tasas de incidencia por debajo de las cifras de eliminación establecidas por la estrategia regional de la OMS. En el período 2010-2011 la tasa anual de sífilis congénita fue de 0,01 por mil en el 2010 y 0,02 por mil en el 2011.

La transmisión maternoinfantil del VIH ha sido muy baja. Se han diagnosticado 38 niños a lo largo de la epidemia. De un total de 649 nacimientos, 467 niños han resultado negativos y dados de alta y los 144 restantes se mantienen en seguimiento.

En el año 2011 se atendieron 143 gestantes con VIH; 102 conocían tener VIH (71,3%) y 41 fueron diagnosticadas con VIH durante la atención prenatal (28,7%), 19 decidieron interrumpir su embarazo y 3 abortaron espontáneamente. El 99,17% recibieron terapia combinada para prevenir la TMI, el 100% de sus niños recibieron profilaxis y se les realizaron pruebas virológicas entre los 2 meses y el año de vida.

El seguimiento inmunológico y virológico en los tres trimestres del embarazo, la terapia combinada desde las 14 semanas de gestación, la profilaxis con AZT durante el parto, el parto por cesárea, la sustitución de la lactancia materna y la profilaxis al niño forman parte del protocolo nacional vigente para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH y se cumplió en 92 de las 93 mujeres que parieron en el año, alcanzando la más baja proporción de niños positivos al VIH entre el total de nacimientos con un 1,08%.

Integración de los productos básicos de VIH en el sistema de suministro nacional

La Empresa Comercializadora de Medicamentos (EMCOMED) es la responsable de la recepción, almacenamiento y distribución de todos los medicamentos importados y de producción nacional del Cuadro Básico aprobado por el Ministerio de Salud Pública, además se comercializan reactivos, diagnosticadores y medios de cultivo a toda la red de instituciones de salud.

Para lograr la misión prevista dicha empresa cuenta con una infraestructura conformada por instalaciones en cada provincia del país denominadas *Droguerías* respaldadas por la Licencia Sanitaria de Distribución, así como para dar respuesta a la logística de transportación dispone de tres bases de transporte especializado y equipado con un parque de vehículos avalado con el cumplimiento de las Buenas Prácticas.

Antes del 2010 se comercializaban a través de esta empresa todos los productos básicos utilizados en el programa de VIH/sida excepto los que se adquirían a través de proyectos financiados por el Fondo Mundial, lo que establecía duplicidad de mecanismos para su distribución, análisis de coberturas y controles de inventarios.

En mayo de 2010 se decide por las autoridades competentes que los antirretrovirales, reactivos y diagnosticadores adquiridos a través de los proyectos financiados por el Fondo Mundial, circularan también a través del sistema de EMCOMED; estableciéndose las coordinaciones y funciones de las partes involucradas en todo el proceso: CECMED (autoridad regulatoria para el registro y comercialización de medicamentos); EMED (Empresa Ejecutora de Donativos del MINCEX); Ministerio de Salud Pública (Departamento de ITS/Sida) y EMCOMED (Empresa Comercializadora y Distribuidora de Medicamentos).

Luego de su implementación, los procesos han sido revisados y objeto de visitas de monitoreo por parte de autoridades nacionales y externas incluida la reciente visita de diagnóstico de la Oficina del Inspector General (OIG) del Fondo Mundial, siendo reconocido el sólido sistema y método de trabajo de la empresa ejemplo de buenas prácticas de integración de los programas de suministro de productos necesarios para la atención al paciente con VIH- SIDA a los sistemas nacionales, destacando entre sus principales fortalezas:

- La capacidad de almacenaje de las instalaciones a nivel nacional y en todas las provincias, lo que incluye cámaras refrigeradas dotadas de un sistema automatizado de sensores que permite el monitoreo permanente de los parámetros de temperatura y humedad.
- Personal calificado en todas las instalaciones, con alto nivel de preparación técnica y en constante especialización.

- La existencia de herramientas de trabajo que garantizan el control de los inventarios (Sistema MISTRAL), el correcto loteo y rotación de vencimientos; la trazabilidad que permite el rastreo en retrospectiva de las fechas de entrada y el documento que lo avala; cronología de las salidas y a qué destinos con su respaldo documental, entre otros reportes.
- La validación diaria de movimientos de entrada y salida de cada producto y su actualización permanente en tiempo real a través del sitio web “COMEDICS” por lo que se convierte en un elemento de consulta para avizorar la situación de abastecimiento de toda la red de Droguerías, sirviendo como señal para el reaprovisionamiento de los almacenes cumpliendo una política de coberturas o stock máximo.

Se han establecido relaciones de conciliación entre Salud y EMCOMED en temas medulares como la actualización de planes de consumo y sus análisis de tendencia para oportunamente accionar en la agilización o aplazamiento de la contratación y compra y se trazan estrategias que minimicen los riesgos de vence.

El sistema de suministro y distribución nacional de medicamentos, reactivos y diagnosticadores garantiza el control de los recursos, mostrando confiabilidad de su contabilidad y ostenta el cumplimiento de los estándares mundiales de Buenas Prácticas Farmacéuticas como apego a los sistemas de gestión de la calidad que tienen implícito las mejoras continuas que redundan en un proceso eficiente y eficaz.

Procedimiento para la indicación de tratamiento antirretroviral

El desarrollo en los últimos años de nuevos fármacos y/o formulaciones antirretrovirales y la publicación de múltiples ensayos clínicos en el tema constituyen un reto para los países que como Cuba, no disponen de toda la gama de medicamentos disponibles en el mercado internacional.

Asumiendo el acceso a la atención y el tratamiento como un derecho de todos, el país ha garantizado la producción de los medicamentos que consumen cerca del 80% de las personas con tratamiento. Otros para segunda y tercera línea, se importan con el financiamiento de proyectos del Fondo Mundial.

Asumiendo como propias las recomendaciones de la OMS acerca del establecimiento de una política escalonada de tratamiento con protocolos definidos que posibilite la planificación de los recursos, se han desarrollado experiencias de carácter local y nacional.

Como la dispensación de antirretrovirales nacionales e importados pasó a realizarse a nivel local fue necesario crear mecanismos que a la vez que acercaban el medicamento al lugar de residencia de las personas, posibilitaran a los directivos del programa a nivel nacional y local una adecuada planificación y control de existencias para evitar sobre consumos o desabastecimientos.

Para los medicamentos nacionales, los mecanismos ya existían: las conciliaciones sistemáticas entre farmacias, droguerías y directivos del programa a nivel provincial y la construcción provincial de sus planes anuales basados en sus inventarios, demandas y estimaciones de necesidades futuras constituyen una práctica establecida que a su vez constituye la información que requiere la industria para la producción.

Para los antirretrovirales que se adquieren a través del financiamiento de los proyectos del Fondo Mundial, el mecanismo de planificación y estimación de demandas es central según un presupuesto definido para un plan que contempla el número estimado de pacientes a tratar por cada medicamento de segunda o tercera línea y los empleados en las terapias de rescate.

Con el propósito de optimizar el uso de medicamentos importados sin crear necesidades que no puedan ser posteriormente cubiertas se establecieron comisiones provinciales de discusión de tratamientos para ofrecer al paciente la mejor opción terapéutica disponible,

de manera que le permita transitar por las diferentes líneas terapéuticas recomendadas y normadas en nuestras pautas nacionales y la comisión nacional en el IPK para la discusión de esquemas que contengan medicamentos de importación.

Se establecieron los procedimientos de funcionamiento e interrelación de ambas comisiones: las solicitudes a la comisión nacional se realizan por las comisiones provinciales mediante la asistencia del médico de asistencia o el envío de la solicitud por vía electrónica; en la discusión se tienen en cuenta la disponibilidad del fármaco y los requerimientos del paciente debidamente documentados por el médico solicitante, se registran los casos analizados y se envía respuesta a la provincia de procedencia para la confección del documento establecido para adquirir el o los medicamentos en la farmacia de su lugar de residencia.

El desarrollo de una red de laboratorios que garantiza el acceso a pruebas de diagnóstico

Desde la implementación en 1986 del Programa de Prevención y Control del VIH/Sida en Cuba, uno de sus componentes lo constituyó el diagnóstico de la infección por VIH, el empleo de un algoritmo de confirmación de alta eficacia y el desarrollo de un programa de evaluación externa de la calidad.

Al diagnosticarse los primeros casos de sida en 1986 y contando en ese momento con experiencia en la vigilancia de otras ITS, se consideró indispensable la vigilancia de la infección por VIH y no sólo la de casos sida.

Teniendo en cuenta los niveles muy bajos de prevalencia del VIH en la población cubana, en la definición de la estrategia de diagnóstico a utilizar se decidió emplear aquellas que incluían pruebas suplementarias, respaldadas por un diagnóstico de alta eficacia (sensibilidad y especificidad elevadas). Se constituyó una Red de laboratorios que abarcó todo el país y un Laboratorio Nacional de Referencia para el diagnóstico de retrovirus (LNR), lo que garantizó la cobertura total a los bancos de sangre, Centros

Provinciales y Municipales de Higiene, Epidemiología y Microbiología, hospitales y nivel primario de salud. De un número inicial de 33 laboratorios en 1986, se llegó a 64 en la primera década de trabajo y a 154 instalaciones de este tipo al cierre de 2011 (Figura 1).

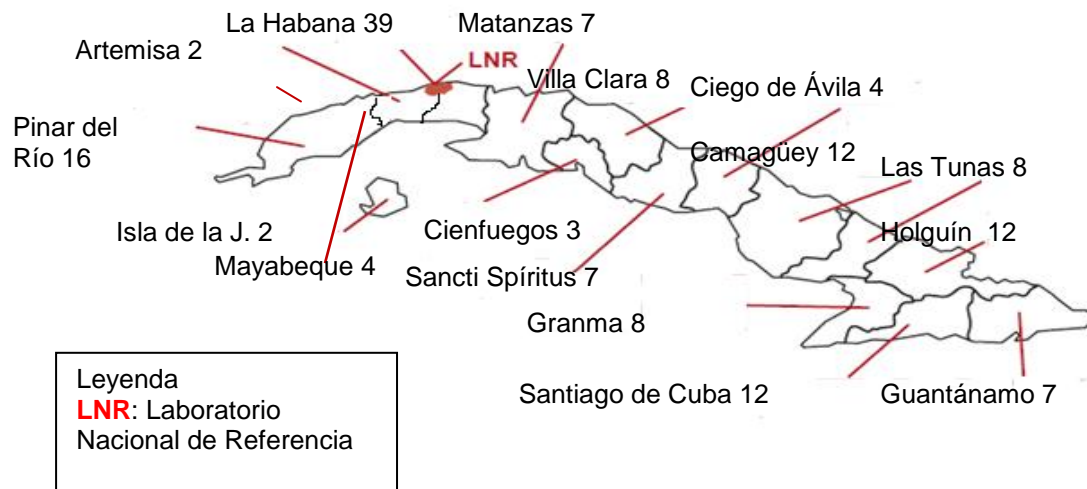
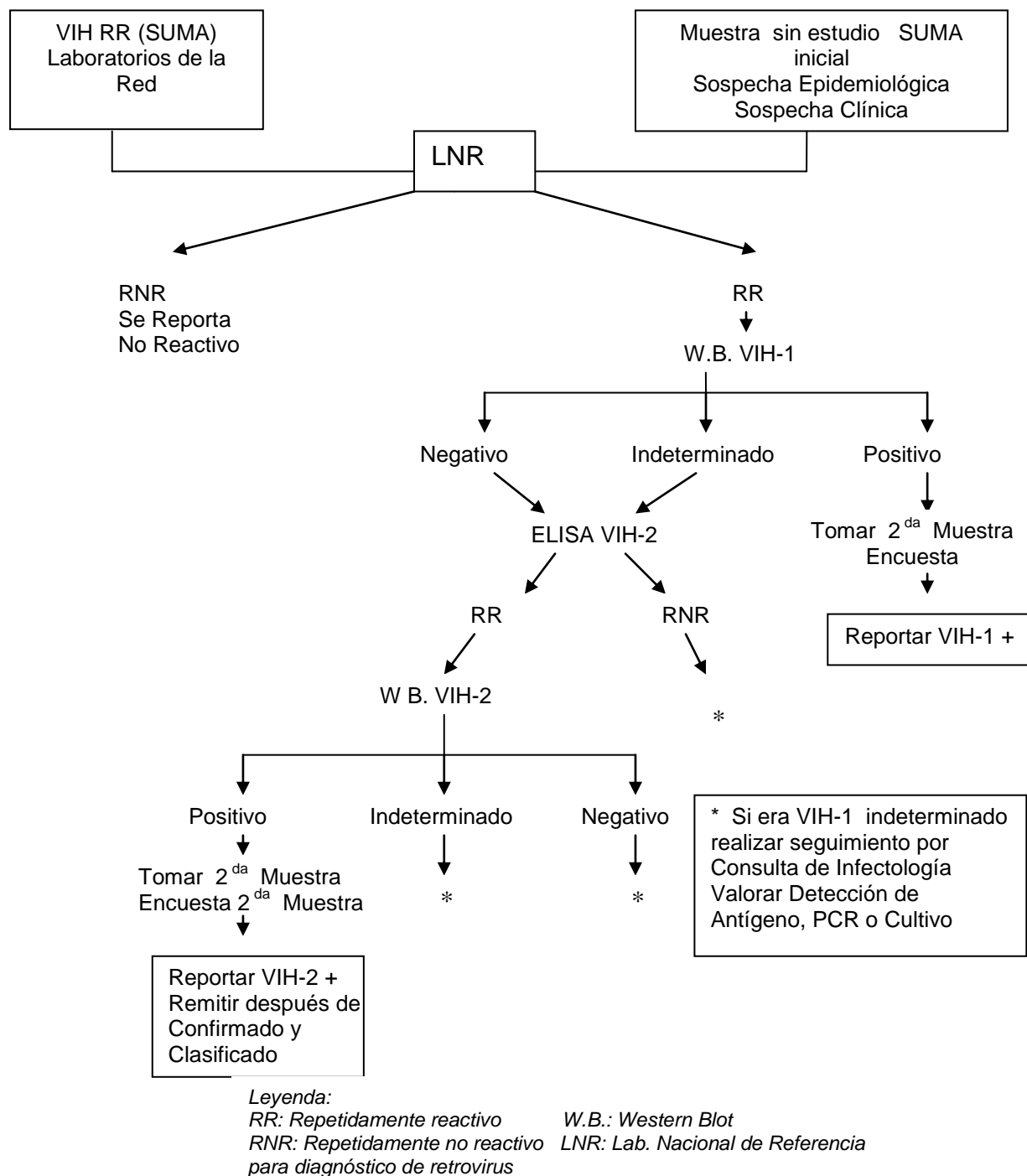


Figura 1. Red de laboratorios para diagnóstico del VIH en Cuba.
 Total: 154 laboratorios

Sobre la base de las recomendaciones de la OMS y criterios de expertos en el diagnóstico de la infección por VIH, se estableció el algoritmo de diagnóstico que se presenta en la Figura 2. Se seleccionaron pruebas de ELISA de diferente principio o antígeno, las que se usaron en el tamizaje y se crearon las condiciones técnicas para asegurar la calidad y el suministro estable del sistema suplementario de Western blot DAVIH BLOT VIH-1.

Figura 2. Algoritmo de diagnóstico de la infección por VIH en Cuba



Para la interpretación del resultado del WB se adoptaron los criterios de la OMS, que exigen reactividad al menos a dos glicoproteínas de envoltura del virus para determinar

que un resultado es positivo. El resultado negativo se define como ausencia de reactividad y cualquier otro patrón de reactividad que no incluya dos glicoproteínas de envoltura se considera indeterminado.

El diagnóstico definitivo de infección por VIH se asumió sobre la base de la confirmación serológica con la prueba suplementaria DAVIH BLOT, en una segunda muestra de la persona, junto al criterio epidemiológico de exposición a la infección y los aspectos clínicos de interés en cada caso.

Se estableció el seguimiento de los niños nacidos de madres seropositivas hasta los 18 meses de edad y para este propósito se diseñó un algoritmo de diagnóstico diferenciado, en el que se incluyeron, además del WB, la detección de material genético viral mediante PCR y la antigenemia mediante un sistema de ELISA de captura de la proteína de 24 Kd (p24). La PCR y la detección del antígeno p24 también se usaron en el seguimiento de personas con resultados indeterminados en el WB y para esclarecer muestras con patrones de reactividad de difícil interpretación.

Los diagnosticadores incluidos en el algoritmo de diagnóstico se evaluaron mediante una metodología acorde a las recomendaciones de las autoridades regulatorias (CECMED, 2007) y se emplearon paneles de muestras de suero o plasma previamente caracterizados por sistemas similares.

Sistema de vigilancia y evaluación

Ya en 1983 aún antes del diagnóstico del primer caso de Sida clínico en 1986 se había establecido un sistema de vigilancia en hospitales y centros de salud en búsqueda de neumonías por *Pneumocystis carinii* o Sarcoma de Kaposi, enfermedades oportunistas que habían caracterizado la epidemia en otros países como los Estados Unidos.

En el mismo año 1986 se comienza el estudio serológico de donantes de sangre y aquellas personas que habían estado en países donde se hubiese reportado el

síndrome, sus parejas sexuales, personas con otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y pacientes con síntomas sugestivos de Sida.

En 1987 se comienza el estudio de las embarazadas en el primer trimestre del embarazo y se agregan los hemofílicos y personas con otras hemopatías que pudiesen haber recibido hemoderivados como factor de riesgo a la infección.

Años más tarde fueron incorporados al tamizaje los donantes de órganos, los nefrópatas y las personas con conducta sexual de riesgo a través de su captación por el médico de familia.

Otros grupos para vigilancia serológica incorporados más adelante fueron las personas que de forma espontánea (confidencial o anónima) solicitaban la prueba y los enfermos de Tuberculosis.

Los objetivos del primer sistema de vigilancia en el país fueron:

- Identificar grupos vulnerables a la infección y personas con conducta sexual de riesgo y orientar la realización de prueba de VIH
- Monitorear la tendencia del proceso de infección- enfermedad por el VIH
- Pronosticar el comportamiento de la epidemia.
- Seguimiento y evaluación periódica del programa

Teniendo en cuenta que con el paso del tiempo y la evolución de las epidemias de VIH/SIDA los sistemas clásicos de vigilancia no podían explicar completamente los cambios a lo largo del tiempo, en 1996 se realiza la primera encuesta nacional de comportamiento que aportó nuevos datos para la vigilancia de segunda generación, permitiendo redirigir las acciones preventivas hacia poblaciones de mayor vulnerabilidad.

Desde el inicio del programa de pesquisaje serológico hasta el 31 de Diciembre del 2011 se habían realizado en todo el país un total de 44 816 869 pruebas de VIH de las cuales

el 17,5% corresponden a donantes de sangre y el 12,9% a embarazadas, grupos internacionalmente considerados representativos de la población general y utilizados para la vigilancia en población de menor riesgo.

También se ha obtenido información sobre la circulación del VIH en grupos de población de mayor riesgo: Captados (personas con conducta sexual de riesgo que son captadas por el personal de salud en la APS), diagnosticados con otras ITS y sus parejas sexuales y los contactos sexuales de personas con VIH.

Este sistema de búsqueda de casos en diferentes poblaciones ha permitido mantener de forma sistemática la vigilancia del VIH a través del tiempo. Los grupos bajo vigilancia han funcionado como grupos centinela y como las pruebas son realizadas en laboratorios ubicados en policlínicos, hospitales, bancos de sangre y centros municipales y provinciales de higiene, epidemiología y microbiología, los datos fluyen por vía estadística desde el laboratorio de origen de la muestra hasta el nivel central de forma que todos los niveles han contado con información para el análisis de las tendencias de la infección en diferentes estratos de la población durante más de 20 años.

De esta manera se han monitoreado durante largo tiempo las tendencias de infección tanto en grupos representativos de “población abierta” como donantes de sangre y embarazadas y en grupos con mayor riesgo de exposición a la infección como son personas con otras ITS, las parejas sexuales de éstos y de las de personas con VIH.

A partir del 2007 se adiciona la vigilancia en sitios centinela dirigida al monitoreo de la infección en grupos vulnerables (como los hombres que tienen sexo con otros hombres, personas que practican sexo transaccional y mujeres en edad fértil) complementada con información sobre conocimiento y comportamiento que se obtiene por medio de encuestas a los asistentes.

El sistema de información de casos de VIH está completamente integrado al sistema nacional de información en salud y provee información consistente en tiempo real.

Cronología de eventos relacionados con la vigilancia del VIH/sida en Cuba

- 1983: vigilancia de enfermedades indicadoras de Sida en hospitales
- 1986: tamizaje de todas las donaciones de sangre y a grupos de población en busca de anticuerpos al VIH.
- 1986: reporte confidencial de casos de VIH, enfermos de sida y fallecidos a causa del Sida
- 1996: vigilancia de comportamiento
- 2001: primer plan de monitoreo y evaluación
- 2007: integración de la información epidemiológica disponible desde 1986 en el registro informatizado de VIH/Sida, sistema de alcance nacional “online” que provee información en tiempo real
- 2007: vigilancia centinela en HSH
- 2011: revisión y actualización del plan de monitoreo y evaluación con inclusión de indicadores de calidad de la atención a las PVIH en el 2011

El Centro de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) realiza cada dos años la Encuesta de Indicadores de VIH/Sida y sus resultados constituyen la principal fuente de información cuantitativa de resultados de las acciones multisectoriales enfocadas a la prevención de ITS/VIH/Sida.

Prevención de ITS y VIH/sida en población trans

El Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) desarrolla un conjunto de acciones encaminadas a la promoción de la salud sexual, la prevención de las ITS- VIH y el fomento del ejercicio de los derechos sexuales en poblaciones clave de la epidemia.

Desde la creación del Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS VIH/sida se ha participado activamente en la elaboración de la Respuesta Ampliada a la epidemia, se redimensionó la estrategia en el año 2003 fortaleciendo el trabajo en poblaciones trans para disminuir la incidencia de estas enfermedades.

Se inició el proyecto HSH travesti teniendo como referente el espacio del CENESEX partiendo del diagnóstico de necesidades en 5 provincias del país. Se utilizaron para el diagnóstico las técnicas de grupos focales, observación en sitios de encuentro y videos debates.

El grupo focal permitió el diálogo y el rapport entre los participantes. Al inicio resultó muy difícil la comunicación grupal ya que no respetaban las normas grupales, la disciplina era precaria por no tener referentes, en muchos casos ni de la familia ni de la escuela, dado que estas personas abandonan sus estudios en edades tempranas por romper con lo pautado socialmente para hombres y mujeres y por el estigma y la discriminación social.

La observación en sitios de encuentro permitió identificar: las formas de relacionarse con amigos y otros hombres que frecuentan estos espacios, los códigos de comunicación para el intercambio sexual, las manifestaciones de violencia verbal y física, y el rechazo de algunos homosexuales hacia la población *trans* por sus comportamientos en dichos espacios.

En las observaciones realizadas en sitios donde se desarrollan espectáculos artísticos se constató la discriminación de que son objeto las personas homosexuales travestis y transexuales mujeres por los transformistas y otros artistas por tener menor nivel educacional, no tener formación artística y no poseer el vestuario adecuado. En este sentido la discriminación no guarda relación sólo con la orientación sexual y la identidad de género pues los transformistas mencionados en su mayoría eran homosexuales sino que la baja escolarización y la falta de educación integral de los travestis y transexuales participantes en estos espacios incidía en la no aceptación.

Se seleccionaron para los videodebates materiales con temas atractivos que abordaron expresiones de la sexualidad en diferentes contextos culturales, materiales educativos de corta duración para mantener la atención ya que no había un desarrollo adecuado de los mecanismos reguladores de la disciplina en los miembros del grupo.

A partir de las necesidades identificadas se diseñaron dos acciones: 1) Curso Imagen social y 2) *Prevenir desde la diversidad sexual*. Programa para la formación de promotores en salud sexual con énfasis en ITS/VIH sida en hombres travestis que tienen sexo con otros hombres.

El taller de Imagen social fue una propuesta alternativa coordinada por un artista del Ministerio de Cultura con el apoyo de otros organismos con el objetivo de contribuir a la formación integral y al logro de habilidades comunicacionales entre la población trans.

El taller contó con 10 asignaturas: lectura, nutrición, expresión oral, decoración, imagen, protocolo, peluquería y maquillaje, diseño de vestuario, panorama de la cultura cubana, armonía y modelaje. Este se realizó en días alternos a los talleres de formación de promotores en salud sexual. Al cierre del taller se realizó la pasarela “Mujeres en el tiempo” con la finalidad de desmitificar la relación entre travestismo y extravagancia en el vestir, lo que permitió desmitificar la existencia de una imagen de persona trans para dar lugar a la visualización de múltiples imágenes acorde a las transidentidades.

“Prevenir desde la diversidad sexual” se diseñó a partir de las necesidades educativas identificadas, se organizó en 10 sesiones cortas con dinámicas grupales. El título del programa no recogía la diversidad de transidentidades en tanto muchas personas no se sentían identificadas con este, lo cual creó mucha inestabilidad en los grupos.

En el 2008 luego de la celebración por primera vez en Cuba del día mundial contra la homofobia se lanza la convocatoria del primer taller de formación de promotores HSH travestis, transexuales y transformistas con la implementación de un nuevo programa “Prevenir desde la diversidad sexual. Herramientas para el autocuidado y la prevención de las ITS y el VIH” teniendo en cuenta no sólo sus códigos, sino también que el diseño de portada respondiera a sus gustos, reflejara la imagen de los y las representantes del grupo, lo cual había sido una demanda y los nuevos temas identificados como necesidades educativas: drogas y VIH; sexualidades diversas y grupos vulnerables;

herramientas prácticas para el trabajo con grupos vulnerables, y salud mental en la prevención del VIH con el objetivo favorecer al desarrollo de habilidades para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH en poblaciones clave. En cada una de las actividades se ofrecen los contenidos básicos para facilitar el trabajo de los multiplicadores del Programa.

La incorporación de personas trans que practican el sexo transaccional y de sus parejas en un programa de capacitación en el tema de ITS VIH /sida y equidad de género ha permitido dirigir acciones específicas a esta población en los sitios de encuentro permitiendo caracterizar mejor a esta población y elaborar los materiales educativos de apoyo.

La formación como promotores de personas transformistas, travestis y transexuales ligadas a espectáculos artísticos se constituyó en una fortaleza para el empoderamiento del grupo trans y para la realización de acciones educativas desde el escenario. El proyecto cultural del cabaret Las Vegas en el que participan promotores y promotoras trans para llevar al público una propuesta de transformismo actual es un ejemplo de cómo el escenario permite desarrollar acciones de prevención en salud sexual, con énfasis en la prevención del VIH.

El trabajo con los grupos de familia de personas trans ha constituido una fortaleza en el trabajo de prevención de salud sexual e ITS/VIH/sida ya que contribuye a mejorar la calidad de vida de estas personas que muchas han dejado sus familias de origen por incomprensiones, y desencuentros dado el estigma y la discriminación, afectando su autoestima y la sensación de estar solas.

Asociado al trabajo de formación de promotores y promotoras en salud sexual se inició la formación de personas trans como activistas de los derechos sexuales con vistas a garantizar el ejercicio de sus derechos sexuales como vía para incrementar la responsabilidad en la prevención del VIH a partir de reducir los riesgos de infección asociados a la homofobia, transfobia y al estigma y la discriminación por orientación

sexual e identidad de género. Igualmente se ha trabajado con multiplicadores/as trans el tema de la violencia como problema de salud y derechos humanos identificándose la existencia de comportamientos violentos en las relaciones de pareja y en el ámbito familiar, lo que influye en la salud integral y en calidad de vida de la población trans.

Las promotoras *trans* han participado en tres encuentros nacionales como proyecto trans, anteriormente lo hacían junto al Proyecto HSH para el análisis del trabajo desarrollado en la prevención del VIH y en la sensibilización de la población para reducir la homofobia y la transfobia.

Los encuentros han contado con un programa de capacitación que incluye la actualización epidemiológica del VIH/sida, vulnerabilidades y sexualidades trans, *Diversidad Sexual y Derechos Sexuales*. Además del análisis de las debilidades y amenazas del trabajo en cada región y los retos y lecciones aprendidas.

Las provincias donde se han realizado los encuentros con participación trans son Villa Clara (Rio Seibabo), Granma, Pinar del Río, Camagüey y Cienfuegos. Los encuentros han permitido el intercambio de experiencias en el trabajo como promotoras y promotores del país y la revisión y aprobación de las estrategias fue un punto importante dentro del taller nacional.

El último encuentro realizado evidenció mejoras en la participación y calidad de los talleres de discusión realizados por las promotoras trans. El chequeo de los acuerdos tomados y la solución de algunos dan muestra de la sistematicidad en el trabajo y los logros, fortalezas alcanzadas así como las debilidades y desafíos reconocidos.

La participación de algunas promotoras y promotores en la socialización de las experiencias de Cuba, tanto en eventos nacionales como internacionales: sidacult, cine pobre, ILGA, Encuentro Centroamericano de la Diversidad Sexual, la participación en la jornada contra la homofobia en paneles teóricos, en el V y VI Congresos de Educación,

Orientación y Terapia Sexual y carta joven 2011 evidencia el empoderamiento de esta población.

La capacitación del equipo gestor constó con un programa académico acreditado en el Instituto Superior de Ciencias Medicas de la Habana, impartido localmente en cada una de las provincias seleccionadas, donde participaron, además de los equipos gestores, profesionales de los territorios, con la coordinación de expertos nacionales e internacionales para un total de 30 capacitaciones. Los beneficiados fueron: 63 personas del equipo gestor con actualizaciones anuales y 312 profesionales.

Otros resultados del programa incluyen la realización de 3 materiales audiovisuales que demuestran la sistematización de las experiencias para la sensibilización y capacitación de actores sociales y profesionales.

Modelo de gestión de los Proyectos Fondo Mundial

La existencia de un Mecanismo de Coordinación de País (MCP) en Cuba favoreció el acceso al financiamiento del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM).

El diseño del Modelo de Gestión para la ejecución de los proyectos, tiene tres componentes: dos de VIH-sida y uno de tuberculosis.

Todo este periodo ha estado caracterizado por la voluntad, el empeño y la flexibilidad de todos para crear los mecanismos y estructuras necesarias, en correspondencia con los requerimientos y estándares del Fondo Mundial, del PNUD que participa en el rol de Receptor Principal (RP) y las normativas propias del país.

Con la elección del PNUD como (RP) el MCP garantizó que el flujo de los fondos aprobados para la ejecución de los proyectos no se afectara a consecuencia de las medidas financieras impuestas por EEUU, protegiendo el pago a las compras de

medicamentos y otros productos que obligatoriamente deben ser importados, a pesar de lo cual no hemos estado exentos de la aplicación de medidas arbitrarias.

Los proyectos del FM, se han desarrollado como un sub-conjunto de los Programas Nacionales y realizado igualmente un trabajo multisectorial con visión nacional y base comunitaria. En consecuencia, el marco de actuación y el enfoque estratégico es compartido con diferentes espacios de la sociedad, sus visiones y estilos de trabajo con las poblaciones en riesgo. Reflejo de ello es el título del primer proyecto Ronda 2 (2003-2008) “Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y atención de la epidemia del VIH/sida en la República de Cuba”.

Encontrándose en el 2006 el proyecto de VIH-sida Ronda 2 en su 4to año de existencia, el MCP consideró la presentación de un nuevo proyecto para dar continuidad a las acciones que se desarrollaban y ampliar el espectro de objetivos, apoyando y acelerando la descentralización que se venía efectuando en la atención a PVVIH. Fue entonces que obtuvimos un segundo proyecto, bajo el título de “Expansión y descentralización de las acciones de prevención del VIH/sida y la atención integral y apoyo a las PVVIH en la República de Cuba”. Este proyecto cierra su actuación en el presente año (2007- 2012).

Mientras transcurría el inicio de Ronda 6, los buenos resultados de Ronda 2 permitieron la oportunidad de un nuevo Proyecto de continuidad (2009-2014) que puso en práctica el Fondo Mundial, por excepción, modalidad conocida como RCC por sus siglas en inglés (Rolling Continuiun Channel).

Desde el inicio del trabajo con el Fondo Mundial resultó significativa la carga de trabajo administrativo-financiero-programático, sin antecedentes de procedimientos tan exigentes en la cooperación internacional y para la organización y coordinación de un gran número de Sub- beneficiarios implicados y se decidió la creación de la Oficina Nacional de Proyectos (ONP).

La primera tarea de la ONP y la Unidad de Programa “VIH/sida” del PNUD fue la de establecer los procedimientos de trabajo, y conformar el compendio de documentos “Responsabilidades y procedimientos para los procesos de trabajo”, con los objetivos de orientar el trabajo de todos los implicados y diseminar la información.

Este diseño inicial de “Modelo de Gestión” contó con la asesoría técnica del Departamento Nacional de ITS-VIH/sida del MINSAP y se integró también a este colectivo la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI) que asumió la tarea de armonizar el instrumental de Monitoreo y Evaluación (M&E) programático con el Marco de Desempeño de los proyectos.

El Modelo de Gestión es completado con el rol jugado por los Sub-beneficiarios, quienes son los responsables directos de ejecutar las tareas y lograr las metas expresadas en el Plan de Acción aprobado por el FM, así como reportar periódicamente -con evidencias- los resultados al MCP.

Las Unidades de Gestión (UG) están formadas por la ONP, ONEI, MINSAP y PNUD, con roles directos en la ejecución del proyecto. En el cumplimiento de sus roles, las Unidades de Gestión se caracterizan por un diálogo fluido en el que prima la concertación y flexibilidad, lo cual constituye una práctica valiosa, no sólo por sus resultados, sino también por el aprendizaje metodológico de todos los actores participantes.

Entre otras acciones se ha dado atención a la preparación de los recursos humanos, en sus diferentes espacios de actuación, lo que apoya al Programa Nacional en la sostenibilidad de los sistemas de trabajo que le son afines.

El establecimiento de planes y mecanismos de M&E con sentido amplio, marca una diferencia con los procesos de seguimiento a los proyectos ejecutados anteriormente por otros donantes, debido al rigor con que se da seguimiento al Marco de Desempeño y los indicadores planificados a través de la comprobación de las evidencias.

El sistema de control de todas las fases del trabajo lo realizan de conjunto las Unidades de Gestión en sus visitas trimestrales a las entidades nacionales y en las programadas a todas las provincias del país. Con estos resultados se construyen los reportes al Fondo y al MCP.

La continuidad del sistema de supervisión a los resultados de los proyectos transcurre con la rendición de cuentas al MCP y las comprobaciones financieras y programáticas que llevan a cabo el Agente Local del Fondo (ALF), las auditorias anuales al proyecto por una firma extranjera, las propias que realiza el sistema de PNUD ocasionalmente y la que corre a cargo de la Oficina del Inspector General del Fondo Mundial.

La evaluación externa se realiza por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) y la interna por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). Del criterio de las supervisiones y de los implicados en los proyectos, se aprecia una efectiva actuación de las Unidades de Gestión en la coordinación, liderazgo y destreza para impulsar la ejecución exitosa de los Sub-beneficiarios, en un escenario que requería la integración y la contribución compartida.

En estos años el incremento de proyectos financiados por el Fondo Mundial impuso nuevos retos y aún sin modificación de su estructura y contenido, ha ocurrido un crecimiento organizacional, a la par que los métodos de trabajo se han expandido a otros proyectos e instituciones.

VI. Principales problemas y acciones correctoras

El equipo de país para la elaboración de este informe ha considerado al período que abarca este reporte, como un período de significativos avances de la respuesta del país en su compromiso por cumplir los ambiciosos objetivos a favor del fortalecimiento de la respuesta al sida contraídos en Junio de 2011 en la Reunión de Alto Nivel sobre el sida.

El análisis periódico de la respuesta en los diferentes niveles de GOPELS, la actualización y revisión de su funcionamiento y el proceso de actualización de la

estrategia nacional llevado a cabo en el 2011 han sido factores facilitadores para colocar al VIH/sida en importantes escenarios de análisis y toma de decisiones en el período.

Entre las principales brechas y desafíos que se han identificado durante todo el periodo de información se señalan:

- Persisten representaciones erróneas en torno al uso del condón, particularmente entre los hombres.
- Aunque respecto al período anterior se reduce el porcentaje de personas con VIH que se han sentido rechazadas por su condición serológica, sigue constituyendo una brecha a tener en cuenta en el diseño de las acciones educativas. **(20,2% en 2009 Vs 13,5% en 2010)**. Si bien existe reducción tanto entre los hombres como entre las mujeres, son ellas quienes perciben con mayor frecuencia este sentimiento **(Mujeres 23,3% en 2009 Vs 14,6% en 2010; Hombres 19,3% en 2009 Vs 13,7% en 2010)**. *Encuesta a PVVIH; ONEI, 2009 y 2010.*
- La exclusión social de lo homosexual (tipificada por la *homofobia*) es aún dominante fundamentalmente entre los hombres, aunque tiende a disminuir debido a la creciente difusión del respeto a la diversidad sexual.
- Todavía resulta insuficiente el alcance de las acciones educativas dirigidas a las personas que practican sexo transaccional. Fue el grupo en el que se produjo el menor incremento en el alcance en el 2011 con respecto al 2010 (2,9%)
- La preparación técnica de los equipos de trabajo tanto de profesionales como de los representantes de los grupos vulnerables a nivel local puede ser mejorada.
- La adherencia al tratamiento antirretroviral es un desafío permanente para mantener los resultados de impacto alcanzados en la mortalidad y sobrevida.
- Alcanzar la sostenibilidad de la respuesta ante el inminente agravamiento de la crisis económica mundial y las limitaciones objetivas de acceso a financiamiento procedente de la cooperación internacional.

Respecto al 2009 varios son los avances que se señalan:

- Por tres años consecutivos incrementó el alcance de las acciones educativas en las diferentes poblaciones clave de mayor riesgo.
- Se incrementó la búsqueda de casos de VIH en el nivel primario de atención entre poblaciones clave de mayor riesgo (**1, 064,231 pruebas de VIH en el 2011 Vs 962,879 en el 2010**). *Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública.*
- Incrementa la proporción de casos que se diagnosticaron en etapas precoces de la infección, disminuyendo en correspondencia el diagnóstico tardío de casos.
- Se mantienen los resultados de impacto del acceso a la TARV siendo muy altos los niveles de sobrevida entre las personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral.
- Se mantuvieron eliminadas la sífilis congénita (Tasa de incidencia en el 2010: 0,01 y en 2011: 0,02 por 1000 nacidos vivos) y la transmisión maternoinfantil del VIH, siendo esta última en el 2011 la más baja de la epidemia (1,08%).
- Se vio fortalecida la vigilancia de segunda generación dentro del sistema de vigilancia y evaluación del programa.
- Concluyó la descentralización de la atención integral y se evidenciaron avances en la participación y actuación de los equipos de la Atención Primaria y Secundaria de Salud en los procesos de atención integral a personas con VIH.
- Se introdujeron resultados relevantes de investigaciones que han permitido reorientar las acciones, sobre la base de evidencias científicas.
- Se amplió el acceso a condones y lubricantes y se garantiza la continuidad de suministro para los próximos años.

Entre las principales acciones a desarrollar y a fortalecer en el próximo período se han identificado:

- Realizar esfuerzos sostenidos para mantener los resultados alcanzados en indicadores de impacto nacional e internacional

- Fortalecer el primer nivel de atención y la calidad de los servicios.
- Consolidar el trabajo intersectorial hasta lograr una respuesta preventiva integrada dirigida a los hombres que tienen sexo con otros hombres y a las personas que practican sexo transaccional.
- Perfeccionar el enfoque integral de atención de las Infecciones de transmisión Sexual.
- Elevar los niveles de trabajo de las PVVIH en las áreas de salud y consejos populares más afectados por la epidemia.
- Actualizar la legislación vigente acorde a las necesidades actuales
- Ampliar los conocimientos sobre los deberes y derechos y la legislación en general de las PVVIH
- Sistematizar la estrategia de Comunicación Social en ITS-VIH/sida 2012-2013 priorizando temas que permitan superar tabúes culturales, mitos y prejuicios relacionados con el uso del condón.
- Redimensionar la estrategia educativa dirigida a continuar reduciendo el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH tanto a nivel de los servicios de salud como en otros ámbitos donde se trabaja intersectorialmente.
- Desarrollar investigaciones socioculturales que aborden la estructura de significados, prácticas y discursos de la masculinidad para lograr una intervención comunicacional que contribuya a disminuir actitudes homofóbicas.

VII. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país

El esfuerzo nacional por fortalecer la respuesta al VIH/sida ha contado con el apoyo y la colaboración de agencias, organismos y organizaciones internacionales (ONUSIDA, UNICEF, FNUAP, PNUD, UNESCO, OMS-OPS) así como organizaciones No gubernamentales (Medisuize, HIVOS de Holanda, Solidarite Cuba- Luxemburgo, ONG Fondos de Cooperación de Bélgica- FOS y el Fondo Mundial de Lucha contra el sida , la tuberculosis y la malaria (Ronda2, Puente, RCC, Ronda 6 y Ronda 7), que se han materializado a través de proyectos específicos dirigidos al fortalecimiento de las acciones para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

El trabajo conjunto entre autoridades nacionales y donantes ha sido práctica común en el proceso de identificación de prioridades y el punto de partida lo ha constituido la evaluación del Plan Nacional, el análisis de la situación y la identificación de brechas para hacia éstas enfocar el apoyo de las partes asociadas.

Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

Se destaca por su contribución al fortalecimiento de la respuesta a través del financiamiento de dos proyectos que aportan el mayor número de fondos procedentes de la colaboración para el fortalecimiento de la respuesta nacional intersectorial a la epidemia de VIH/sida. Ambos proyectos tienen como propósito disminuir los efectos negativos de la epidemia, prolongar la vida de los afectados y mejorar su calidad de vida.

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Cuba, actúa como Recipiente Principal, su participación abarca los sistemas de Gestión Financiera, Institucional y Programático, Gestión y Contratación de Suministros, Sistema de Supervisión y Sistema de Monitoreo y Evaluación y ha propiciado asistencia técnica a las instituciones cubanas que han trabajado al apoyo de los sistemas anteriores, lo que sumado a la experiencia de trabajo le permite afrontar con las capacidades adecuadas la implementación del proyecto.

ONUSIDA

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

UNFPA

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

UNICEF

Vinculado a los proyectos de Prevención del VIH/sida en adolescentes, apoyo psicosocial a niños y adolescentes afectados por el VIH y consolidación de la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Apoyo a centros comunitarios municipales.

UNESCO

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

HIVOS Holanda

Desarrollo de la capacidad organizativa de las PVVIH y consolidación de los equipos de ayuda mutua y de trabajo de los Grupos de Prevención de sida.

Fondos de Cooperación de Bélgica

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

OPS-OMS

Apoyo a la implementación del Plan Estratégico Regional de ITS/VIH/SIDA, a la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil de Sífilis y VIH, así como la asistencia técnica y el desarrollo de capacidades locales.

VIII. Entorno de Monitoreo y Evaluación

La estrategia nacional cuenta con un Plan de Monitoreo y Evaluación con indicadores definidos para la evaluación de procesos, resultados e impacto y con personal encargado de la vigilancia y evaluación a nivel nacional, provincial y local.

El primer plan de M&E se construyó en 2001 dentro del Plan Estratégico Nacional para el período 2001-2006. Se revisó integralmente en el 2007 y en el 2011, perfeccionándose en cada una de las etapas. Hoy cuenta con un total de 52 indicadores de proceso, resultado e impacto y en la última actualización se adicionaron indicadores para evaluar la calidad de la atención y cuidados.

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, información generada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, reportes provinciales, los sistemas informatizados online de coberturas de reactivos y medicamentos, los reportes de los laboratorios regionales, así como la que aportan las encuestas nacionales de vigilancia del comportamiento. Todas son utilizadas integralmente para el análisis técnico periódico de la estrategia y la corrección de acciones en función de los resultados.

Existe un flujo de información desde el nivel local hasta el central. La información, una vez validada y procesada por el equipo nacional de Vigilancia y Evaluación se utiliza para la planificación de los recursos de las diferentes áreas programáticas en términos de personas a tratar, necesidades de atención y seguimiento, planificación de necesidades de medicamentos, condones, materiales educativos, servicios de consejería

y pruebas, etc.,garantizando que las acciones de prevención y apoyo sean incluyentes y se dirijan con más énfasis hacia los grupos poblacionales más afectados por la epidemia.

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

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

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