



Programa de Prevención y Control de las ITS, el VIH y las Hepatitis

Prevención, diagnóstico y atención del VIH en grupos de población clave

Pautas para la Atención Primaria de Salud

2021



PUBLICACIONES INSTITUCIONALES • PROGRAMAS

**Prevención, diagnóstico y atención
del VIH en grupos de población clave**

Pautas para la Atención Primaria de Salud

Prevención, diagnóstico y atención del VIH en grupos de población clave

Pautas para la Atención Primaria de Salud



Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Prevención y Control de las ITS, el VIH y las Hepatitis. Departamento de ITS, VIH y Hepatitis. Prevención, diagnóstico y atención del VIH en grupos de población clave. Pautas para la atención primaria de salud / Departamento de ITS, VIH y Hepatitis. — La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021. 72 p.: il., tab. — (Publicaciones institucionales. Serie Programas)

-
-

Infecciones por VIH/prevención & control, Infecciones por VIH/epidemiología, Enfermedades Virales de Transmisión Sexual/prevención & control, Poblaciones Vulnerables, Grupos de Riesgo, Atención Primaria de Salud/métodos

WC 503.6

Edición: Dr. C. Diana E. Prieto Acosta

Diseño, ilustraciones y maquetación: D. I. José Manuel Oubiña González

© Departamento de ITS, VIH y Hepatitis, MINSAP, 2021

© Sobre la presente edición: Editorial Ciencias Médicas, 2021

ISBN: 978-959-313-854-3

ISBN: 978-959-313-855-0 PDF

ISBN: 978-959-313-856-7 Epub

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23 No. 654, entre D y E, El Vedado, La Habana

CP 10400, Cuba

Teléfono: +53 7 836 1893

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Sitio web: www.ecimed.sld.cu



Autor

Jacqueline Sánchez Fuentes

Máster en Promoción y Educación para la Salud
Especialista de I Grado en Medicina General Integral
Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana



Colaboradores

María Isela Lantero Abreu

Especialista de I Grado en Epidemiología
Departamento de ITS, VIH y Hepatitis, Ministerio de Salud Pública
Profesora Asistente
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

José Joanes Fiol

Especialista de I Grado en Epidemiología
Departamento de ITS, VIH y Hepatitis, Ministerio de Salud Pública
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Yandi Alberto Betancourt Llody

Máster en Promoción y Educación para la Salud

Máster en Educación Superior

Licenciado en Psicología

Profesor Asistente

Investigador Agregado

Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades

Universidad "Máximo Gómez Báez" de Ciego de Ávila

Isis Cancio Enrique

Especialista de I Grado en Medicina Interna

Departamento de ITS, VIH y Hepatitis, Ministerio de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Tatiana Durán Morales

Máster en Atención Primaria de Salud

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Profesora Asistente

Departamento de Atención Primaria de Salud, Ministerio de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Carlos Alejandro López Lima

Máster en Atención Primaria de Salud

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Profesor Asistente

Departamento de Atención Primaria de Salud, Ministerio de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

Víctor Lorente Díaz

Especialista de I Grado en Medicina General Integral

Departamento de Atención Primaria de Salud, Ministerio de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

“En prever está todo el arte de salvar”

José Martí



ecimed
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Nómina de siglas utilizadas

3TC	lamivudina
AAR	anoscopía de alta resolución
ADD	agentes antivirales de acción directa
Anti-VHC	anticuerpo contra la hepatitis C
APS	Atención Primaria de Salud
ARV	antirretroviral
CD4	linfocitos CD4
CMPBC	consultas municipales de patología benigna de cuello
CTX	cotrimoxazol
CV	carga viral
DAB	dolor abdominal bajo
EBS	equipo básico de salud
EDAR	examen digital anorrectal
EDO	enfermedad de declaración obligatoria
FTC	emtricitabina
FV	flujo vaginal
GBT	grupo básico de trabajo
HBsAg	antígeno de superficie de la hepatitis B
HSH	hombres que tienen sexo con otros hombres
IAVPH	infección anal por virus del papiloma humano
ITS	infección de transmisión sexual
MGI	Medicina General Integral
MSC	mercadeo social de condones
NAI	neoplasia anal intraepitelial
NIC	neoplasia intraepitelial cervical

ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONEI	Oficina Nacional de Estadísticas e Información
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAMI	Programa de Atención Materno Infantil
PC	personas de los grupos de población clave
PCR	reacción en cadena de la polimerasa (siglas en inglés de <i>polymerase chain reaction</i>)
PEN	plan estratégico nacional
PEP	profilaxis posterior a la exposición
PPD	derivado proteico purificado de la tuberculina (siglas en inglés de <i>purified protein derivative</i>)
PPST	personas que practican sexo transaccional
PrEP	profilaxis previa a la exposición
PVV	personas que viven con el VIH
RPC	riesgo preconcepcional
SIRI	síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria
SOJ	servicios de orientación jurídica
SSR	salud sexual y reproductiva
SU	secreción uretral
TAR	tratamiento antirretroviral
TB	tuberculosis
TDF	fumarato de disoproxilo de tenofovir
TDO	tratamiento directamente observado
TGI	tracto genital inferior
TIC	tecnologías de información y comunicación
TPC	terapia preventiva con cotrimoxazol
TPI	tratamiento preventivo con isoniazida
VDRL/RPR	Pruebas para el diagnóstico serológico de la sífilis; siglas en inglés: <i>Venereal Disease Research Laboratory/ Rapid Plasma Reagin</i>
VHB	virus de la hepatitis B
VHC	virus de la hepatitis C
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	virus del papiloma humano

Contenido

Introducción/ 1

Grupos de población clave, poblaciones adicionales transversales y grupos vulnerables/ 1

Poblaciones adicionales transversales/ 1

Grupos vulnerables/ 2

Infección por VIH en los grupos de población clave/ 3

Mujeres transgénero/ 4

Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres/ 5

Personas que practican sexo transaccional/ 6

Dispensarización de los grupos de población clave en la Atención Primaria de Salud/ 6

Registro/ 8

Evaluación (tamizaje)/ 9

Intervención (vinculación a servicios de prevención)/ 12

Seguimiento en servicios de prevención / 15

Referencias bibliográficas/ 16

Intervenciones clave de prevención/ 18

Estrategias de prevención combinada de la infección por el VIH/ 18

Estrategias biomédicas/ 18

Programas integrales de mercadeo social de condones y lubricantes/ 18

Servicios de prueba de VIH y asesoramiento correspondiente/ 20

Prevención mediante antirretrovirales/ 24

Tamizaje y tratamiento de ITS/ 26

Intervenciones relativas a la salud sexual y reproductiva y los derechos/ 29

Estrategias comportamentales/ 35

Estrategias estructurales/ 36

Referencias bibliográficas/ 39

Tratamiento, atención y apoyo a las personas que viven con el VIH/ 42

Prestación de servicios diferenciados de tratamiento antirretroviral/ 42

Marco de atención diferenciada/ 42

Intervenciones clave en los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo/ 44

Mejora continua de la calidad de los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo al VIH/ 45

Optimización de las pruebas de carga viral como preferencia para monitoreo del tratamiento antirretroviral/ 47

Seguimiento sistemático de la carga viral para detectar el fracaso virológico/ 48

Vigilancia de la farmacoresistencia del VIH/ 51

Vigilancia rutinaria de los indicadores de alerta temprana de farmacoresistencia del VIH/ 52

Prevención y manejo de coinfecciones/ 53

Tuberculosis/ 53

Hepatitis virales/ 56

Referencias bibliográficas/ 58

Organización de la respuesta al VIH en la Atención primaria de salud: evaluación inicial, planificación y vigilancia/ 61

Evaluación inicial: entender la epidemia y la respuesta a ella/ 61

Planificación y ejecución de la respuesta/ 62

Monitoreo y evaluación de la respuesta/ 63

Proceso continuo de planificación y elaboración de la respuesta/ 65

Referencias bibliográficas/ 70

Bibliografía consultada/ 70

Anexos/ 71

Anexo 1. Marco global de resultados de la implementación de las estrategias combinadas de prevención dirigidas a los grupos de población clave/71

Anexo 2. Marco global de resultados de la implementación de las estrategias de atención y cuidados dirigidas a personas que viven con el VIH/72



Introducción

Grupos de población clave, poblaciones adicionales transversales y grupos vulnerables

La heterogeneidad del comportamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y las hepatitis víricas subraya la importancia de identificar las personas de los grupos de población clave (PC) para planificar y programar de forma eficiente los servicios de prevención, tratamiento y atención (MINSAP, 2018).

En correspondencia con los datos de prevalencia disponibles y los principales riesgos asociados a la infección por el VIH, las hepatitis y otras ITS, se han identificado subgrupos de población clave hacia los que se dirigen intervenciones preventivas específicas (Fig. 1.1).

Las definiciones utilizadas en este documento están alineadas con las establecidas en el documento de orientaciones terminológicas de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2015) y con las de otros documentos publicados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018).

Poblaciones adicionales transversales

Las mujeres en toda su diversidad, experimentan una creciente vulnerabilidad biológica a las ITS, el VIH y las hepatitis, y están expuestas de manera desproporcionada a la violencia y a otras formas de opresión de género que incrementan el riesgo de contraer estas infecciones. De igual modo, son múltiples las vulnerabilidades superpuestas que enfrentan los jóvenes de los grupos de población clave, así como las diferentes necesidades determinadas por la edad, los comportamientos específicos, las complejidades de su entorno social y jurídico, y el entorno epidémico.


Mujeres transgénero	HSH	PPST
<p>Transgénero es un término general para todas las personas que tienen una percepción interna de su género (identidad de género) que difiere del sexo con que nacieron. Una mujer transgénero es una persona que ha nacido con sexo masculino pero se identifica a sí misma como mujer. Debido a estos diferentes perfiles de riesgo, este documento se enfoca en las mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres</p>	<p>La categoría de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) es una expresión definida por las prácticas sexuales. En este término hombre remite al sexo con que se nace y, relación sexual, al sexo anal con penetración y al sexo oral. Esta definición es independiente de la motivación para participar en las relaciones sexuales, de la orientación sexual declarada por los individuos y de la identificación con cualquier comunidad o grupo social</p>	<p>Las personas que practican sexo transaccional (PPST) incluyen a las personas mayores de 18 años de edad que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de forma regular u ocasional. Esta definición también es independiente de si la persona se autoidentifica como tal</p>
<p>Transversales: mujeres y jóvenes</p> 		

Fig. 1.1. Definiciones operacionales de los grupos de población clave (OPS, 2019).

Grupos vulnerables

Siempre es importante analizar la epidemiología, pero en todos los contextos hay grupos y comunidades que quedan fuera de la definición de “grupos de población clave”, ofrecida anteriormente, pero experimentan una vulnerabilidad y repercusión mayores frente a las ITS, el VIH y las hepatitis.

En aras de centrar la atención en ellos, para formular y adaptar los servicios adecuadamente se definen los grupos vulnerables que ilustra la figura 1.2. Estos grupos pueden incluir a personas cuyos contextos o situaciones las hacen especialmente vulnerables, o que sufren desigualdad, prejuicios, marginación y limitaciones en sus derechos sociales, económicos, culturales y de otro tipo.

En términos generales, el Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida y Hepatitis debe usar una combinación apropiada de estrategias y enfoques, así como conferir prioridad a los grupos de población clave, sin descuidar las necesidades de los grupos vulnerables, a fin de lograr un acceso realmente universal a la salud.

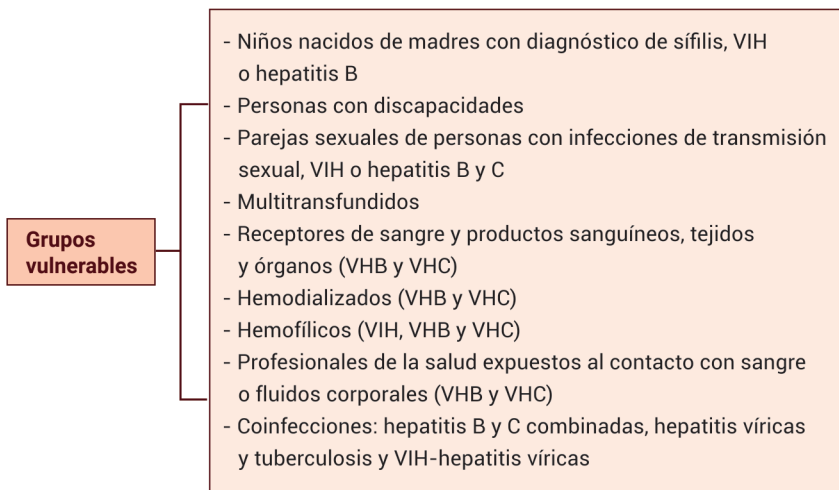


Fig. 1.2. Grupos vulnerables identificados. Fuente: Adaptado de MINSAP (2018).

Infección por VIH en los grupos de población clave

El Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/sida y Hepatitis reporta que al concluir 2019 y desde 1986 se han diagnosticado 33 587 casos de VIH: 6 553 mujeres (19,51 %) y 27 034 hombres (80,49 %), que han ocurrido un total de 6 175 muertes y que viven con el VIH 27 412 personas (81,6 %) (MINSAP, 2019). La vía de transmisión del 99,7 % de los casos ha sido la sexual, mientras que la parenteral es prácticamente nula y la maternoinfantil ha mantenido tasas muy bajas. Esto último hizo que Cuba fuera el primer país del mundo en obtener la certificación de su eliminación, que le fue otorgada por la Organización Mundial de la Salud en 2015 y le fuera recertificada en 2017 y 2019.

En los últimos 5 años se diagnosticaron entre 2100 y 2500 casos nuevos de VIH anuales, con un peso porcentual del 40 % en la capital. El año 2018 fue el de mayor reporte, que disminuyó un 4 % en el 2019. Los grupos de edades que más casos aportaron en este período fueron, en el siguiente orden, los siguientes: 40 a 49 años, 25 a 29 años, 20 a 24 años, y 50 años y más. Los hombres aportan alrededor del 80 % de casos anuales y, dentro de ellos, los hombres que tienen sexo con otros hombres están significativamente más afectados e impulsan la epidemia. De forma acumulada representan el 70 % del total de casos diagnosticados en el país y el 86,3 % entre los del sexo masculino.

En el período 2009-2018, la mortalidad a causa del sida presentó una tendencia ascendente hasta el 2016 (3,9 por 100 000 habitantes), para luego decrecer discretamente en el 2017 (3,62) y en el 2018 (3,60). En las encuestas sobre las causas de los fallecimientos, entre los factores vinculados a la muerte se han identificado, con mayor frecuencia, la falta de adherencia a los tratamientos, la interrupción de las terapias y las pérdidas de la observación. La mortalidad a causa del sida continúa siendo un desafío para el programa nacional.

Con los datos programáticos, al concluir 2019 la prevalencia de VIH en la población joven es del 0,1 % y la de 15 a 49 años del 0,4 %. Esta última es superior en La Habana (0,8 %) y en el municipio especial Isla de la Juventud (0,6 %), e igual a la que se documenta en Santiago de Cuba (0,4 %). Del resto de las provincias, nueve tienen estimados de prevalencia del 0,3 % y cuatro del 0,2 % (Fig. 1.3). La epidemia está altamente concentrada entre los grupos de población clave, especialmente mujeres transgénero (23,1 %) y HSH (6,3 %). Son claros los motivos epidemiológicos por los que los programas contra la infección por el VIH deben centrarse en los grupos de población clave.

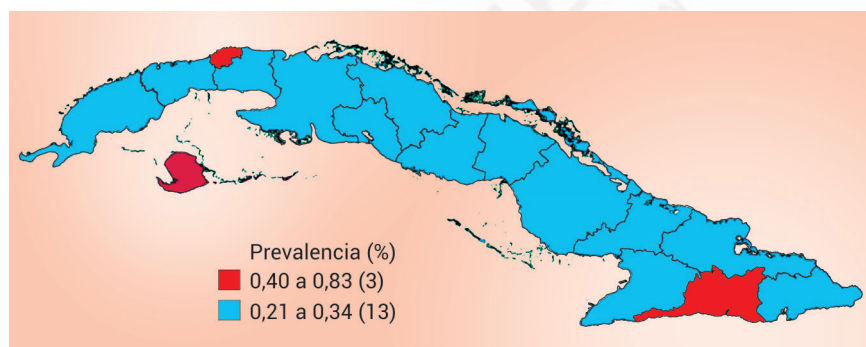


Fig. 1.3. Prevalencia de VIH en la población de 15 a 49 años según provincias; Cuba, 2019. Fuente: Registro informatizado del VIH, MINSAP.

Mujeres transgénero

La Encuesta sobre Indicadores de Prevención de Infección por el VIH/sida, realizada en el 2017 por la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), destaca la vulnerabilidad particular al VIH que presentan las personas transgénero. Según este estudio, de acuerdo con su identidad de género, hay un predominio de mujeres transgénero (95,6 % mujeres *versus* 4,4 % hombres), y se estima en alrededor de 3700 la cifra de mujeres transgénero (ONEI, 2019).

Las mujeres transgénero son más comunes en las zonas urbanas, tienen en su mayoría un nivel de instrucción bajo, solo algo más de un tercio de ellas (39,9 %) se encuentran vinculadas al estudio o al trabajo y, en su mayoría, son personas solteras (56,6 %). Poco más de la mitad (52,1 %) se involucra en prácticas de sexo transaccional, el 63,01 % usa condón en las relaciones sexuales con parejas ocasionales, y el 85,4 % alguna vez se ha realizado la prueba para conocer su estado serológico con respecto al VIH.

A este grupo le resulta particularmente difícil la resolución de conflictos, lo que conlleva a que, por lo general, de una manera u otra, las mujeres transgénero sean víctimas de violencia. Cerca de la mitad (47,8 %) recibió durante el pasado año agresiones físicas por parte de sus parejas, un 57,8 % fue víctima de violencia sexual y casi la totalidad (96,5 %) recibió el impacto de la violencia psicológica.

Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

A la hora de planificar la ampliación de los servicios para los hombres que tienen sexo con hombres, un problema clave es que a menudo se presume que se trata de una comunidad homogénea, cuando en realidad este grupo representa una variedad de identidades y formas diversas de asociaciones sociales y sexuales. Estas diferencias son importantes en razón de las implicaciones que tienen en cuanto al riesgo de contraer el VIH y su grado de vulnerabilidad (OMS, 2012).

Los HSH, estimados en alrededor de un cuarto de millón (279 531), representan el 9,4 % de los hombres cubanos, tienen un alto nivel de instrucción y los dedicados al trabajo o al estudio alcanzan el 86 %. Son mayoritariamente bisexuales (64,1 %) y apenas el 4,4 % de ellos practican sexo transaccional. Con la pareja ocasional, las prácticas de sexo protegido alcanzan el 79,5 %; sin embargo, descienden con la pareja estable (41,8 %).

Aun cuando el uso del condón en la última relación de sexo anal con otro hombre también se ha incrementado en los últimos años (51,5 % en 2013, 56,9 % en 2015 y 63,9 % en 2017), persisten argumentos que obstaculizan las alternativas de prevención, como por ejemplo que “no les gusta usar condones” (34,1 %), que “no lo tienen disponible en ese momento” (27,1 %) y que “confían en la pareja” (13,7 %).

Los HSH experimentan violencia física o sexual por parte de su pareja estable con más frecuencia que los hombres heterosexuales de la población.

Personas que practican sexo transaccional

Las personas que practican sexo transaccional (PPST), estimadas en 82 451, representan el 1,4 % de la población de 12 a 49 años, el 1,5 % de los hombres y el 1,3 % de las mujeres comprendidas en esas edades.

En cuanto a la distribución por sexo, se aprecia un mayor porcentaje en las proporciones de hombres y mujeres que practican sexo transaccional (55,9 % *versus* 44,1 %), que indica que este tipo de prácticas en el caso cubano, es más frecuente entre los varones. En cuanto a los hombres que practican sexo transaccional, un poco más de la cuarta parte (26,5 %) tienen prácticas homo-bisexuales, en tanto que el resto realiza este tipo de intercambio con mujeres.

El uso del condón en la última relación sexual se ha incrementado (76,35 % en 2015 *versus* 78,1 % en 2017) y son las poblaciones PPST que tienen pareja estable las mayormente afectadas por la violencia física o sexual por parte de su pareja.

Dispensarización de los grupos de población clave en la Atención Primaria de Salud

La pertenencia a un grupo de población clave se define por prácticas específicas asociadas con mayor riesgo de contraer el VIH o una ITS y con una mayor vulnerabilidad social. No obstante, las personas pertenecientes a estos grupos pueden presentar diferentes niveles de riesgo, por lo que el riesgo sustancial o significativo de infección por VIH u otra ITS se debe determinar para cada individuo. En este sentido, se considera que una persona está en riesgo sustancial de adquirir VIH u otra ITS si pertenece a un grupo de población con alta incidencia de VIH (WHO, 2017) y, además, incurre en ciertas prácticas sexuales de riesgo (Cuadro 1.1).

En el cuadro 1.1 se recopilan las preguntas que el médico de familia debe hacer para completar la valoración del riesgo individual. Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas preguntas por parte de una persona en un grupo de población de alta incidencia puede indicar que esa persona se encuentra en riesgo sustancial de infección por el VIH u otra ITS y, en consecuencia, se clasificará en la categoría dispensarial correspondiente.

Cuadro 1.1. Preguntas sugeridas para la valoración individual del riesgo de infección por el VIH en los grupos de población clave.

En los últimos seis meses:

- *¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales sin condón con más de una pareja?*
- *¿Ha sido diagnosticado, tratado o ha tenido síntomas de alguna ITS?*
- *¿Ha utilizado o ha querido utilizar profilaxis posterior a la exposición (PEP) para situaciones de exposición al VIH por vía sexual?*
- *¿Ha tenido una pareja sexual seropositiva¹ de VIH con carga viral detectable?*
- *¿Ha tenido una pareja sexual con más de uno de los factores de riesgo señalados anteriormente?*

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de WHO (2017).

Como principio, no todas las personas pertenecientes a los grupos de población clave están dispensarizadas en el grupo II. El proceso de valoración individual del riesgo de cada individuo determinará su clasificación según las cuatro categorías dispensariales establecidas. Estas categorías son (adaptado de Batista *et al.*, 2001):

- Grupo I: personas de los grupos de población clave aparentemente sanas. Son personas que no manifiestan ninguna condición patológica o de riesgo individual y en ellas no se constatan, mediante el interrogatorio o la exploración, alteraciones que modifiquen ese criterio.
- Grupo II: personas de los grupos de población clave con riesgo sustancial. Son personas en las que se comprueba alguna condición patológica que representa un riesgo potencial para su salud a mediano o a largo plazo o refieren padecerla, como la infección por el VIH (PVV asintomática - estadio clínico I, según la estadificación clínica en adultos, adolescentes y niños que establece la OMS) u otras ITS no curables asintomáticas como el condiloma acuminado o el herpes genital. En este caso se refiere, además, a comportamientos sexuales de riesgo, antecedentes de utilización de PEP para situaciones de exposición al VIH por vía sexual, así como ser pareja de una PVV con carga viral detectable o cuando la pareja tienen más de uno de los factores de riesgo señalados antes (cuadro 1.1).

¹ Las parejas de personas seropositivas con carga viral indetectable no se han de considerar como de alto riesgo.

- Grupo III: personas de los grupos de población clave enfermas. En este grupo se incluye a todo individuo con trastornos orgánicos o psicológicos que afectan su capacidad para desempeñarse normalmente en la vida, así como cualquier entidad nosológica de evolución crónica, como la infección por el VIH (PVV con síntomas leves, avanzados y graves sin discapacidad o minusvalía - estadios clínicos II, III y IV), ITS sintomáticas u otras enfermedades infecciosas o no, como la HTA, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el asma bronquial, la epilepsia, las hepatopatías crónicas por hepatitis B y C y muchas otras.
- Grupo IV: personas de los grupos de población clave con deficiencia, incapacidad o secuela. Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas. Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad (como es el caso de la infección por el VIH) o factor externo de naturaleza diversa. En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).

La dispensarización de las PC es coordinada y gerenciada por el Equipo Básico de Salud (EBS). Las acciones y la metodología para dicha dispensarización comprenden cuatro pasos esenciales que se describen a continuación.

Registro

La clasificación de las PC según las cuatro categorías dispensariales quedará registrada en la hoja de registro de actividades diarias y en la Historia de Salud Familiar. Para llevar a cabo el seguimiento longitudinal de las personas con riesgo sustancial se utilizará un código único para cada persona (a partir del número de carné de identidad, además de otros elementos relacionados con el área geográfica), con el cual se evitará la duplicación de datos y se facilitará cruzar e integrar datos de diferentes subsistemas de información sobre el VIH.

Las hojas de actividades diarias se enviarán al Departamento de estadísticas del policlínico, como está establecido para el resto del Programa de Medicina Familiar. El procesamiento de la información estadística se realizará por el personal de estadística asignado al Grupo Básico de Trabajo, el cual de manera sistemática suministrará al médico y a la enfermera(o) de la familia la información de los resultados del procesamiento de la información estadística en su población. Esta información se consolidará mensualmente, lo que sirve de base para el análisis de la marcha del programa y para su presentación en la reunión del Grupo Básico de Trabajo.

Evaluación (tamizaje)

Frecuencia mínima de evaluación a las PC

La frecuencia mínima de evaluación a las PC es el número de evaluaciones que como mínimo se deberá hacer a una PC (Tabla 1.1). Se realizará una visita integral a la familia una vez al año por el médico.

Tabla 1.1. Seguimiento a las PC: frecuencia mínima de evaluación

Grupo dispensarial	Evaluaciones	Lugar
Grupo I: personas de los grupos de población clave aparentemente sanas	Una vez al año	
	Consulta de evaluación inicial: paquete mínimo de servicios de prevención ²	En consulta o terreno
Grupo II: personas de los grupos de población clave con riesgo sustancial	2 veces al año	
	Consulta de evaluación inicial: paquete mínimo de servicios de prevención y vinculación rápida a servicios de prevención y/o atención.	En consulta
	Reevaluación a los 12 meses: paquete de prevención y reevaluación del riesgo individual*	En consulta o terreno
Grupo III: personas de los grupos de población clave enfermas	3 veces al año	2 en consulta y 1 en terreno
Grupo IV: personas de los grupos de población clave con deficiencia, incapacidad o secuela	2 veces al año	En consulta o terreno

* Si en la reevaluación a los 12 meses la persona resulta negativa de VIH y en la valoración individual del riesgo de infección por el VIH se identifica que ya no incurre en prácticas sexuales de alto riesgo o ya no están presentes los criterios que la definieron como de riesgo sustancial, entonces se cambia la clasificación de grupo dispensarial II y se reclasifica como de grupo I (persona aparentemente sana).

² Paquete mínimo de servicios de prevención: a) valoración del riesgo individual de infección por el VIH; b) información y educación sobre salud sexual; c) oferta de condones y lubricantes; d) oferta de pruebas para la detección del VIH y otras ITS, y e) derivación a servicios de prevención según necesidades individuales. Otras acciones adicionales son las siguientes: intervenciones conductuales relacionadas con las ITS y el VIH, apoyo y prevención de la violencia, prevención de la discriminación y promoción de derechos de los grupos de población clave, actividades de extensión comunitaria a cargo de pares, intervenciones relativas a la salud sexual y reproductiva (tamizaje/tratamiento de lesiones precancerosas, tratamiento de ITS), intervenciones contra el abuso del alcohol y otras sustancias, y de salud mental, etc.

Las evaluaciones que realizará el Equipo Básico de Salud (EBS) contemplarán un examen integral de cada persona independientemente de su estado de salud. La evaluación individual debe basarse en:

- La más rigurosa aplicación del método clínico en Medicina Familiar. Se debe orientar y utilizar correctamente la observación, el interrogatorio y el examen físico en la evaluación de salud e identificación de riesgos.
- La situación de salud familiar del individuo. Se debe tener en cuenta la estructura de la familia, la existencia de crisis, el cumplimiento de las funciones básicas y otros componentes que desempeñan un papel decisivo en la salud del individuo.
- La evaluación de indicadores epidemiológicos de riesgo según edad y sexo. Se ofertará un paquete básico de servicios para pruebas de VIH (se indicará prueba la rápida de 4.ª generación, que se confirmará en el laboratorio del policlínico, conducida por el personal de salud del Departamento de Higiene y Epidemiología). Se acompañará de:
 - Consejería pre y posprueba.
 - Oferta de condones y lubricantes.
 - Tamizaje de sífilis (VDRL/RPR), hepatitis B (antígeno de superficie del VHB) y hepatitis C (anti-VHC).
 - Otras pruebas para la detección de ITS (diagnóstico sindrómico).
 - Revisión de los antecedentes de vacunación contra el VHB.

Frecuencia mínima de evaluación a las PVV diagnosticadas

La frecuencia mínima de evaluación a las PVV diagnosticadas se establecerá según estadio clínico e inmunológico (Tabla 1.2).

El incremento de esta frecuencia, como ocurre en el seguimiento durante el primer año de TAR, estará dado por las necesidades de atención después de instaurado el tratamiento. Las frecuencias mínimas de interconsultas con el clínico del Grupo Básico de Trabajo para los pacientes mayores de 18 años del grupo dispensarial III será de una vez al año.

Paquete básico de pruebas en su primera consulta posterior al diagnóstico:

- Carga viral basal.
- CD4.
- Hemograma completo, eritrosedimentación y conteo de plaquetas.
- Enzimas hepáticas, glucemia, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos y filtrado glomerular.
- Parcial de orina y heces fecales.
- Prueba citológica, exudado vaginal y endocervical a las mujeres.
- Tamizaje de sífilis (VDRL/RPR), hepatitis B (antígeno de superficie del VHB), hepatitis C (anti-VHC) e IgG para toxoplasma.

- Rayos X de tórax.
- Prueba de tuberculina.
- Ultrasonido abdominal.
- Oferta de condones y lubricantes.
- Revisar los antecedentes de vacunación contra el VHB.

Tabla 1.2. Frecuencia de evaluación de las PVV según dispensarización

Grupo dispensarial	Evaluaciones	Lugar
6 consultas mínimas de evaluación inicial		
	Consulta de evaluación inicial por el médico de familia	
Grupo II: personas con riesgos (PVV asintomática - estadio clínico I)*	Interconsulta inicial con el clínico, ginecobstetra o pediatra del Grupo Básico de Trabajo, según el caso	
Grupo III: personas enfermas (PVV con síntomas leves, avanzados y graves, respectivamente, sin discapacidad o minusvalía - estadios clínicos II, III y IV)	Interconsulta inicial con especialista designado para la atención a PVV en el área o consulta diferenciada del policlínico	En consulta
	Psicología	
Grupo IV: personas que viven con el VIH con discapacidad o minusvalía (sea a causa de sida o no)	Consejería de ITS	
	Consejería nutricional	
	Otras interconsultas según necesidades individuales	
Consultas de seguimiento: 1.º año de TAR		
Grupo II (estadio 1) y grupo III (estadio 2)	Evaluación: 1 mes, 3 meses, 6 meses y 12 meses	En consulta
Grupo IV: discapacidad o minusvalía no atribuible a sida		

Tabla 1.2. (cont.)

Grupo dispensarial	Evaluaciones	Lugar
Grupo III (estadios 3 y 4)	Evaluación: mensual hasta lograr la estabilidad clínica e inmunológica	En consulta
Grupo IV: discapacidad o minusvalía atribuible a sida		
Después del 1.º año de TAR (según frecuencia mínima de dispensarización)		
Grupo II	2 veces al año	1 en consulta y 1 en terreno
Grupo III	3 veces al año	2 en consulta y 1 en terreno
Grupo IV	2 veces al año	En consulta o terreno

* Según la estadificación clínica en adultos, adolescentes y niños que establece la OMS (OPS, 2009).

Una vez realizados todos los complementarios y cumplidas todas las acciones correspondientes a la primera consulta, el médico de familia interconsultará el caso con el profesor del GBT que corresponda (clínico, pediatra, ginecobstetra) y con el especialista designado para la atención a PVV en cada territorio. El objetivo es la valoración y el seguimiento especializado de las personas que viven con el VIH y la indicación del inicio del tratamiento antirretroviral.

En cada evaluación individual se determinará el impacto de las medidas de intervención antes instauradas y se identificarán nuevas áreas o oportunidades de promoción de salud, prevención de ITS y de recuperación.

La evaluación individual es dinámica. Se ratificará o modificará la clasificación de las PC en los cuatro grupos dispensariales establecidos, teniendo en consideración el examen integral de cada persona en las evaluaciones realizadas.

Intervención (vinculación a servicios de prevención)

Una vez evaluado cada caso en particular y cumplidas todas las acciones correspondientes al paquete de servicios de prevención, se procede a la ejecución de intervenciones relativas a la vinculación de las PC a los servicios de atención, en caso de ser VIH positivo (véase “Tratamiento, atención y apoyo a la infección

por el VIH”) o a los servicios de prevención disponibles en los diferentes niveles de atención, en caso de ser VIH negativo (véase “Intervenciones clave de prevención”).

Los servicios combinados de prevención son ofertados en las consultas de ITS, de orientación y terapia sexual, planificación familiar, patología de cuello, servicios de consejería de ITS, observatorios para la prevención de la violencia de género y la atención a sus víctimas, servicios de orientación jurídica, entre otros.

Consulta de atención a grupos de población clave

El policlínico tiene entre sus funciones organizar la oferta de servicios, además de conducir al paciente hacia todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud hasta la solución de sus problemas. En tal sentido, teniendo en cuenta la necesidad de diversificar la oferta de prestaciones de prevención, se crearán consultas diferenciadas de atención a grupos de población clave en policlínicos seleccionados, según estratificación de riesgo.

Esta nueva modalidad de consulta se subordinará al Departamento de Higiene y Epidemiología del policlínico y estará dirigida por un especialista en MGI que se entrenará en la atención a PC dedicando un fondo de tiempo a esta actividad. La conformará un equipo multidisciplinario, integrado por la enfermera municipal especializada en ITS, promotores de salud, consejeros, un psicólogo y un trabajador social.

Esta consulta se integrará y complementará con el resto de los servicios tanto del policlínico como del resto de las unidades del sistema de salud, a través de la provisión de un paquete de intervenciones esenciales de prevención, seguimiento y asistencia, donde los servicios de cada nivel de atención realizarán todas las actividades acordes con su capacidad resolutoria y referirán a aquellas para las cuales no tienen capacidad.

La atención secundaria y terciaria es un complemento del Programa de Atención Integral a la Familia, por lo que en todos los casos se precisa realizar la contrarreferencia al EBS para facilitar la toma de decisiones y actuar de manera consecuente.

En la figura 1.4 se presenta en forma resumida la conexión entre las diferentes unidades prestadoras de servicios, la cual determina la formación de una red escalonada que permite la coordinación de las diferentes unidades operativas de los tres niveles de atención.

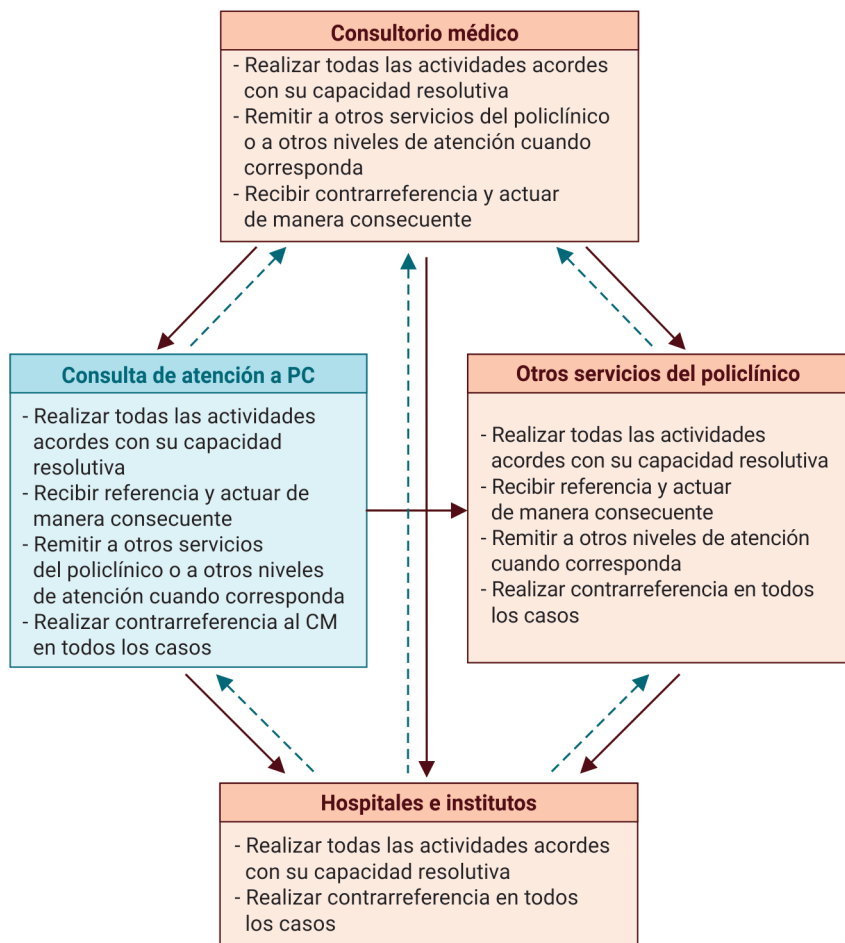


Fig. 1.4. Flujos de atención en la Red de Servicios de Salud.

Funciones del especialista en MGI

Las funciones del especialista en MGI que se acreditará para la atención a la consulta dirigida a grupos de población clave comprenden:

- Programar en su fondo de tiempo 4 h diarias, de lunes a viernes, para la realización de esta consulta. El tiempo estará sujeto a la demanda de consulta por los grupos que se deba trabajar, siendo la Subdirección de Asistencia Médica quien aprueba la frecuencia de consultas.
- Registrar al paciente en la hoja de registro de actividades diarias y utilizar el código único para cada persona. La Dirección Nacional de Estadísticas sugiere

que este código único se establezca a partir del número de carné de identidad y de otros elementos relacionados con el área geográfica.

- Realizar una prueba rápida de 4.ª generación. De ser esta positiva, la confirmación se realizará en el laboratorio del policlínico, conducida por el personal de salud del Departamento de Higiene y Epidemiología.
- Las hojas de actividades diarias se envían al Departamento de Estadísticas del policlínico como está establecido para el resto del programa de Medicina Familiar (24 h).

Seguimiento en servicios de prevención

Por último, se considera que una persona perteneciente a un grupo de población clave con riesgo sustancial está en seguimiento en servicios de prevención si se le ha realizado una prueba del VIH y se ha repetido esta prueba 12 meses más tarde. El impacto de estos servicios en las PC seronegativas al VIH se mide en términos de prevención de nuevas infecciones por el VIH a nivel de las áreas de salud (Fig. 1.5).

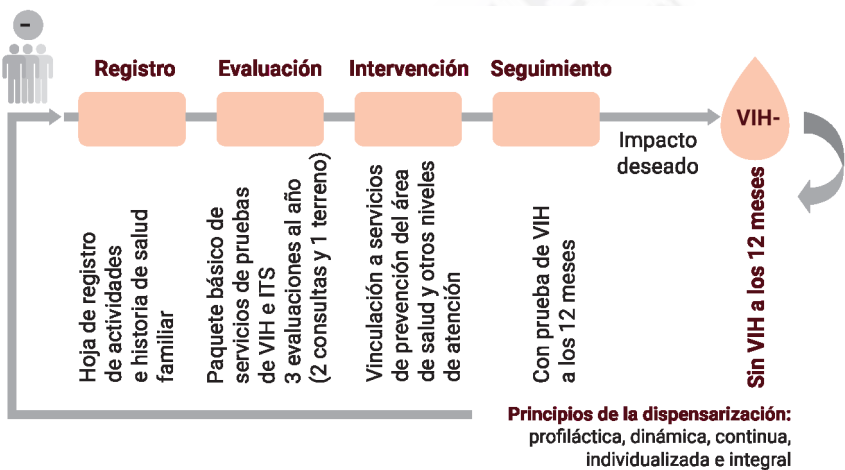


Fig. 1.5. Dispensarización de las PC con riesgo sustancial de infección por el VIH: cascada de prevención.

En resumen, se considera dispensarizada a una persona perteneciente a un grupo de población clave cuando está:

- Registrada en el consultorio del médico de la familia.
- Evaluada integralmente y clasificada según el grupo dispensarial al que pertenece.
- Recibiendo la intervención continua que su nivel de riesgo necesita.
- En seguimiento en el último año con la periodicidad requerida.

- La evaluación y mejora del proceso de dispensarización constituye el área principal de gestión del:
- Director del área de salud
- Vicedirector de Higiene y Epidemiología.
- Jefe del Grupo Básico de Trabajo (GBT).
- Profesores del GBT.

Toda evaluación del proceso de dispensarización debe ser reflejada en la respectiva historia clínica individual o familiar, especificando las indicaciones para la mejora de dicho proceso.

Referencias bibliográficas

- Batista, R. *et al.* (2001). La dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr* v.17 n.2 La Habana mar.-abr. 2001. [Acceso el 5 de octubre de 2020]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_2_01/mgi01201.pdf
- MINSAP (2018). Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023. La Habana: MINSAP, Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis. [Acceso el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/plan_estrategico/plan_estrategico_its_vih_hepatitis.pdf
- MINSAP (2019). Registro Informatizado de VIH/sida. La Habana: Ministerio de Salud Pública, Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis.
- OMS (2012). Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. [Acceso el 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Prevencion-tratamiento-VIH-y-otras-ITS-HSH-y-personas-transgenero.pdf>
- ONEI (2019). Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida-2017. Cuba. Edición 2019. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información. [Acceso el 8 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/informe_de_resultado_encuesta_de_indicadores_2017.pdf
- ONUSIDA (2015). Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. [Acceso el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf

- OPS (2009). "Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños". Washington, D.C.: OPS, 2009. Acceso el 5 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/36463/download?token=fbdkglSj>.
- OPS (2018). Las personas transgénero y la infección por el VIH. Sinopsis de política. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. [Acceso el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49462/OPSCDE18034-spa.pdf>
- OPS (2019). Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Acceso el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51681>
- WHO (2017). Implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Module 1: Clinical. Ginebra: World Health Organization (WHO/HIV/2017.17). [Acceso el 8 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255889?locale-attribute=es&>





Intervenciones clave de prevención

Estrategias de prevención combinada de la infección por el VIH

Ningún enfoque del VIH puede terminar con la epidemia por sí solo. Para alcanzar las ambiciosas metas de 2020 y 2030, se necesita la implementación de paquetes combinados de prevención específicos que ofrezcan diversas intervenciones de alto impacto (ONUSIDA, 2015), los cuales deben diseñarse teniendo en cuenta los componentes, instrumentos y ejes conductores del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en los diferentes escenarios de la Atención Primaria de Salud (Fig. 2.1).

Los programas de prevención combinada utilizan una mezcla de intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales para satisfacer las necesidades actuales de prevención de la infección por el VIH de determinadas personas y comunidades de modo que tengan el mayor impacto posible en la reducción de las nuevas infecciones por el VIH.

Estrategias biomédicas

Programas integrales de mercadeo social de condones y lubricantes

Se calcula que los preservativos masculinos reducen la transmisión del VIH por relaciones heterosexuales al menos en el 80 % y que ofrecen una protección del 64 % en caso de relaciones sexuales anales en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, siempre que se utilicen correcta y sistemáticamente (Smith *et al.*, 2014).

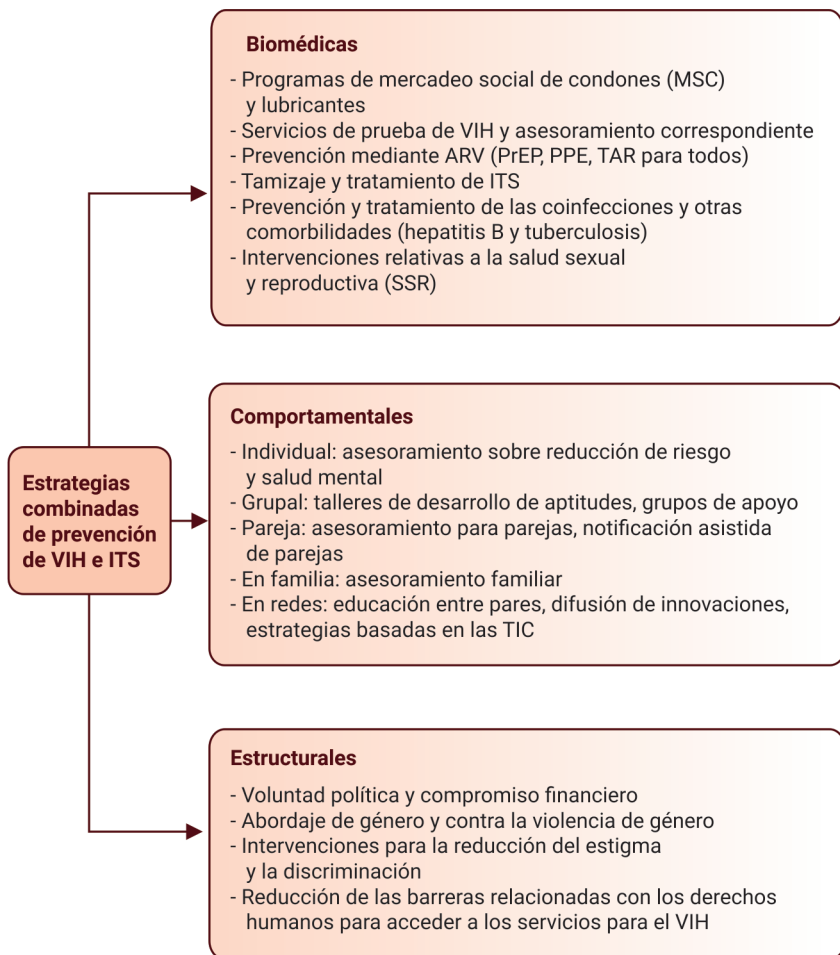


Fig. 2.1. Estrategias de prevención combinada de la infección por el VIH.

La experiencia nacional e internacional, coloca la mercadotecnia, en su enfoque social, como una de las estrategias más adecuadas para propiciar comportamientos saludables en salud, y de gran efecto cuando se trata de favorecer una conducta sexual responsable empleando un objeto tangible, el condón. Las recomendaciones que sobre las estrategias de mercadeo social de condones en la respuesta al VIH presentó la OPS en el 2018 detallan las premisas fundamentales a considerar en su implementación (Cuadro 2.1) (OPS, 2018a).

Cuadro 2.1. Premisas fundamentales a considerar en una estrategia de mercadeo social de condones en la respuesta al VIH

- Promoción del acceso. En los diferentes puntos de distribución específicos y las campañas que promueven el uso del condón deben aumentar la concientización, fomentar la aceptabilidad y los beneficios, y ayudar a superar los obstáculos personales que dificultan su uso.
- Suministro de lubricantes. Es fundamental que siempre se distribuyan, teniendo en cuenta que disminuyen el riesgo de rotura de los condones y su deslizamiento, y pueden reducir cualquier incomodidad durante las relaciones sexuales con penetración.
- Información y desarrollo de competencias para negociar su uso. Se deben abordar los complejos factores de género y culturales que puedan dificultar el uso de preservativos en las personas de los grupos de población clave.

Servicios de prueba de VIH y asesoramiento correspondiente

Las pruebas de detección y el asesoramiento correspondiente constituyen el primer paso esencial para que las personas que viven con el VIH reciban los servicios de prevención, tratamiento y atención a la infección por el VIH y, para los que obtienen un resultado negativo, una importante oportunidad de ponerse en contacto con los programas de prevención primaria. A continuación se detallan las diversas modalidades de prestación de servicios de pruebas de detección y orientación con relación al VIH.

Modalidades de servicios de pruebas del VIH

- Servicios de detección del VIH en los establecimientos de salud –a menudo denominados “pruebas y asesoramiento iniciados por el prestador”–. En esta modalidad se le asigna la responsabilidad de las pruebas de detección del VIH y la orientación al proveedor de atención de salud y no a la persona. Este modelo de prestación es ofertado en los consultorios del médico de la familia, consultas de planificación familiar, consultas infantojuveniles, servicios

de regulación menstrual, servicios de hemodiálisis, gastroenterología, hematología, nefrología, bancos de sangre, programa de trasplantes, programa de control de la tuberculosis, etc.

- Servicios de detección del VIH y orientación voluntarias integradas –frecuentemente nombrados “pruebas y asesoramiento iniciadas por el usuario”–. Este modelo de prestación, está diseñado con el objetivo de dar acceso a las pruebas de detección del VIH a todas las personas que buscan este servicio, y se puede ejecutar en una diversidad de entornos y con diferentes enfoques. Comprenden los servicios de pruebas brindados en las consejerías de ITS de las áreas de salud, municipios y provincias, en las actividades comunitarias de “Hazte la prueba” en sitios de encuentro y socialización de los grupos de población clave, en el lugar de trabajo, en servicios móviles, etc.

Las pruebas de detección y la orientación con respecto al VIH, independientemente del modelo de prestación de servicios, deben cumplir con un conjunto de requisitos para su implementación (Cuadro 2.2).

Organización del trabajo de los servicios de prueba de VIH en la APS. La organización del trabajo de los servicios de prueba de VIH debe dar respuesta a las necesidades de los grupos de población clave y comprenderá el desarrollo de las actividades de:

- Consulta: Es la actividad de encuentro y comunicación entre la persona y el personal de salud. Esta puede ser:
 - Programada. Se realiza previa programación por el EBS según dispensarización. Cada vez que la persona sea vista, se debe concertar la próxima consulta y registrarla en la historia clínica.
 - Espontánea o a demanda. Es aquella que se realiza sin previa citación y en la que la persona acude o solicita el servicio ese día.
- Terreno. Es la actividad realizada por el EBS fuera del local del consultorio (visita al hogar) o actividades de extensión comunitaria como los “Hazte la prueba”.
- Interconsultas. Es el intercambio científico-técnico que establece el EBS con otros servicios para definir un pronóstico y establecer una conducta o para proporcionar otros servicios combinados, ya sean de prevención o de atención.

Cuadro 2.2. Acciones y metodología para su implementación

- Promoción de los servicios de pruebas del VIH. Promover los servicios de pruebas del VIH constituye un paso esencial a la hora de programar servicios de asesoramiento y pruebas de VIH.
- Crear un entorno propicio usando los elementos facilitadores fundamentales. Estos elementos facilitadores viabilizan indiscutiblemente la accesibilidad, aceptabilidad, uso, cobertura equitativa, calidad, eficacia y eficiencia de las intervenciones. Entre ellos se encuentran la reducción del estigma y la discriminación, la prevención de la violencia y el empoderamiento de la comunidad.
- Garantizar un entorno confidencial y proteger la confidencialidad. Todos los que prestan los servicios de pruebas del VIH deben mantener su compromiso con la protección de la confidencialidad, una de las cinco C de los servicios de pruebas del VIH¹.
- El consentimiento informado es una de las cinco C esenciales de los servicios de pruebas del VIH. En la mayoría de los casos, solo se obtiene un consentimiento verbal, pero siempre se debe de obtener, individualmente y en privado. Debe asegurarse que el usuario tenga suficiente información sobre la prueba para poder darlo.
- Suministro de información. Se debe proporcionar asesoramiento sobre la infección por el VIH tanto antes como después de las pruebas. Todo asesoramiento debe estar “centrado en el usuario”.
- Coordinación con los servicios de laboratorio, para apoyar la garantía de la calidad y la entrega de resultados confiables.
- Vinculación con los servicios apropiados después del diagnóstico: a los servicios de prevención para quienes tienen resultados seronegativos y con los servicios de tratamiento y atención para quienes tienen resultados positivos al VIH.

¹ Consentimiento, Confidencialidad, Consejo (asesoramiento), Correctos resultados de las pruebas y Conexión/vinculación con la prevención, la atención y el tratamiento.

Pasos para evaluar y mejorar la selección y la ejecución de métodos

Son tres los pasos para evaluar y mejorar la selección y la ejecución de los métodos para prestar los servicios de pruebas del VIH (OPS, 2018b):

- Establecer las metas de los servicios de pruebas del VIH en cuanto a cobertura, teniendo en cuenta el contexto epidemiológico, la cobertura actual y los objetivos de tratamiento. A nivel del EBS ello se basará en la programación establecida según dispensarización.
- Evaluar la eficacia y detectar las brechas:
 - Analizar trimestralmente los datos de los servicios de pruebas del VIH para verificar qué se está logrando con cada método específico en el contexto local en términos de número total y proporción de personas que se realizan las pruebas, casos nuevos diagnosticados y vinculación a los servicios de prevención o atención.
 - Corregir, en caso necesario, los métodos usados para prestar los servicios de pruebas del VIH a fin de encontrar mejores formas de llegar a las personas y mejorar la costo-eficacia.
 - Evaluar las necesidades, la disponibilidad de insumos básicos y recursos humanos, a fin de definir cuáles son los obstáculos que impiden ampliar o reorientar las estrategias (por ejemplo, la disponibilidad de kits para pruebas de diagnóstico rápido o de consejeros capacitados).
- Reorientar las estrategias locales. En caso necesario se ha de ampliar y refocalizar los servicios de pruebas del VIH, teniendo en cuenta las evaluaciones periódicas realizadas, las actividades de vigilancia y las encuestas basadas en los grupos de población clave (Fig. 2.2).

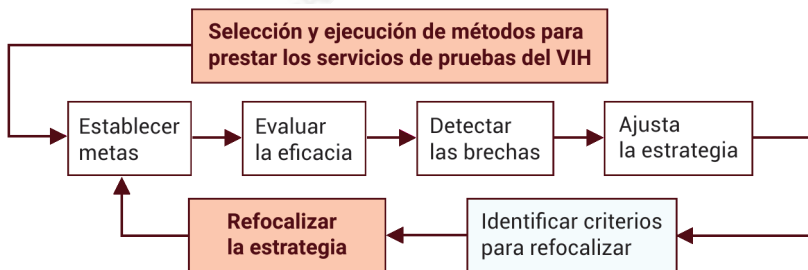


Fig. 2.2. Pasos para evaluar y mejorar la selección y la ejecución de métodos para prestar los servicios de pruebas del VIH.

Ampliación de la función de los prestadores no profesionales capacitados

La ampliación de las funciones de los consejeros que trabajan en el ámbito comunitario ha contribuido a aumentar el acceso a los servicios de pruebas del VIH y su aceptación por parte de los grupos de población clave y otros grupos prioritarios.

En el cuadro 2.3 se indican los criterios para definir a los prestadores no profesionales para la prestación de servicios de pruebas del VIH.

Cuadro 2.3. Definición de un prestador no profesional que presta servicios de detección de VIH en la APS

Todo consejero que ha recibido capacitación y está certificado por el Programa de Prevención y Control de las ITS, el VIH y la Hepatitis para prestar servicios específicos de detección de VIH, además de ofrecer atención y apoyo continuos. No precisa de una certificación profesional o paraprofesional ni un título de educación superior.

Fuente: elaboración propia de los autores.

Consideraciones necesarias. Para que los prestadores no profesionales capacitados puedan ofrecer servicios de pruebas del VIH de manera exitosa, se deben tener en cuenta los aspectos que se indican a continuación:

- Selección apropiada. Se deben seleccionar y capacitar, preferiblemente, a pares de los usuarios o personas de los grupos de población clave. Los prestadores no profesionales capacitados deben tener una conducta profesional, conocimientos, capacidad para tratar temas delicados, respeto por la confidencialidad y habilidad para escuchar.
- Capacitación, tutoría y apoyo continuo. La supervisión y el apoyo a los consejeros capacitados deben ser continuos y se debe incluir una evaluación externa de la calidad, realizada con regularidad.

Prevención mediante antirretrovirales

Los antirretrovirales (ARV) desempeñan una función clave en la prevención de la infección por el VIH. Los ARV administrados como PrEP o PEP a personas sin infección por el VIH son sumamente eficaces en la prevención de la transmisión del VIH (WHO 2013, 2015).

Profilaxis previa a la exposición

La profilaxis previa a la exposición (PrEP) oral utiliza fármacos antirretrovirales en personas que aún no están infectadas por el VIH para evitar que contraigan el virus antes de exponerse al él.

El cuadro 2.4 ofrece una visión general de la información pertinente para los profesionales que proporcionan la PrEP. En él se describen los elementos más importantes que deben tenerse en cuenta al iniciar la PrEP y al hacer el seguimiento de su uso.

Cuadro 2.4. Elementos clínicos básicos de la PrEP

Indicaciones para PrEP (según la historia clínica de los últimos 6 meses)

Persona (VIH negativa) y pareja sexual con VIH que no tiene una carga viral suprimida o es sexualmente activo en un contexto de alta incidencia/prevalencia de VIH y cumple al menos con uno de los siguientes aspectos:

- Relaciones sexuales vaginales o anales sin preservativo con más de una pareja.
- Una pareja sexual con uno o más factores de riesgo de VIH.
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual según resultado de laboratorio autoinformado o con tratamiento sintomático.
- Uso de profilaxis posexposición (PEP).
- Solicita la PrEP.

Contraindicaciones:

- VIH-positivo.
- Aclaramiento de creatinina estimado de <60 mL/min.
- Signos o síntomas de infección aguda por el VIH, probable exposición reciente al VIH.
- Alergia o contraindicación a cualquier medicamento del esquema PrEP.

Prescripción: pauta diaria (preferente); administración diaria de un comprimido de la combinación de TDF (300 mg) y Emtricitabina (200 mg).

Orientación: desarrollar un plan para la prevención de ITS.

Seguimiento: primera consulta de seguimiento al mes de haber iniciado la PrEP, luego a los 3 meses y después de los 3 meses citar cada 3 meses.

Las personas a menudo entran y salen de “temporadas de riesgo” y de “situaciones riesgosas” (Grant y Glidden, 2016). Por lo tanto, las personas que toman la PrEP no lo harán durante toda la vida. Aprender cómo y cuándo comenzar la PrEP e interrumpirla es básico para utilizarla de manera eficaz (Haberer *et al.*, 2015).

Profilaxis posterior a la exposición

La profilaxis posterior a la exposición (PEP) se administra para reducir la probabilidad de contraer VIH después de una posible exposición. Las directrices actuales recomiendan que esta profilaxis tenga una duración de 28 días. La primera dosis debe tomarse cuanto antes y en un plazo de 72 h después de la exposición. La orientación que sobre la PEP emitió la OPS en el 2018 detalla las especificaciones para su oferta (Cuadro 2.5) (OPS, 2018c).

Cuadro 2.5. Especificaciones en la oferta de la PEP

Entre las exposiciones que pueden justificar la PEP se encuentran las siguientes:

- Líquidos y secreciones corporales: sangre, saliva manchada con sangre, leche materna, secreciones genitales, líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, peritoneal, sinovial, pericárdico o pleural. Todos los casos han de evaluarse clínicamente, y el personal de salud debe tomar decisiones sobre si la exposición real implica un riesgo significativo.
- Tipos de exposición:
 - A través de mucosas (es decir, la exposición sexual), salpicaduras en los ojos, la nariz o la cavidad bucal.
 - Por vía parenteral.

Las exposiciones que no requieren profilaxis posexposición incluyen:

- Los casos en que la persona expuesta ya sea seropositiva.
- Cuando se determina que la fuente es negativa para el VIH.
- En caso de exposición a líquidos corporales que no presentan un riesgo significativo, como lágrimas, saliva no manchada de sangre, orina y sudor.

Prescripción. El esquema recomendado de primera línea establecido en Cuba es dolutegravir más tenofovir/emtricitabina (Truvada).

Orientación. Debe constar de una evaluación del riesgo de infección por el VIH y asesoramiento específico sobre el VIH para mejorar la adhesión al tratamiento.

Tamizaje y tratamiento de ITS

En el mundo, las ITS representan una de las principales causas de enfermedad aguda, esterilidad, discapacidad a largo plazo y muerte. Además, varias ITS propician la transmisión sexual de la infección por el VIH (Fleming y Wasserheit, 1999).

Los grupos de población clave suelen estar expuestos a un riesgo mayor de tener ITS y, como parte del programa integral de prevención y atención del VIH, debe ofrecerse un conjunto continuo de servicios, que abarcan toda la gama de intervenciones: prevención, tamizaje periódico tanto de las ITS sintomáticas como asintomáticas, tratamiento y cura y atención a las ITS no curables como parte de la continuidad de los cuidados crónicos. Estas intervenciones comprenden a todas las personas incluidas en actividades de prevención, las personas sometidas a pruebas de detección, las personas que conocen su estado, las personas admitidas en mecanismos de atención, las personas que han iniciado el tratamiento, las personas que han completado el tratamiento, las personas curadas y las personas que acceden a atención permanente a enfermedades crónicas (Fig. 2.3) (OMS, 2016).

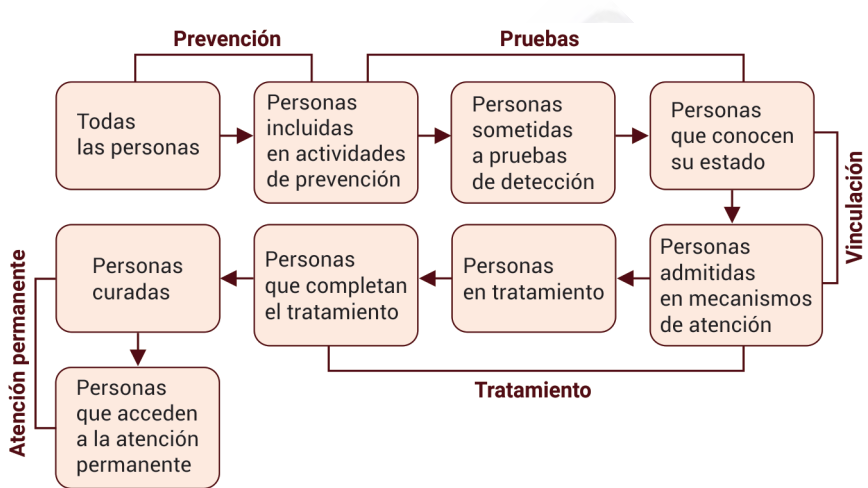


Fig. 2.3. Conjunto continuo de servicios relativos a las ITS.

A medida que las personas avanzan a lo largo del continuo de servicios relacionados con las ITS, el grado de retención de dichas personas en el proceso asistencial tiende a disminuir. El objetivo es incluir lo antes posible a las personas en el continuo asistencial, mantenerlas dentro de dicho continuo y reducir al mínimo el número de personas que abandonan el proceso asistencial.

El conjunto continuo de servicios relativos a las ITS abarca toda una gama de intervenciones esenciales para superar las epidemias de ITS, que brindan un marco integral de prestación de servicios para organizar las medidas estratégicas (Cuadro 2.6).

Cuadro 2.6. Conjunto continuo de servicios relativos a las ITS

- 1. Prevención.** La prevención combinada es el enfoque más eficaz para prevenir las ITS, y se describen en este capítulo.
- 2. Pruebas.** Incluyen el diagnóstico precoz de las ITS y pueden realizarse según la etiología de estas, según el síndrome que producen o según la clínica del paciente. Como parte del seguimiento de las PC según dispensarización se deben realizar las siguientes pruebas:
 - Diagnóstico etiológico de sífilis (VDRL/RPR), gonorrea (exudado endocervical/uretral); hepatitis B (antígeno de superficie del VHB) y hepatitis C (anticuerpo contra el VHC).
 - Diagnóstico sindrómico de los síndromes de secreción uretral (SU), flujo vaginal (FV) y dolor abdominal bajo (DAB).
 - Diagnóstico clínico de herpes genital, condiloma acuminado, linfogranuloma venéreo y chancro blando.
 - Revisión de los antecedentes de vacunación contra el VHB para iniciar o completar esquema.
- 3. Vinculación con otros servicios y programas.** La notificación de casos de ITS es obligatoria en todas las unidades del SNS a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) para todas las ITS que se reportan estadísticamente. Se utilizará el llenado de tarjeta de EDO para todos los diagnosticados con sífilis, incluyendo sífilis congénita, gonorrea, condiloma acuminado, herpes genital, linfogranuloma venéreo y chancro blando. Los síndromes de secreción uretral, flujo vaginal (gestantes y no gestantes) y dolor abdominal bajo requieren también notificación obligatoria a través de la hoja de cargo.

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

- 4. Tratamiento.** Cualquiera que sea el método de diagnóstico utilizado (etiológico, sindrómico o clínico) y la ITS que se diagnostique, el término *tratamiento completo de ITS* incluye: a) identificación de las ITS o los síndromes, b) tratamiento antibiótico efectivo, c) consejería y educación del paciente, d) entrega de condones y promoción de su uso, y e) manejo adecuado de las parejas sexuales.
- 5. Atención a enfermedades crónicas.** Las complicaciones debidas a ITS tienen un impacto profundo en la salud sexual y reproductiva. Sus principales intervenciones se describen en el siguiente acápite.

Intervenciones relativas a la salud sexual y reproductiva y los derechos

Actualmente se reconoce la importancia del vincular salud sexual y reproductiva con VIH. La mayor parte de las infecciones por el VIH son de transmisión sexual o se asocian al embarazo, el parto o la lactancia materna. El riesgo de transmitir y contraer el VIH puede incrementarse aún más debido a la presencia de ciertas ITS (IPPF, 2009).

Vínculos bidireccionales más sólidos entre programas relacionados con SSR y VIH podrían conducir a una cantidad importante de beneficios socioeconómicos, individuales y en materia de salud pública, tales como:

- Mejor acceso a los servicios básicos de SSR y VIH y aumento de su uso.
- Mejores servicios de SSR, personalizados, para atender las necesidades de las PVV.
- Reducción del estigma y la discriminación asociados con el VIH.
- Mejor cobertura de poblaciones clave subatendidas/vulnerables.
- Reducción de la duplicación de esfuerzos.
- Complementariedad y refuerzo mutuo entre marcos de trabajo legales y políticas públicas.
- Mejoramiento de la eficacia y la efectividad de los programas.

La salud sexual no abarca la totalidad de la salud reproductiva, ni viceversa, sino que ambas están íntimamente relacionadas, tal y como muestra la figura 2.4. En este modelo, todas las esferas de intervención tienen la misma importancia. No obstante, lo fundamental es que se respaldan y protegen entre sí, de modo que cada esfera de intervención potencia los efectos del resto y refuerza la salud sexual en su conjunto.

La salud sexual y reproductiva de las personas, así como las intervenciones pertinentes, están influidas por un entorno cultural, socioeconómico, geopolítico y jurídico que viene determinado por cuatro dimensiones interrelacionadas y, a menudo, superpuestas. Por ello, estos factores –es decir, la realidad de los entornos en que vivimos– también afectan la eficacia y los efectos de las intervenciones sanitarias. Las cuatro dimensiones que abarcan todos estos factores contextuales están representadas en la figura 2.4.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible relativo a la salud (ODS-3) plantea el reto mundial de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades para el 2030” (OMS, 2018). El énfasis en la “salud para todos” se traslada a la meta incluida en el ODS-3 de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para 2030 (meta 3.7).

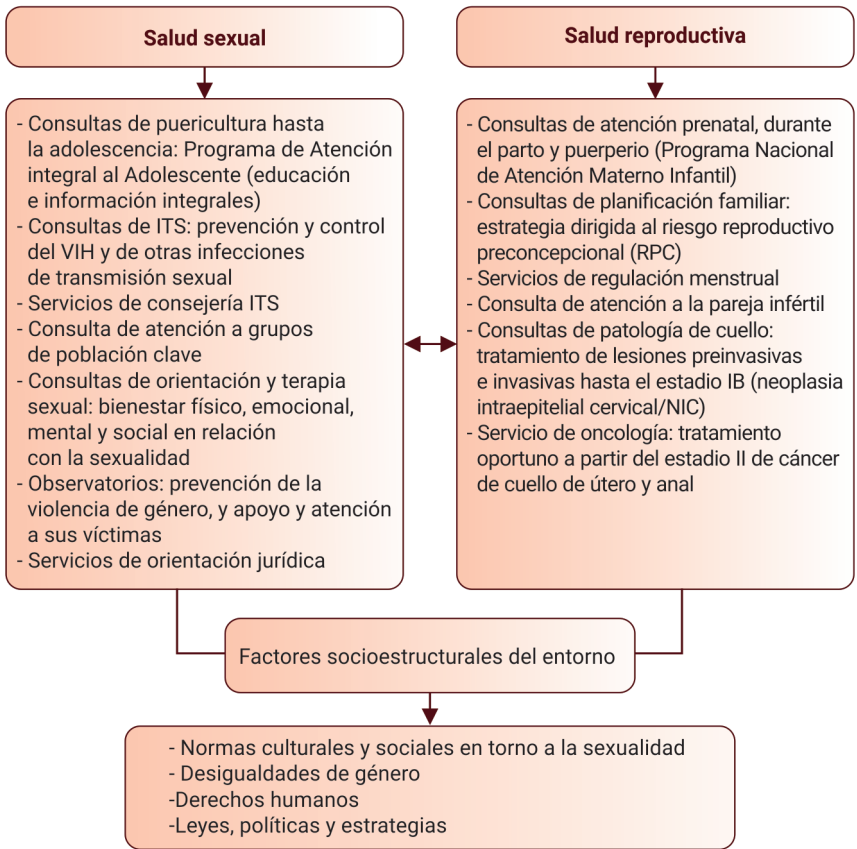


Fig. 2.4. Marco operativo de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva en la Atención Primaria de Salud.

Aunque los indicadores de esta meta se centran en la salud reproductiva, la inclusión del concepto de salud sexual y la promoción del “bienestar para todos” como elemento fundamental del ODS-3 abren la posibilidad de alcanzar enormes progresos en la esfera de la salud sexual en la era de los ODS. Teniendo esto en consideración, en el marco descrito en el presente acápite se detallan los componentes de la salud sexual y sus vínculos con la salud reproductiva, situando estos dos conceptos distintos pero entrelazados en pie de igualdad. Este enfoque operativo orienta y estructura la programación y la investigación en materia de salud sexual, contribuyendo así al logro de los objetivos en materia de salud sexual y reproductiva (OMS, 2018).

En el presente acápite solo se hará alusión a la prevención y control de cáncer cervicouterino y del cáncer anal.

Prevención y control del cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible y curable cuando se diagnostica y se trata a tiempo. Las mujeres con infección por el VIH tienen un mayor riesgo de padecer lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino de tipo invasor (Frisch *et al.*, 2000; Ellerbrock *et al.*, 2000). El riesgo de contraer la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y la persistencia de este aumenta cuando disminuyen las cifras de linfocitos CD4 y cuando aumenta la carga viral del VIH. Es importante vigilar de cerca a las mujeres con infección por el VIH a fin de detectar la aparición de lesiones precancerosas en el cuello uterino, con independencia de su situación frente al tratamiento antirretroviral (TAR) y la cifra de linfocitos CD4 o la carga viral. Con el tamizaje del cáncer cervicouterino se logra una detección temprana de las lesiones cervicales precancerosas y cancerosas, lo cual evita la morbilidad grave y la mortalidad.

El incremento de la incidencia y mortalidad por cáncer, entre otros determinantes, ha provocado que su control constituya un reto para la salud pública cubana. Se han identificado un conjunto de prioridades que pueden favorecer el control del cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud (Cuadro 2.7).

Cuadro 2.7. Procedimientos de intervención para el control de cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud (MINSAP, 2017a)

- Dispensarizar al 100 % de las mujeres entre 25 y 64 años con vida sexual activa.
- Realizar trabajo educativo sistemático con la población femenina para que adopte una actitud responsable con relación a la prevención de este tipo de cáncer e incremente la percepción del riesgo.
- Realizar la citología orgánica cada tres años a toda mujer entre 25 y 64 años de edad.
- Recuperar el 100 % de las citologías no útiles en un período no mayor de un año.
- Realizar el diagnóstico en etapas preinvasivas (neoplasia intraepitelial cervical/NIC).
- Detectar el cáncer de cuello de útero en etapas tempranas.
- Enviar a las consultas de patología de cuello a toda mujer con citología anormal.
- Tratar en las consultas de patología de cuello a las pacientes diagnosticadas con lesiones preinvasivas e invasivas hasta el estadio IB.

Cuadro 2.7. (cont.)

- A partir del estadio II, remitir a la paciente al servicio de oncología correspondiente, para valorar por el Grupo Multidisciplinario de Atención al paciente con cáncer e indicar el tratamiento oportuno.
- Remitir a las consultas municipales de patología de benigna de cuello (CMPBC) a las mujeres con citología normal que presenten afecciones del tracto genital inferior (TGI).
- Aplicar el tratamiento adecuado en cada una de las etapas clínicas.
- Hacer seguimiento evolutivo a todos los casos detectados y tratados por patologías preinvasivas e invasivas del cuello uterino, lo cual ha de realizarse entre la institución que brinda la atención y el área de salud correspondiente.

Prevención y control del cáncer anal

Las personas que viven con el VIH están expuestas a un riesgo al menos 20 veces mayor de presentar cáncer anal que las personas no infectadas (Grulich *et al.*, 2007). Al igual que el cáncer cervicouterino, el cáncer anal está asociado al VPH.

El tamizaje puede realizarse para detectar el cáncer anal y las lesiones precursoras, que son las lesiones displásicas de la región anal, precursoras del carcinoma epidermoide, como la neoplasia anal intraepitelial (NAI), algo similar a lo que sucede con la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en el cuello uterino en relación con el carcinoma escamoso cervical. El cáncer anal aparece como una progresión de lesiones displásicas en la zona escamocolumnar (zona de transición) de la región anal, que ocurren como consecuencia de la infección anal por el virus del papiloma humano (IAVPH). Se describen más de 120 genotipos de VPH, y entre ellos 35 son considerados de bajo o alto riesgo oncogénico (MINSAP, 2017b).

Recientemente se documentan avances en cuanto a la patogenia del cáncer anal, con definición de sus lesiones precursoras y formas tempranas. Sin embargo, persiste la preocupación sobre el diagnóstico tardío del cáncer anal con gran extensión local o a distancia, ya que en sus inicios presenta síntomas similares a los producidos por enfermedades benignas del orificio anal, por lo que se ha hecho evidente la necesidad de reforzar acciones para su prevención y control (Cuadro 2.8).

Cuadro 2.8. Procedimientos de intervención para la prevención y control del cáncer anal

- Dispensar al 100 % de las PVV, grupos de población clave con riesgo sustancial y mujeres VIH negativas con conducta sexual de alto riesgo que practican el sexo anal. Otros posibles grupos de alto riesgo son individuos con inmunodepresión marcada (trasplante, tratamiento esteroideo prolongado, pacientes oncológicos con quimioterapia), mujeres con antecedentes de displasia o cáncer en la región vulvar, vaginal o cervical (especialmente vulvar de alto grado), y hombres y mujeres con lesiones verrugosas perianales.
- Realizar trabajo educativo sistemático con los grupos de población clave para que adopten una actitud responsable en relación con la prevención de este tipo de cáncer e incrementen la percepción del riesgo.
- Detectar el cáncer anal en etapas tempranas. *Anamnesis*:
 - Síntomas. Es generalmente asintomático; sin embargo, en ocasiones pueden referirse síntomas locales como prurito, ardor, sangrado, sensación de aumento de volumen y tenesmo. Puede presentarse además estrés psicológico mantenido.
 - Antecedentes patológicos personales de infección por VPH, VIH u otras ITS.

Examen físico:

- Inspección y palpación de la región perianal, perineal y los genitales externos.
- Examen digital anorrectal (EDAR) con dedo de guante lubricado (lubricante hidrosoluble o lidocaína al 2 %). Buscar lesiones verrugosas, úlceras, cicatrices, fisuras, áreas induradas, zonas sensibles para el paciente, sobre todo las engrosadas y fijas, ya que son altamente sospechosas de cáncer.
- Remitir a las consultas municipales de coloproctología a todo paciente con sospecha de IAVPH o considerado dentro de los grupos de riesgo.
- Realizar la citología anal por medio del test de Papanicolaou en la consulta de coloproctología.
- Realizar anoscopia de alta resolución (AAR) y biopsia de lesiones visibles a todo individuo con citología anal anormal en consulta de coloproctología.
- Realizar la reacción en cadena para la polimerasa (PCR) a las muestras solo en aquellos casos en que el especialista en coloproctología necesite discernir el genotipo de VPH infectante.

Cuadro 2.8. (cont.)

- El tratamiento debe establecerse en dependencia de los resultados de la biopsia, en la misma consulta, inmediatamente al conocerlo o en el salón de operaciones, en un período menor de 45 días desde la 1.ª consulta.
- No se considera necesario tratar la NAI de bajo grado, salvo que el paciente presente síntomas o gran ansiedad al respecto. Se le debe realizar seguimiento y orientaciones sobre el estilo de vida. Sin embargo, se recomienda tratar la NAI de alto grado con el fin de evitar la progresión a un carcinoma invasor, excepto en el caso de que la afectación sea tan extensa que su tratamiento pueda derivar en complicaciones mayores que la enfermedad. El tratamiento puede abordarse mediante compuestos de aplicación tópica, intralesional o ablativos.
- Ante signos de sospecha clínica de cáncer (lesiones perianales extensas con ulceración, lesiones ulceradas con alteraciones vasculares y lesiones dolorosas focalmente. Si en el EDAR hay engrosamiento, induración, masa anorrectal), remitir al servicio de oncología correspondiente para valoración por el grupo multidisciplinario de atención al paciente con cáncer, e indicar el tratamiento oportuno.
- No existe un esquema universal de seguimiento de las lesiones precursoras del cáncer anal, y la mayoría de los autores se basan en el propuesto por Dr. J. M. Palefsky (Fig. 2.5).

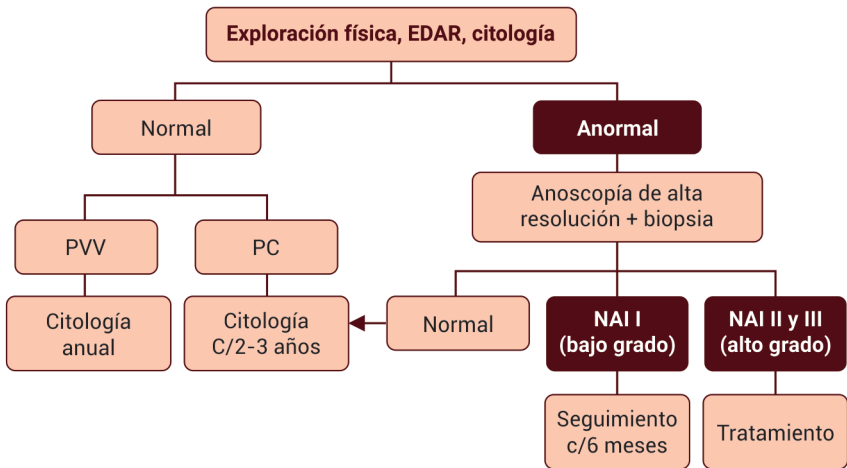


Fig. 2.5. Algoritmo de seguimiento de las lesiones precursoras del cáncer anal en grupos de población clave. Fuente: Adaptado a partir de Chin-Hong y Palefsky (2005).

Funciones del policlínico en la atención al cáncer

La función del policlínico en la atención del cáncer está orientada a garantizar la estrategia de información, educación y comunicación social en cáncer que permita promover estilos de vida saludables en la población, y desarrollar acciones de pesquisa para el diagnóstico temprano de la enfermedad (MINSAP, 2017b). En este sentido deben:

- Incluir en la dispensarización al 100 % de los individuos con riesgo elevado de padecer cáncer.
- Desarrollar acciones de prevención de riesgo y de enfermedades, y de promoción de estilos de vida saludables y conductas protectoras.
- Controlar a los pacientes según grupo dispensarial.
- Cumplir con las acciones de pesquisa establecidas para la Atención Primaria de Salud.
- Analizar el comportamiento del problema cáncer en los diferentes escenarios: reuniones de Grupo Básico de Trabajo, consejillos, reuniones del PAMI, consejos de dirección.
- Realizar evaluación cualitativa y cuantitativa del problema cáncer en los Análisis de la Situación de Salud.
- Identificar las necesidades de aprendizaje para capacitación.
- Desarrollar investigaciones en cáncer que respondan a la problemática de salud del área.
- Coordinar la continuidad de la atención del paciente en los diferentes niveles de atención del sistema.
- Consolidar las acciones de intersectorialidad.

Estrategias comportamentales

Para reducir el riesgo de contraer alguna ITS o el VIH, las personas deben comprender el riesgo al que están expuestas y contar con el conocimiento, las aptitudes y la confianza en la capacidad propia para reducir ese riesgo. Las intervenciones sobre el comportamiento suministran la información, la motivación, la educación y el desarrollo de capacidades que ayudan a las personas a disminuir las prácticas de riesgo y a mantener este cambio positivo.

Las intervenciones sobre el comportamiento pueden estar dirigidas a personas o a grupos. El asesoramiento personalizado puede centrarse en crear conciencia sobre el riesgo personal y las estrategias que permiten reducir los riesgos.

Por el contrario, las intervenciones entre pares y las sesiones grupales pueden centrarse más en la conciencia sobre el riesgo en términos generales, en

tanto que las sesiones grupales ofrecen, además, el beneficio del apoyo grupal a la hora de buscar estrategias viables para reducir el riesgo.

El asesoramiento comunitario a la familia y a la pareja puede incluir intervenciones breves para difundir mensajes de tipo conductual. Estos mensajes alientan a las personas a reducir los comportamientos de riesgo y a aumentar los comportamientos protectores (como la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas, el uso de los preservativos correcta y sistemáticamente, y el conocimiento del estado personal y de la pareja frente al VIH).

Aunque la lógica de las intervenciones sobre el comportamiento se basa principalmente en la concientización individual y la toma de decisiones acerca del riesgo, estas intervenciones también pueden operar en redes. Por ejemplo, las intervenciones pueden incluir la capacitación de personalidades influyentes para que se comuniquen con sus pares, lo que puede cambiar las percepciones sobre las normas sociales acerca de los riesgos y la forma de evitarlos, así como estrategias de alcance comunitario en sitios de encuentro de grupos de población clave a través de pares.

Cada vez se reconoce más que las redes sociales y la telefonía móvil son herramientas importantes que pueden integrarse en los programas de prevención de la infección por el VIH, y pueden ser particularmente importantes a la hora de informar sobre los servicios de prevención y prestar dichos servicios a los grupos de población clave.

La elección del contenido y el enfoque, así como del medio, debe estar fundamentada por un buen análisis formativo de la situación local y las necesidades de las PC.

Estrategias estructurales

La epidemia del VIH, en particular en los grupos de población clave, es potenciada por el estigma y la discriminación, la desigualdad de género, la violencia, la falta de empoderamiento de la comunidad, las violaciones de los derechos humanos, y las leyes y políticas que criminalizan diversos grupos de personas en base a su orientación sexual o su identidad de género (OPS, 2018d). Estos factores socioestructurales limitan el acceso a los servicios de atención a la infección por el VIH, restringen el modo en que se prestan estos servicios y disminuyen su eficacia.

Las investigaciones en Cuba dan cuenta de un grupo de barreras limitantes que pueden resumirse en (ONEI 2013, 2019):

- Barreras y normas socioculturales vinculadas a género y a derechos.
- Servicios de salud que continúan basándose en concepciones y normas tradicionales sobre la identidad de género.

- Limitadas intervenciones comunitarias y de cambio social de las PC basadas en sus fortalezas, competencias y redes de apoyo social a nivel comunitario (empoderamiento comunitario).
- Estigma y discriminación relacionados con el VIH en los entornos de atención sanitaria, especialmente por el personal de salud de hospitales.
- Insatisfacción de las PVV con la atención recibida en los servicios de los polí-clínicos.
- Manifestaciones de rechazo hacia las PVV por su condición serológica, percibidas principalmente por el personal médico de algunos hospitales, familia, vecinos, personas del barrio, amigos y personal de estomatología.
- Actitudes de rechazo hacia los HSH, mayoritariamente entre los hombres.
- Estereotipos y discriminaciones según identidades de género.
- Estigma internalizado al interior de los grupos de HSH y mujeres transgénero.
- Violencia basada en la orientación sexual y la identidad de género.
- Requisito de autorización de terceros para la utilización de los servicios de SSR relacionados con el VIH entre los adolescentes.

El término *elementos facilitadores fundamentales* se refiere a las estrategias, las actividades y los enfoques utilizados como medio para lograr el objetivo de mejorar la accesibilidad, la captación, la cobertura equitativa, la calidad, la eficacia y la eficiencia de las intervenciones y la atención a la infección por el VIH. Los elementos facilitadores operan en muchos niveles: individual, comunitario, institucional, de la sociedad, además de nacional, regional y mundial, y son cruciales para aplicar programas integrales contra el VIH destinados a los grupos de población clave en todos los contextos epidémicos.

Los elementos facilitadores fundamentales procuran superar los principales obstáculos que dificultan la utilización de los servicios –si no se abordan–, y estos obstáculos socavan la prestación de la atención de la infección por el VIH, especialmente en los grupos de población clave (PNUD, 2011). Como mucho de estos obstáculos, superan las capacidades del sector salud, se requiere de una respuesta intersectorial realmente efectiva a todos los niveles, sin la cual el enfoque no sería sistémico y, por tanto, el nivel de sinergia que se podría alcanzar sería muy bajo.

Aun cuando está demostrado que falta mucho para pasar del discurso, a la acción y en consecuencia a los resultados –sobre todo a nivel comunitario–, sí son ampliamente reconocidos los esfuerzos gubernamentales orientados a superar las barreras estructurales que limitan el acceso a los servicios. A continuación

se resume una serie de facilitadores críticos del entorno que se mantienen como máxima prioridad en el contexto cubano:

- La igualdad es un principio refrendado constitucionalmente en el ordenamiento jurídico cubano (MINREX, 2018).
- El documento *Proyecto de Conceptualización del Modelo Económico y Social Cubano de Desarrollo Socialista* contempla el enfrentamiento a toda forma de discriminación, incluida por motivo de identidad de género y orientación sexual, entre los principios que sustentan el Modelo.
- El nuevo Código del Trabajo incorpora la no discriminación por orientación sexual entre los principios fundamentales que rigen el derecho al trabajo.
- Implementación de estrategia multisectorial liderada por el Ministerio de Salud Pública dirigida a promover el respeto a la libre orientación sexual y la identidad de género, que contempla estrategias educativas, el impulso al trabajo académico y a la investigación científica, los servicios de orientación jurídica, de terapia sexual, la atención a las PC y a víctimas de la violencia de género y abuso sexual infantil, el desarrollo de programas comunitarios, capacitación al personal de atención y la producción editorial y audiovisual, así como la articulación de redes sociales, debates *online*, campañas por el respeto a la libre orientación sexual, entre otros.
- Realización de cursos de posgrado sobre género y derecho, violencia, sexualidad y masculinidades, dirigidos a juristas.
- Creación de productos comunicativos para juristas y de apoyo a elevar la cultura jurídica de la población.
- Implementación de Servicios de Orientación Jurídica dirigidos a las PC en todas las provincias.
- Desarrollo de estrategias de IEC para facilitar educación sobre derechos humanos y cuestiones jurídicas en las PC. Dichas estrategias se han materializado en capacitaciones, movilización comunitaria, apoyo comunitario paralegal, seguimiento comunitario, educación sobre derechos humanos entre iguales, apoyo y difusión.
- Se evalúan las políticas actuales de consentimiento de los adolescentes para el acceso a los servicios e insumos de SSR y VIH.
- Desarrollo de campañas educativas de sensibilización dirigidas al personal de salud, a la población general y, en específico, a las propias PVV.
- Creación de servicios diferenciados de atención a grupos de población clave en lugares de alta prevalencia de VIH e ITS, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos, abordando las barreras e inequidades señaladas para favorecer que mayor cantidad de PC, libres de estigma y discriminación, se vinculen a los servicios de prevención, testeo y tratamiento.

El impacto de la respuesta intersectorial que se precisa para abordar las barreras estructurales antes descritas requiere que la implementación eficaz de los facilitadores críticos se logre descentralizar y acercar, cada vez más, al ámbito local y comunitario. Este acercamiento al ámbito local posibilita que los grupos de población clave –en su condición de sujeto y objeto– formen parte en el enfrentamiento activo a los problemas identificados, donde la actuación conjunta con los sectores sociales es vital y determinante para avanzar hacia la meta mundial de eliminar la epidemia de VIH para el 2030.


Referencias bibliográficas

- Chin-Hong, P. V., Palefsky, J. M. (2005). Human papillomavirus anogenital disease in HIV-infected individuals. *Dermatologic therapy*, 18(1), 67-76. [Acceso el 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1529-8019.2005.05009.x>
- Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun XW, Sawo D, Brudney K *et al.* (2000). Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *JAMA*. 283(8), 1031-7. [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/192423>
- Fleming DT, Wasserheit JN (1999). From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*. 75(1):3 [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://sti.bmj.com/content/75/1/3.long>
- Frisch M, Biggar RJ, Goedert JJ (2000). Human papillomavirus-associated cancers in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *J Natl Cancer Inst*. 92(18), 1500-10. [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://academic.oup.com/jnci/article/92/18/1500/2909589>
- Grant RM, Glidden DV (2016). HIV moments and pre-exposure prophylaxis. *Lancet*. 387(10027), 1507-8. [Acceso el 25 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)30125-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)30125-8.pdf)
- Grulich AE *et al.* (2007). Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet*, 370(9581), 59-67. [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61050-2/fulltext?code=lancet-site&refissn=1525-7304&refuid=S1525-7304%2811%2970045-6](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61050-2/fulltext?code=lancet-site&refissn=1525-7304&refuid=S1525-7304%2811%2970045-6)
- Haberer JE, Bangsberg DR, Baeten JM, Curran K, Koechlin F, Amico KR, *et al.* (2015). Defining success with HIV pre-exposure prophylaxis: a prevention-effective adherence paradigm. *AIDS*. 29(11). 1277-85. [Acceso el 25 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4480436/>

- IPPF (2009). Instrumento de evaluación rápida para la salud sexual y reproductiva y los vínculos con el VIH: Una guía genérica, preparado y publicado por IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW y Young Positives, 2009. Londres, Reino Unido: International Planned Parenthood Federation. [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70162/91825_spa.pdf
- MINREX (2018). Informe Nacional de la República de Cuba al Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos. La Habana: Ministerio de Relaciones Exteriores. [Acceso el 17 de junio de 2020]. Disponible en <http://misiones.minrex.gob.cu/sites/default/files/archivos/editorholanda/articulos/informedigitalepu.pdf>
- MINSAP (2017a). Programa integral para el control del cáncer. Pautas para la gestión de implementación. La Habana: Ministerio de Salud Pública. [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentacion-tecnica&alias=378-control-del-cancer-en-la-aps-experiencias-cubanas-2009&Itemid=226%20
- MINSAP (2017b). Consenso nacional de prevención del cáncer anal. La Habana: Ministerio de Salud Pública, Sociedad Cubana de Coloproctología [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/coloproctologia/files/2017/10/CONSENSO-NACIONAL-PREVENIC%C3%93N-C%C3%81NCER-ANAL-2017-21-10-17.pdf>
- OMS (2016). *Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>
- OMS (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- ONEI (2013). Encuesta a personas con VIH/Sida-2012. Cuba. Edición 2013. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información. [Acceso el 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/ENCUESTA%20PVV%202012%20CUBA.pdf>
- ONEI (2019). Oficina Nacional de Estadística e Información. Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida-2017. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información. [Acceso el 8 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/informe_de_resultado_encuesta_de_indicadores_2017.pdf
- ONUSIDA (2015). Acción acelerada para la prevención combinada: hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 de aquí a 2020. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. [Acceso el 16 de

mayo de 2020.]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_es.pdf

- OPS (2018a). Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49094/9789275320075_spa.pdf
- OPS (2018b). Directrices unificadas sobre servicios de pruebas del VIH 2015. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49460/9789275320181-spa.pdf>
- OPS (2018c). Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2.a ed. Washington, D.C.: OPS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 25 de mayo de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49784/9789275320518_spa.pdf
- OPS (2018d). Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Washington, D.C.: OPS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49094/9789275320075_spa.pdf
- PNUD (2011). Understanding and acting on critical enablers and development synergies for strategic investment. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [Acceso el 17 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hiv/aids/English/UNAIDS_UNDP_Enablers_and_Synergies_ENG.pdf
- Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE (2014). Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 68(3), 337-44. [Acceso el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/25469526>
- WHO (2013). Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Ginebra, World Health Organization. [Acceso el 25 de mayo de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf
- WHO (2015). Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Ginebra, World Health Organization. [Acceso el 25 de mayo de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565_eng.pdf



Tratamiento, atención y apoyo a las personas que viven con el VIH

Prestación de servicios diferenciados de tratamiento antirretroviral

Al cierre del 2019, el 90,7 % de las PVV se encontraban en TAR, la cobertura de PVV con carga viral era del 52 % y los resultados de la supresión viral –si bien mostraban incrementos respecto a periodos anteriores– eran aún bajos (76,1 %) (MINSAP, 2019).

Es necesario transformar el modelo tradicional de atención a PVV en la atención primaria y brindar a las PVV, de forma diferenciada, el tratamiento, la atención y el apoyo necesarios para superar las brechas que persisten en cuanto a interrupciones del TAR, pérdidas de observación y falta de adherencia, factores que inciden en la insuficiente supresión viral y en la mortalidad a causa del sida (MINSAP, 2020a). Existen además niveles de estigmatización y discriminación hacia las PVV, así como estereotipos y discriminaciones según identidades de género que necesitan ser reducidos para una mejor atención a las necesidades de estas personas, su vinculación a “servicios diferenciados” de TAR y su seguimiento posterior.

Marco de atención diferenciada

El marco de la atención diferenciada (Fig. 3.1) se caracteriza por cuatro componentes de la prestación: a) los tipos de servicios prestados, b) el sitio de la prestación de los servicios, c) el tipo de prestador de servicios, y d) la frecuencia de los servicios. La forma de integrar estos componentes en un marco de prestación de servicios variará de acuerdo con el contexto local, pero la intención común

debe ser mejorar la aceptabilidad y los resultados de la atención (Duncombe *et al.* (2015).

Tres grupos clave de personas requieren enfoques específicos que se priorizarán en las consultas de atención diferenciada de la infección por el VIH:

- Personas recién diagnosticadas.
- Personas que acuden tarde a la atención.
- PVV con fallo clínico, virológico o inmunológico.



Fig. 3.1. Factores clave en los enfoques de atención diferenciada de la infección por el VIH.

Las personas recién diagnosticadas se definen como las que cumplen con el algoritmo de diagnóstico establecido en el país. El conjunto de medidas de atención integral a PVV recién diagnosticados es el que se encuentra protocolizado en el PEN 2019-2023. La priorización de este grupo en esta consulta de atención diferenciada tiene el objetivo de vincularlo rápidamente a los servicios de atención después del diagnóstico.

Las siguientes intervenciones han demostrado un beneficio en cuanto a la mejora del vínculo a la atención después de un diagnóstico de infección por el VIH:

- Intervenciones agilizadas que disminuyen el lapso entre el diagnóstico y la participación en la atención, como las siguientes:
 - Vínculo reforzado al tratamiento de los casos.
 - Apoyo a la revelación del estado serológico frente al VIH.
 - Localización de los pacientes.

- Capacitación del personal en materia de prestación de servicios múltiples.
 - Servicios agilizados.
- Estrategias de apoyo entre pares y de facilitadores de la vinculación.

Las personas con infección avanzada se definen como las que acuden en busca de atención, por primera vez o no, con cifras de linfocitos CD4 por debajo de 200 células/mm³ o en estadio 3 o 4 de la enfermedad según la clasificación de la OMS. El conjunto de medidas de atención dirigido a estas personas debe incluir los siguientes elementos:

- Inicio rápido del TAR (una vez que se ha descartado el riesgo de síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria [SIRI]).¹
- Tamizaje sistemático del antígeno criptocócico.
- Tamizaje y el tratamiento de la tuberculosis (TB) o el tratamiento preventivo con isoniazida (TPI) según esté indicado.²
- Tamizaje de la toxoplasmosis y la profilaxis con cotrimoxazol (CTX).
- Seguimiento intensivo.

Intervenciones clave en los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo

El cuadro 3.1 expone un conjunto de intervenciones que se ampliarán en los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo para la rápida vinculación y retención de las PVV en la atención.

Cuadro 3.1. Intervenciones clave en los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo

- Integración de todos los servicios en un único establecimiento, de manera que los servicios de pruebas de detección, prevención, tratamiento y atención de la infección por el VIH, los servicios de detección sistemática de la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual y otros servicios pertinentes se presten juntos.
- Realización de la prueba de cuantificación de los linfocitos CD4 y carga viral en el lugar de la atención, con reconsulta programada para comunicación de los resultados, según organización del servicio de laboratorio.

¹ El síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI) consiste en un espectro de signos y síntomas clínicos que se consideran asociados con la recuperación inmunitaria generada por la respuesta al TAR.

² Este elemento se recomienda en todas las personas con infección por el VIH, pero se debe dar prioridad a los pacientes que acuden con una infección avanzada.

Cuadro 3.1. (cont.)

- Apoyo y participación de los facilitadores y consejeros pares en la localización de las personas perdidas durante el seguimiento.
- Asesoramiento intensificado después de la prueba diagnóstica por parte de consejeros pares.
- Utilización de las tecnologías de comunicación, como los teléfonos móviles y los mensajes de texto, que pueden contribuir a la revelación del estado serológico frente al VIH, adhesión y la retención, sobre todo en los adolescentes y la población joven.
- Notificación de los resultados de las pruebas a la pareja por parte del prestador de atención –siempre con previa autorización–. Contribuye a detectar más personas con infección por el VIH y promueve su vinculación temprana con los servicios de atención.
- Actividades comunitarias como el apoyo centrado en las necesidades individuales, el asesoramiento y apoyo psicosocial por parte de pares y familia pueden ser beneficiosas para mejorar la retención en la atención de la infección por el VIH.
- Acciones de apoyo a la adherencia al TAR como el asesoramiento entre pares, los mensajes de texto al teléfono móvil, los mecanismos recordatorios, las terapias cognitivo-conductuales, la capacitación en habilidades y los esquemas con combinaciones de fármacos en dosis fijas administrados una vez al día.

Mejora continua de la calidad de los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo al VIH

La mejora de la calidad consiste en el proceso de mejorar los servicios y la atención mediante la utilización sistemática de los datos de los pacientes y del programa. Varios factores contextuales, como el liderazgo y el trabajo en equipo, también influyen en la calidad de la atención relacionada con el VIH (OPS, 2018a).

La implementación de los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo a nivel local debe estar basada en un marco de fortalecimiento de la calidad de los servicios de atención relacionados con esta enfermedad (Fig. 3.2).

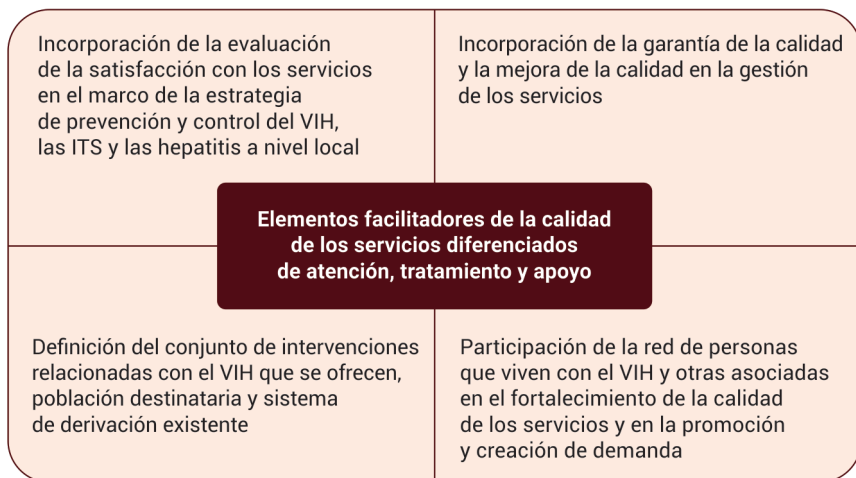


Fig. 3.2. Elementos facilitadores fundamentales de la calidad de los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo.

Este marco también debe facilitar la rendición de cuentas y la movilización de recursos hacia los lugares donde se priorice la intervención. Además, debe favorecer la colaboración entre los trabajadores de salud, redes de la sociedad civil y las comunidades de personas que viven con el VIH, a través de la definición de las funciones y las responsabilidades en los diferentes niveles del sistema de prestación de atención de salud. Debe atender también a las necesidades de estos grupos y abordar la capacidad del personal de salud con el fin de subsanar las deficiencias de la calidad.

Las actividades integrales de calidad de la atención deben incluir la evaluación de la satisfacción con los servicios diferenciados de atención, tratamiento y apoyo al VIH, la cual estará rectorada por los directores de los policlínicos y tendrá como propósitos fundamentales los siguientes: incrementar la satisfacción de las PVV con los servicios, identificar elementos causantes de insatisfacción y favorecer la toma de medidas destinadas a evitar molestias una vez identificadas las causas que provocan insatisfacciones.

El control de la opinión de la población sobre el servicio recibido se realizará por medio de:

- Información y participación de los dirigentes del policlínico en las reuniones de Análisis de la Situación de Salud de su población que se realizan anualmente, y en las reuniones de los Grupos Básicos de Trabajo.

- Encuestas sistemáticas que los psicólogos y otros profesionales o trabajadores capacitados (como atención a la población) del policlínico realizan a la población beneficiaria.
- Quejas directas realizadas por las personas que viven con el VIH.
- Opiniones recogidas en las Asambleas de Rendición de Cuenta del delegado del Poder Popular y en los encuentros de la red de personas que viven con el VIH.

El policlínico será responsable de la planificación de los recursos humanos y materiales para la implementación de los servicios diferenciados y de las acciones de mantenimiento, reparación y reposición de la infraestructura y la tecnología médica y no médica (como está establecido para el resto de los servicios del policlínico).

Optimización de las pruebas de carga viral como preferencia para monitoreo del tratamiento antirretroviral

Es de vital importancia que el equipo básico de salud realice el seguimiento de las personas que reciben TAR a fin de gestionar el éxito del tratamiento, reconocer los problemas relacionados con la adherencia y decidir oportunamente si es necesario cambiar de esquema de TAR en caso de fracaso terapéutico. Según el protocolo nacional, la determinación de carga viral es el mecanismo preferente para evaluar la eficacia o el fracaso del tratamiento antirretroviral.

En comparación con el seguimiento clínico o inmunológico, la carga viral ofrece una indicación temprana y más exacta del fracaso terapéutico y de la necesidad de cambiar de fármacos de primera línea a fármacos de segunda línea y reducir así la farmacoresistencia y mejorar los desenlaces clínicos. La medición de la carga viral también ayuda a diferenciar el fracaso del tratamiento de la falta de adherencia (Harrigan, 1995).

Diferentes estudios indican que cerca del 70 % de los pacientes que reciben un TAR de primera línea y que presentan una primera carga viral elevada lograrán suprimir de nuevo el virus tras una intervención de apoyo a la adherencia (Bonner *et al.*, 2013), lo cual insinúa que la falta de adherencia al tratamiento es el motivo de una alta carga viral en la mayoría de los casos. La carga viral puede ser además un indicador indirecto del riesgo de transmisión y de la eficacia real de las intervenciones de prevención a escala individual, sobre todo en las embarazadas (Warszawski *et al.*, 2008) y también a escala poblacional (Miller *et al.*, 2013).

Seguimiento sistemático de la carga viral para detectar el fracaso virológico

Según el protocolo nacional, el seguimiento sistemático de la carga viral debe realizarse a los 6 meses, a los 12 meses y luego cada 12 meses cuando la situación clínica del paciente sea estable con el TAR, a fin de detectar oportunamente un fracaso terapéutico (OPS, 2019).

La OMS define las personas en situación clínica estable con el TAR según los siguientes criterios (OPS, 2019):

- Han recibido TAR como mínimo durante un año.
- No presentan ninguna enfermedad ni embarazo actual.
- Comprenden bien el sentido de la adherencia terapéutica de por vida.
- Existen datos en favor del éxito del tratamiento (dos mediciones consecutivas de carga viral por debajo de 1000 copias/mL).

Se recomienda indistintamente la determinación del recuento de CD4 de conjunto con la determinación de la carga viral en la primera consulta tras el diagnóstico, como marcador predictivo por excelencia de la progresión de la enfermedad y de la supervivencia del paciente, así como factor determinante para la necesidad del uso de la profilaxis contra las infecciones oportunistas. Se recomienda realizar a los 6 meses (junto con la carga viral) de iniciada la TAR. En los casos que hayan alcanzado de manera sostenida la supresión virológica, y la reconstitución inmunitaria (CD4 en cifras por encima de 350 cel/mm³), al año de haber iniciado el TAR, la determinación se efectuará con una frecuencia anual.

En la tabla 3.1 se presentan las definiciones de fracaso clínico, inmunológico y virológico para decidir el cambio de esquema de ARV.

Aún no se ha determinado el umbral óptimo que define el fracaso virológico y decide el cambio de esquema ARV. La OMS recomienda un umbral de 1000 copias/mL con base en el hecho de que el riesgo de transmisión del VIH y de progresión de la enfermedad es muy bajo cuando la carga viral es inferior a esta cifra (Loutfy *et al.*, 2013; Ford *et al.*, 2015) y que, por debajo de este umbral, pueden ocurrir incidencias pasajeras o intermitentes de baja viremia (de 50 a 1000 copias/mL) durante un tratamiento eficaz, pero no se han asociado con un mayor riesgo de fracaso terapéutico (Havlir *et al.*, 2001).

Tabla 3.1. Definiciones de fracaso clínico, inmunológico y virológico para decidir el cambio de esquema de ARV

Fracaso	Definición en adultos y adolescentes	Definición en niños
Fracaso clínico	Evento clínico nuevo o recurrente que indique inmunodeficiencia severa (estadio 4 de la OMS) que se presenta 6 meses después de iniciado un tratamiento antirretroviral efectivo	Evento clínico nuevo o recurrente que indique inmunodeficiencia avanzada o severa (estadios 3 y 4 de la OMS a excepción de TB) que se presenta 6 meses después de iniciado un tratamiento antirretroviral efectivo
Fracaso inmunológico	Conteo de CD4 cae a nivel del valor de CD4 basal por debajo o niveles persistentes de CD4 por debajo de 100 cel/mm ³	Menores de 5 años: niveles persistentes de CD4 por debajo de 200 cel/mm ³ o <10 % Mayores de 5 años: niveles persistentes de CD4 por debajo de 100 cel/mm ³
Fracaso virológico	Carga viral plasmática por encima de 1000 copias/mL en dos mediciones consecutivas después de un año de TAR, con adherencia comprobada	

A los pacientes que no hayan recuperado sus CD4 ni logrado la supresión viral se les debe mantener el seguimiento de la carga viral y los CD4 cada 6 meses (Fig. 3.3). El médico tratante definirá la conducta a seguir en cada caso e indicará cambio de TAR de primera a segunda línea. Si el paciente está en segunda línea, se indicarán estudios de resistencia. No se suspenderá el esquema de TAR para hacer el estudio de resistencia y obtener su resultado.

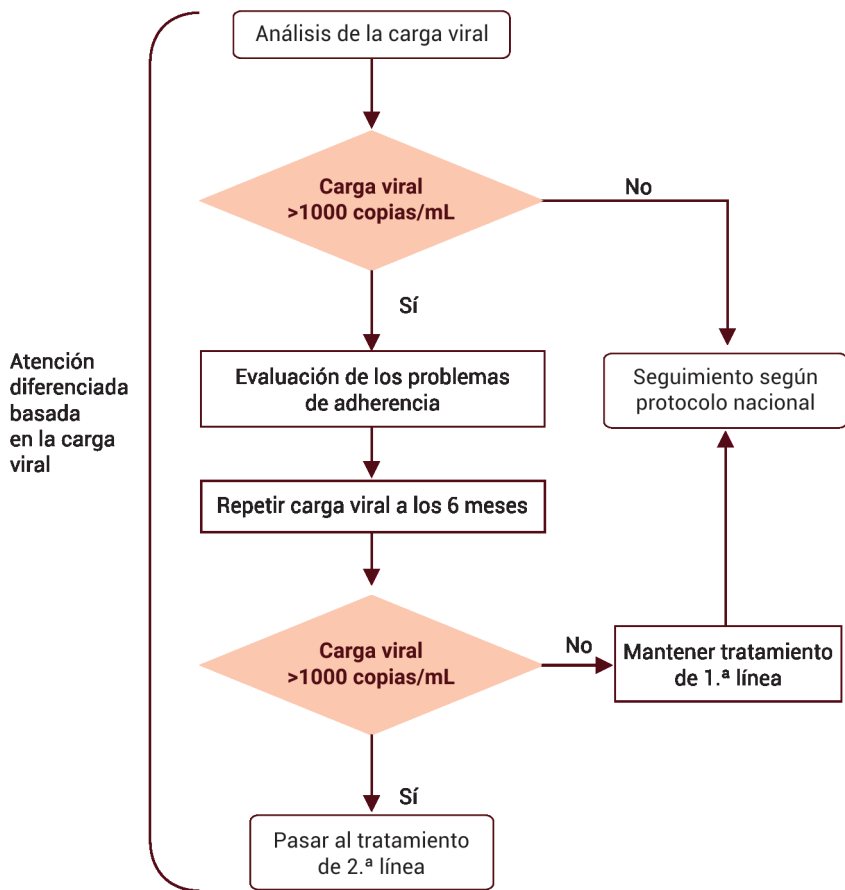


Fig. 3.3. Determinación sistemática de la carga viral (detección temprana del fracaso virológico).

En el cuadro 3.2 se presentan las pruebas requeridas en las diferentes consultas de seguimiento establecidas para la atención integral a las personas que viven con el VIH.

Cuadro 3.2. Recomendaciones de las pruebas requeridas según consulta de seguimiento

- Primera consulta. Se indica carga viral y CD4 basal.
- Inicio rápido de TAR*. Se indica prueba de resistencia a niños y embarazadas diagnosticadas en el chequeo prenatal.**
- Consulta de seguimiento:
 - Se indica determinación de CV a los 6 meses, a los 12 meses y luego cada 12 meses cuando la situación clínica del paciente sea estable con el TAR.
 - Se indica determinación de CD4 a los 6 meses de iniciado el TAR y posteriormente cada 12 meses. Se recomienda realizar a los 3 meses de iniciado el TAR en caso de diagnósticos tardíos.
- En cualquier consulta en que se compruebe que el paciente está en fracaso virológico y está con esquemas de TAR de segunda o tercera línea con adherencia comprobada. Se indica prueba de resistencia. **

* El inicio rápido del TAR se define como el comienzo del tratamiento dentro de los 7 días desde el diagnóstico de la infección por el VIH. En lo que respecta a la evaluación y al inicio del tratamiento, se debe dar prioridad a las personas con infección avanzada por el VIH (OPS, 2018b).

** No diferir el inicio de TAR en espera del resultado de la prueba de resistencia.

Vigilancia de la farmacoresistencia del VIH

Son muchos los factores que se asocian con la aparición de farmacoresistencia del VIH. En general, estos factores se pueden dividir en las siguientes tres categorías (WHO, s.a):

- Factores propios del virus (como el subtipo del VIH, su capacidad de replicación y los polimorfismos preexistentes).
- Factores relacionados con los fármacos (como la potencia, la farmacocinética, las interacciones farmacológicas, la tolerabilidad y la barrera genética a la resistencia).
- Factores programáticos (como la adherencia al TAR recetado, la continuidad en el suministro de los fármacos y la retención de los pacientes en el tratamiento).

Si bien el personal sanitario no puede intervenir sobre los factores propios del virus o los relacionados con fármacos, el seguimiento de los factores programáticos de TAR puede alertar a los médicos de asistencia y al equipo básico de salud sobre las situaciones que favorecen el fracaso virológico o el surgimiento de resistencia a escala poblacional. Una vez que se detectan estas situaciones, se pueden aplicar medidas destinadas a optimizar la atención del paciente y aminorar así el surgimiento de la farmacorresistencia prevenible del VIH.

La vigilancia exhaustiva de la farmacorresistencia del VIH implica el seguimiento sistemático de varios indicadores (Cuadro 3.3) (OPS, 2019).

Cuadro 3.3. Indicadores para el seguimiento de farmacorresistencia en el VIH

- Monitoreo de indicadores de alerta temprana de resistencia del VIH a los antirretrovirales.
- Vigilancia de la resistencia pretratamiento en poblaciones que inician terapia.
- Vigilancia de la resistencia en poblaciones que reciben terapia antirretroviral (12 y 48 meses).
- Vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales en todas las gestantes antes de iniciar la terapia antirretroviral para minimizar al máximo la transmisión del VIH.
- La vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales en todos los niños menores de 18 meses de edad recién diagnosticados con VIH.

Vigilancia rutinaria de los indicadores de alerta temprana de farmacorresistencia del VIH

La vigilancia exhaustiva de la farmacorresistencia del VIH implica el seguimiento sistemático de los pacientes con indicadores de alerta temprana del desempeño de la estrategia de TAR en los niveles municipal, provincial y nacional. Los indicadores de alerta temprana (cuadro 3.4) consisten en indicadores de la calidad de la atención a nivel del consultorio o consulta diferenciada, que alertan a los médicos sobre las condiciones que favorecen el fracaso virológico y la aparición de resistencia en la población.

Cuadro 3.4. Indicadores de alerta temprana de la farmacorresistencia del VIH

- La recogida puntual de los ARV (indicador indirecto de adherencia).
- La retención en el TAR a los 12 meses.
- El desabastecimiento de ARV en la red de farmacias.
- Certificados médicos en las farmacias, en los que prescriban esquemas no recomendados en el protocolo nacional o que promueven la emergencia de resistencia a los antirretrovirales (como la mono- o la biterapia).
- La supresión de la carga viral 12 meses después de haber iniciado el TAR.
- La cobertura de las pruebas de la carga viral a pacientes en TAR.

El análisis periódico de los indicadores a nivel local y la elaboración de planes de acción que se fundamentan en sus resultados favorecen la optimización del tratamiento de la infección por el VIH y reducen al mínimo la aparición de farmacorresistencia del VIH.

Prevención y manejo de coinfecciones

Tuberculosis

El manejo de las infecciones oportunistas constituye una parte fundamental del tratamiento y la atención a la infección por el VIH.

Aun cuando la tuberculosis es perfectamente prevenible y curable y se han logrado altas tasas de detección de TB (87 %) y de éxito del tratamiento (82%) entre todas las formas, alrededor del 11 % de los casos nuevos de TB y las recaídas son coinfecciones, y todavía resulta limitado el cumplimiento de la terapia preventiva con isoniacida (TPI) (MINSAP, 2020B). Para mejorar el impacto de las intervenciones dirigidas a la coinfección VIH/TB, Cuba se ha alineado a las recomendaciones de la OMS relativas al conjunto de actividades integradas cuyo objetivo es establecer y fortalecer los mecanismos de prestación de servicios integrados contra la tuberculosis y la infección por el VIH, reducir la carga de enfermedad de la tuberculosis en las personas que tienen VIH y reducir la carga de enfermedad del VIH en los pacientes con tuberculosis (WHO, 2012).

Las actividades clave para la prevención y control de la coinfección VIH/TB comprenden 12 pasos que recoge el cuadro 3.5.

Cuadro 3.5. Doce pasos clave para dar respuesta a la coinfección VIH/TB

A. Establecer y fortalecer los mecanismos inter- e intrasectoriales para proporcionar servicios integrados de TB y VIH (OPS, 2017)

1. Fortalecer la participación inter- e intrasectorial en todos los niveles.
2. Determinar la prevalencia del VIH entre los pacientes con TB y la prevalencia de la TB entre personas que viven con el VIH.
3. Planificar conjuntamente a fin de integrar los servicios VIH/TB.
4. Monitorear y evaluar.

B. Reducir la carga de TB en personas con VIH e iniciar tempranamente el tratamiento antirretroviral

5. Intensificar la búsqueda de casos de TB y proporcionar un tratamiento anti-TB de buena calidad. Todas las personas que tienen VIH deben someterse a un tamizaje regular que siga el algoritmo de los cuatro síntomas de tuberculosis recomendado por la OMS —o sea, tos en el momento actual, fiebre, sudores nocturnos o pérdida de peso— en cada contacto con un profesional de salud (WHO, 2011). Además, a todos los casos de VIH se les deberá indicar la prueba cutánea de tuberculina (PPD o Mantoux). Este tamizaje ayuda a determinar si la persona reúne los criterios para el tratamiento preventivo con isoniazida porque descarta la probabilidad de que la persona padezca tuberculosis activa y permite individualizar a quienes necesitan evaluación, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, según corresponda.
6. Iniciar la prevención de la TB con TPI y el TAR temprano. En todos los adolescentes y adultos con síntomas o sin ellos, en los que fue descartada TB activa, iniciar la terapia preventiva con isoniazida (TPI) durante 6 meses. La TPI se administra a razón de 300 mg diarios por vía oral, asociada a vitamina B6 (50 mg diarios o 100 mg semanales) o 900 mg dos veces por semana. Cualquiera que sea el tiempo que se establezca para la TPI, esta será administrada por el médico y enfermera(o) de la familia, y estrictamente observada, llevando el control en la tarjeta de quimioprofilaxis. Se exceptúan los sábados y domingos.
7. Garantizar el control de infecciones por TB en establecimientos de salud y sitios de congregación. Para ello existen tres grupos de medidas de control de infecciones y cada una opera en un punto diferente del proceso de transmisión.

Cuadro 3.5. (cont.)

Estos tres grupos de medidas son:

- Medidas de control administrativo. Incluye tamizaje a todos los pacientes, instruirlos acerca de la higiene respiratoria y etiqueta de la tos, dar prioridad a la atención y manejo de estos pacientes para minimizar el tiempo de espera, asegurar un diagnóstico rápido de los pacientes con sospecha de TB para poder iniciar tratamiento lo antes posible y asegurar que los pacientes con TB sigan el tratamiento anti-TB directamente observado.
- Medidas de control ambiental: maximizar la ventilación (ya sea natural o mecánica). La luz solar es una fuente natural y segura de rayos ultravioleta que puede matar los bacilos tuberculosos, por lo que debe aprovecharse al máximo en el diseño y operación de las áreas de atención.
- Medidas de protección respiratoria. Los nasobucos están indicadas para pacientes con sospecha o diagnóstico de TB de vías respiratorias cuando se trasladan de un lugar a otro dentro del hospital o están en contacto con otras personas.

C. Reducir la carga de VIH en pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB

8. Proporcionar la prueba del VIH y consejería a los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB. Se indicará y controlará la realización de la prueba de VIH a todos los pacientes con TB y sus parejas sexuales. De resultar no reactiva se debe repetir antes de concluir el tratamiento.
9. Introducir intervenciones de prevención del VIH en los pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB. La implementación de intervenciones de prevención del VIH (por ejemplo, disponibilidad de información sobre prevención de la infección por el VIH y condones) en los servicios donde se atienden pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de TB es una medida preventiva fundamental.
10. Proporcionar terapia preventiva con cotrimoxazol (TPC) a pacientes coinfectados TB/VIH. A todas las personas que viven con el VIH que tengan TB activa se les administrará terapia preventiva con trimetopim-sulfametoxazol (cotrimoxazol) independientemente del resultado de los CD4.

Cuadro 3.5. (cont.)

Los pacientes con coinfección TB/VIH recibirán el tratamiento normado por el programa de control de la tuberculosis, el que será estrictamente supervisado por su médico y enfermera(o) de la familia, que llenarán de forma adecuada la tarjeta de tratamiento y realizarán el seguimiento en consulta, mensualmente, hasta su término. El tratamiento anti-TB de los casos de coinfección TB/VIH se realizará con una frecuencia diaria, tanto en la primera, como en la segunda fase, y cumpliendo los principios de tratamiento directamente observado (TDO).

11. Garantizar intervenciones de prevención del VIH, tratamiento y atención a pacientes coinfectados TB/VIH. El equipo básico de salud del área realizará consejería en todo paciente con TB, en relación con la importancia de la prueba del VIH.
12. Proporcionar TAR a pacientes coinfectados TB/VIH. En PVV con <50 cel CD4/mm³ iniciar TAR dentro de las dos semanas después de haber comenzado tratamiento anti-TB; en PVV con >50 cel CD4/mm³ posponer el inicio de TAR dentro de las 4 semanas después de haber comenzado tratamiento anti-TB. Se evaluarán los efectos colaterales del tratamiento combinado o el síndrome de reconstitución inmunológica (SIRI), que puede presentarse en los pacientes con TB que comienzan el tratamiento antirretroviral. Estos casos serán evaluados de inmediato por el clínico del GBT.

Hepatitis virales

La coinfección por el VIH tiene consecuencias graves sobre el curso de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC), entre ellas la progresión más rápida hacia la cirrosis y el carcinoma hepatocelular, una mortalidad más alta por causas hepáticas y menor respuesta al tratamiento, en comparación a lo que ocurre en las personas sin infección por el VIH (Hoffmann y Thio, 2007; Wandeler *et al.*, 2013).

Un enfoque integral para abordar las hepatitis virales en los grupos de población clave consiste en combinar la prevención –incluida la vacunación contra el

VHB-, el tamizaje, el tratamiento y la atención de las personas coinfectadas con VIH y VHB o VHC (Cuadro 3.6).

Cuadro 3.6. Estrategia combinada de prevención, atención y tratamiento a la coinfección VIH/HB/HC

1. Prevención. Dado que las vías de transmisión de las hepatitis virales se superponen a las del VIH, muchas intervenciones que previenen la infección por el VIH también previenen la transmisión del VHB y el VHC.
2. Tamizaje. El riesgo de contraer la infección por el VHB y el VHC puede ser mayor en los adultos con infección por el VIH. En consecuencia, en todas las personas con diagnóstico reciente de infección por VIH se debe realizar el tamizaje del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) y del anticuerpo contra el VHC (anti-VHC).
3. Vacunación. Se debe administrar la vacuna recombinante antihepatitis B en caso de grupos de población clave que no estén inmunizados (HbsAg negativo y anticuerpos al HBsAg sean <10 UI/L). Actualmente no hay ninguna vacuna contra el VHC. En consecuencia, es mucho más importante redoblar los esfuerzos actuales para prevenir la transmisión del VHC en las personas de los grupos de población clave.
4. Tratamiento:
 - Tratamiento de la coinfección VIH/HB. La coinfección por el VIH tiene consecuencias graves sobre el curso de la infección por el VHB. En las personas que viven con el VIH que requieren inicio inmediato de tratamiento antirretroviral y tienen carga viral de VHB elevada, se recomienda como opciones terapéuticas preferentes la combinación de los fármacos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (TDF más FTC o 3TC) y un tercer fármaco activo frente al VIH. Si está contraindicado el TDF, el fármaco de elección es el Entecavir, ajustado según la función renal y el fracaso previo al 3TC (0,5 mg/día en pacientes sin exposición a 3TC, 1 mg/día para el resto).
 - Tratamiento de la coinfección VIH/HC. La hepatopatía causada por el VHC progresa más rápidamente en las personas coinfectadas por el VIH. Por consiguiente, el tratamiento contra el VHC es una prioridad en las personas coinfectadas por ambos virus.

Cuadro 3.6. (cont.)

La decisión de iniciar el tratamiento es más compleja que en las personas que presentan una mono infección por el VHC dado que las tasas de respuesta son inferiores, el riesgo de efectos tóxicos es mayor y el tratamiento es complicado por el gran número de comprimidos diarios, la superposición de las toxicidades y las interacciones entre los fármacos utilizados contra el VHC y el VIH. En general, se recomienda alcanzar la estabilización clínica de la infección por el VIH con el TAR antes de comenzar el tratamiento contra el VHC, sobre todo en las personas con una inmunodepresión avanzada (cifras de linfocitos CD4 por debajo de 200 células/mm³).

El tratamiento con agentes antivirales de acción directa (ADD) debe ser utilizado de forma similar que en los enfermos mono infectados con el VHC, ya que ofrece tasas equivalentes de respuesta virológica sostenida con independencia del estado frente al VIH.


La decisión de comenzar el TAR en las personas coinfectadas por el VHC se debe regir por los mismos principios que la mono infección por el VIH. Sin embargo, para la selección de los antivirales se debe tener en cuenta la interacción con las drogas antirretrovirales. Dentro de los ARV que no tienen interacciones con los AAD pangenotípicos recomendados para el tratamiento de la hepatitis C se encuentran el abacavir, dolutegravir, raltegravir, zidovudina, emtricitabina/lamivudina y tenofovir.

Referencias bibliográficas

- Bonner K, Mezocho A, Roberts T, Ford N, Cohn J (2013). Viral load monitoring as a tool to reinforce adherence: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 64, 74-8. [Acceso el 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://core.ac.uk/reader/77100238>
- Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, Holmes C, Wilkinson L, Biot M *et al.* (2015). Reframing HIV care: putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Trop Med Int Health.* 20(4):430-47. [Acceso el 19 de junio de 2020.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.12460>
- Ford N, Stinson K, Gale H, Mills E, Stevens W, Pérez González M *et al.* (2015). CD4 changes among virologically suppressed patients on antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 18, 20061. [Acceso el 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://europepmc.org/article/pmc/4530137>

- Harrigan R (1995). Measuring viral load in the clinical setting. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 10, 34-40.
- Havlir DV, Bassett R, Levitan D, Gilbert P, Tebas P, Collier AC *et al.* (2001). Prevalence and predictive value of intermittent viremia with combination HIV therapy. *JAMA*, 286, 171-9. [Acceso el 19 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.hiv.ch/rubriken/agenda/hav.pdf>
- Hoffmann CJ, Thio CL (2007). Clinical implications of HIV and hepatitis B co-infection in Asia and Africa. *Lancet Infect Dis.* 7(6), 402-9. [Acceso el 21 de junio de 2020.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17521593/>
- Loutfy MR, Wu W, Letchumanan M, Bondy L, Antoniou T, Margoese S *et al.* (2013). Systematic review of HIV transmission between heterosexual serodiscordant couples where the HIV-positive partner is fully suppressed on antiretroviral therapy. *PLoS One.* 8, e55747. [Acceso el 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0055747>
- Miller WC, Powers KA, Smith MK, Cohen MS (2013). Community viral load as a measure for assessment of HIV treatment as prevention. *Lancet Infect Dis.* 13(5), 459-64. [Acceso el 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4512165/>
- MINSAP (2019). Registro Informatizado de VIH/sida. La Habana: Ministerio de Salud Pública, Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis.
- MINSAP (2020a). Formulario de solicitud de financiamiento al Fondo Mundial para el período de asignación 2020-2022. La Habana, Ministerio de Salud Pública.
- MINSAP (2020b). Formulario de solicitud de financiamiento al Fondo Mundial para el período de asignación 2020-2022. La Habana, Ministerio de Salud Pública.
- OPS (2017). Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Acceso el 20 de junio de 2020.]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34855/9789275319857_spa.pdf
- OPS (2018a). Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2.a ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 25 de mayo de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49784/9789275320518_spa.pdf
- OPS (2018b). Directrices para el tratamiento de la infección avanzada por el VIH y el inicio rápido del tratamiento antirretroviral. Julio 2017. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 19 de junio de 2020.]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50470>
- OPS (2019). Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.:

- Organización Panamericana de la Salud. [Acceso el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51681>
- Wandeler G, Gsponer T, Bihl F, Bernasconi E, Cavassini M, Kovari H *et al.* (2013). Hepatitis B virus infection is associated with impaired immunological recovery during antiretroviral therapy in the Swiss HIV cohort study. *J Infect Dis.* 2013;208(9):1454–8. [Acceso el 21 de junio de 2020.]. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/23901088>
- Warszawski J, Tubiana R, Le Chenadec J, Blanche S, Teglas JP, Dollfus C *et al.* (2008). Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. *AIDS.* 22, 289-99. [Acceso el 19 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00204104/document>
- WHO (2011). Guidelines for intensified tuberculosis case finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource constrained settings. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Acceso el 20 de junio de 2020.]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241500708_eng.pdf
- WHO (2012). Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH. Guías para programas nacionales y otros interesados directos. Ginebra: OMS [Acceso el 20 de junio de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44838/9789243503004_spa.pdf;jsessionid=9827E6413FDEEFCDBED-3D5AD94118693?sequence=1
- WHO (s.a). HIV drug resistance surveillance concept notes. [Acceso el 20 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/protocols/en/>



Organización de la respuesta al VIH en la Atención primaria de salud: evaluación inicial, planificación y vigilancia

La planificación, implementación y el seguimiento de la respuesta al VIH son partes de un proceso continuo: una vez que se elabora y ejecuta un plan a nivel local, se le debe dar seguimiento y evaluar los efectos. Los resultados del ciclo sirven luego para modificar la estrategia y su ejecución.

Evaluación inicial: entender la epidemia y la respuesta a ella

Es primordial comprender la dinámica de la epidemia de VIH a nivel local: las características de los grupos afectados, los contextos físicos y sociales que influyen en el riesgo y la vulnerabilidad, las necesidades de las personas pertenecientes a los grupos de población clave y cualquier otro factor que pudiera facilitar u obstaculizar las iniciativas para atender estas necesidades, así como los sistemas de salud y la infraestructura de la comunidad. En la tabla 4.1 se presenta un resumen de la información necesaria para formular y poner en marcha una estrategia diferenciada de prevención y atención al VIH (OPS, 2018).

Tabla 4.1. Información básica necesaria para la toma de decisiones y la planificación

Información necesaria sobre las PC	Fuente
Estimación del tamaño	Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida (ONEI) Universo según dispensarización del EBS
Prevalencia de la infección por el VIH	Vigilancia serológica, Registro Informatizado de VIH/sida (MINSAP)
Ubicación o distribución geográfica	Mapeo, Estudios Place
Características, comportamientos de riesgo y problemas de salud	Encuesta a personas con VIH/sida (ONEI) Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida (ONEI) Investigaciones rápidas a nivel local Análisis de la Situación de Salud
Factores estructurales importantes, barreras para implementar una respuesta al VIH y principales necesidades	Encuestas de satisfacción a las PC con los servicios de salud Datos programáticos de los observatorios de atención a PC víctimas de violencia y de los SOJ Relatorías de encuentros y reuniones de las redes de la sociedad civil Encuestas de comportamiento (ONEI) Revisión de la legislación, las políticas y las prácticas vigentes
Accesibilidad, cobertura, calidad, resultados y efectos de la intervención	Datos programáticos (administrativos) Registros de notificación de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) Encuestas integradas bioconductuales

Planificación y ejecución de la respuesta

En la tabla 4.2 se proponen algunas definiciones necesarias a tener en cuenta al planificar y poner en marcha una respuesta local al VIH destinada a los grupos de población clave.

Tabla 4.2. Definiciones clave para la implementación de estrategias diferenciadas de prevención y atención

Dimensión	Información necesaria
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> – Definir grupos de población clave beneficiarios de la intervención – Los subgrupos dentro de las PC que están más en riesgo – Directrices que deben elaborarse o modificarse para conducir el proceso
Ejecución	<ul style="list-style-type: none"> – Definir intervenciones y niveles de prioridad – Localización y escala – Metas y plazos – Estrategia para descentralizar servicios y crear mecanismos de referencia y contrarreferencia más efectivos – Métodos de prestación de servicios más apropiados – Funciones y responsabilidades de todas las partes interesadas
Recursos necesarios	<ul style="list-style-type: none"> – Recursos humanos, financieros y de otro tipo, necesarios y disponibles – Infraestructura necesaria para ejecutar la respuesta – Precisión de la necesidad de esfuerzos adicionales y cómo se obtendrán – Necesidades de capacitación de profesionales del sector y otros sectores sociales – Definir funciones y responsabilidades, tanto del personal de salud como de las redes comunitarias de la sociedad civil
M&E	<ul style="list-style-type: none"> – Definir el proceso de monitoreo y evaluación (M&E) que conducirá la ejecución de la respuesta y los sistemas de reporte de información estratégica.
Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> – Riesgos previsible – Estrategias que mitigarían sus efectos

Monitoreo y evaluación de la respuesta

Es necesario contar con un sistema de M&E para valorar tanto los componentes estructurales como los componentes de salud de la respuesta al VIH destinada a las grupos de población clave. En este acápite solo se hace referencia al monitoreo de los servicios diferenciados de prevención y atención de la infección

por el VIH y las ITS para los grupos de población clave, el resto de los componentes están contenidos en el Plan Estratégico Nacional para el período 2019-2023.

El marco de monitoreo de servicios de prevención y atención de la infección por el VIH y las ITS para grupos de población clave mide la eficacia de los servicios trazadores, en relación con su impacto sobre las epidemias de VIH e ITS. En la figura 4.1 se muestra un esquema del marco de monitoreo.

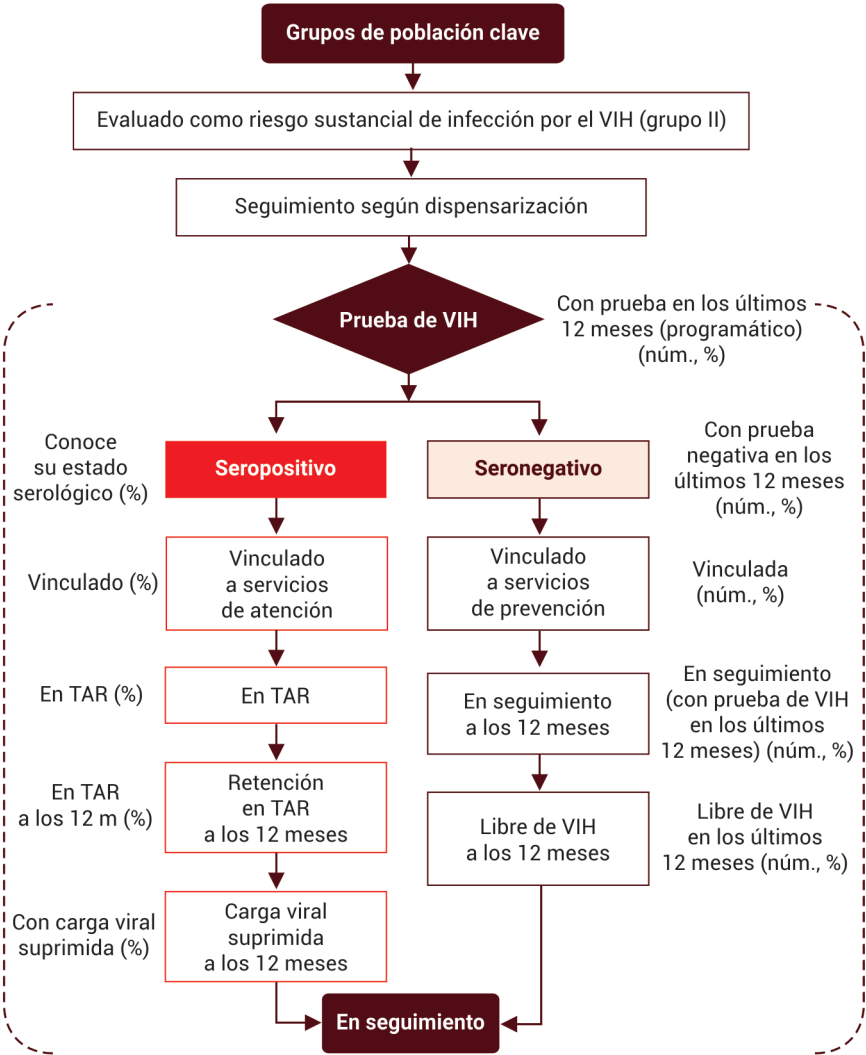


Fig. 4.1. Marco de monitoreo de los servicios de prevención y atención de la infección por el VIH para los grupos de población clave.

El impacto de estos servicios en las PC se mide en términos de prevención de nuevas infecciones por el VIH (entre las personas seronegativas) y en términos de supresión de la carga viral (entre las personas seropositivas) (OPS, 2019).

Para poder llevar a cabo el seguimiento longitudinal se debe contar con identificadores únicos de las personas. Estos evitan el doble conteo y ayudan a cruzar e integrar datos de diferentes subsistemas de información sobre el VIH.

Proceso continuo de planificación y elaboración de la respuesta

La definición de metas claras y realizables es crucial a la hora de ampliar la escala de las intervenciones para alcanzar los objetivos de la respuesta al VIH a nivel local. Las metas definen concretamente lo que debe lograr la estrategia de prevención y control en un plazo específico y pueden definirse tanto indicadores específicos sobre esas intervenciones como indicadores transversales sobre los resultados y las repercusiones.

Los indicadores específicos sobre las intervenciones y los entornos favorables reflejan la disponibilidad, la cobertura y la calidad de la intervención o el servicio o evalúan los cambios de los factores del entorno, como la modificación de las leyes, en un plazo determinado.

Los indicadores sobre los resultados y las repercusiones procuran medir los efectos que han tenido las intervenciones sobre los resultados que inciden en la exposición al riesgo, como los cambios de los comportamientos riesgosos (por ejemplo, el porcentaje de personas que usan preservativos sistemáticamente) o en las repercusiones sobre la evolución de la epidemia de la infección por el VIH o de las ITS (por ejemplo, la disminución de la incidencia de la infección por el VIH o las ITS).

La tabla 4.3 presenta un resumen de los principales indicadores clave para el seguimiento de la respuesta en los servicios de VIH, incluidas todas las etapas del proceso asistencial. Las metas, de acuerdo con las estrategias programáticas, deben estar adaptadas a la epidemia local. Las metas deben desglosarse siempre por grupo de población clave para garantizar que nadie se quede atrás.

En los anexos 1 y 2 se presenta un marco global de resultados de la implementación de las estrategias de prevención, atención y cuidados. Su finalidad es servir de ejemplo conceptual para el proceso de formulación, implementación y evaluación de las estrategias diferenciadas nivel local.

Tabla 4.3. Selección de indicadores clave para el seguimiento de la respuesta al VIH, incluidas todas las etapas del proceso asistencial. Adaptado de ONUSIDA (2017)

Indicador	Línea de base 2014	Meta 2023
Atención	364	255
Indicador	Línea de base 2010	Meta 2023
Prevención	2 200	1 870
Indicador³	Línea de base 2019	Meta 2023
	Número total de policlínicos con servicios a grupos de población clave	451
	Número total de policlínicos que cuentan con al menos una enfermera especializada en ITS con funciones directas en el manejo de las ITS, el VIH y las hepatitis a ese nivel	451
	Número de municipios con servicios a grupos de población clave	168
	Porcentaje de PPST que refieren haber recibido un conjunto combinado de intervenciones para la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis	84,4
	Porcentaje de HSH que refieren haber recibido un conjunto combinado de intervenciones para la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis	96,5
	Porcentaje de personas transgénero que refieren haber recibido un conjunto combinado de intervenciones para la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis	92,5
	Porcentaje de personas transgénero que refieren haber recibido un conjunto combinado de intervenciones para la prevención de las ITS, el VIH y las hepatitis	92,5

¹ Nota técnica: Reducción del 30 % de las muertes relacionadas con el sida en relación con el 2014 (objetivos de reducción definidos en el Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023 (PEN) con respecto a esa línea de base.

² Nota técnica: Reducción del 15 % de las nuevas infecciones por VIH, con respecto al 2010 (objetivos de reducción expresados en el PEN con respecto a esa línea de base).

³ Nota técnica: Las líneas de base están relacionadas con la última información nacional disponible y las metas se corresponden con las declaradas en el PEN 2019-2023.

Tabla 4.3. (cont.)

Indicador	Línea de base 2017	Meta 2023
Porcentaje de PPST que se realizaron la prueba del VIH en el último año y conocen sus resultados	43,2	90,2
Conocimiento del estado serológico	35,4	90,5
Porcentaje de personas transgénero que se realizaron la prueba del VIH en el último año y conocen sus resultados	85,4	90,2
Indicador	Línea de base 2019	Meta 2023
Cobertura de TAR entre grupos de población clave	90,7	90,0
Porcentaje de PWV actualmente en TAR	88,2	90,0
Porcentaje de HSH actualmente en TAR	88,3	90,0
Porcentaje de personas transgénero actualmente en TAR		
Porcentaje de PWV en TAR con supresión del virus	76,1	90,0
Supresión vírica en las PC que viven con el VIH	77,8	90,0
Porcentaje de personas transgénero en TAR con supresión del virus	75,0	90,0

(continuidad asistencial frente al VIH)
Acceso y cobertura

Resultados

Tabla 4.3. (cont.)

Indicador	Línea de base 2017	Meta 2023
Prevencción en los grupos de población clave	78.1	87.1
<p>Porcentaje de PPST que declara haber utilizado un preservativo con su último cliente</p> <p>Porcentaje de HSH que declara haber utilizado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina</p> <p>Porcentaje de personas transgénero que reportan haber utilizado el preservativo durante su última relación sexual o última ocasión en que practicaron sexo anal</p>	63.9	73.9
<p>63.01</p> <p>75.8</p>	63.01	75.8
Indicador	Línea de base 2017	
Estimaciones del tamaño de la población PPST	82 451	
Estimaciones del tamaño de la población HSH	279 249	
Estimaciones del tamaño de la población transgénero	3 700	
Entorno normativo	Línea de base 2017	

Tabla 4.3. (cont.)

Indicador	Línea de base 2019	
Tamaño de la población de personas que viven con el VIH	27 412	
Indicador	Línea de base 2017	Meta 2023
Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que han estado casadas o tenido pareja en alguna ocasión y que han sufrido violencia física o sexual por parte de una pareja masculina en los últimos 12 meses	6.8	1.5
Porcentaje de PPST que refieren haber recibido violencia reciente por parte de una pareja íntima.	22.0	8.0
Porcentaje de HSH que refieren haber recibido violencia reciente por parte de una pareja íntima.	11.0	6.0
Porcentaje de personas transgénero que refieren haber recibido violencia reciente por parte de una pareja íntima.	70.2	30.2
Proporciones de PWV que se han sentido rechazadas en el último año por ser seropositivas	14.2	9.8

Entorno normativo

Fuente: Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida-2017. La Habana: ONEI; 2019. Registro Informatizado de VIH/sida. La Habana: MINSAP; 2019. Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023. La Habana: MINSAP; 2018. Encuesta a personas con VIH/Sida-2012 La Habana: ONEI; 2013.

Referencias bibliográficas

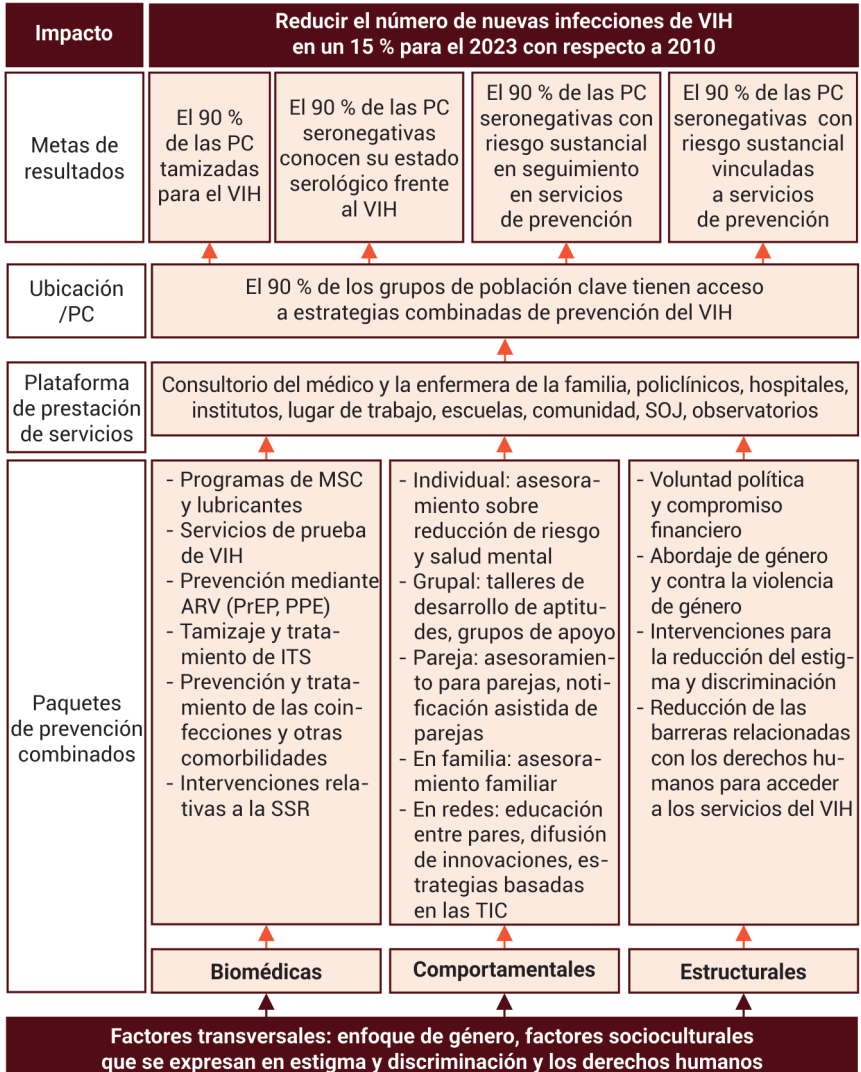
- OPS (2018). Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 16 de mayo de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49094/9789275320075_spa.pdf
- OPS (2019). Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Acceso el 23 de junio de 2020.]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51681?show=full>
- ONUSIDA (2017). Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020. Acelerar la prevención del VIH para reducir el número de nuevas infecciones en un 75%. [Acceso el 23 de junio de 2020.]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_es.pdf

Bibliografía consultada

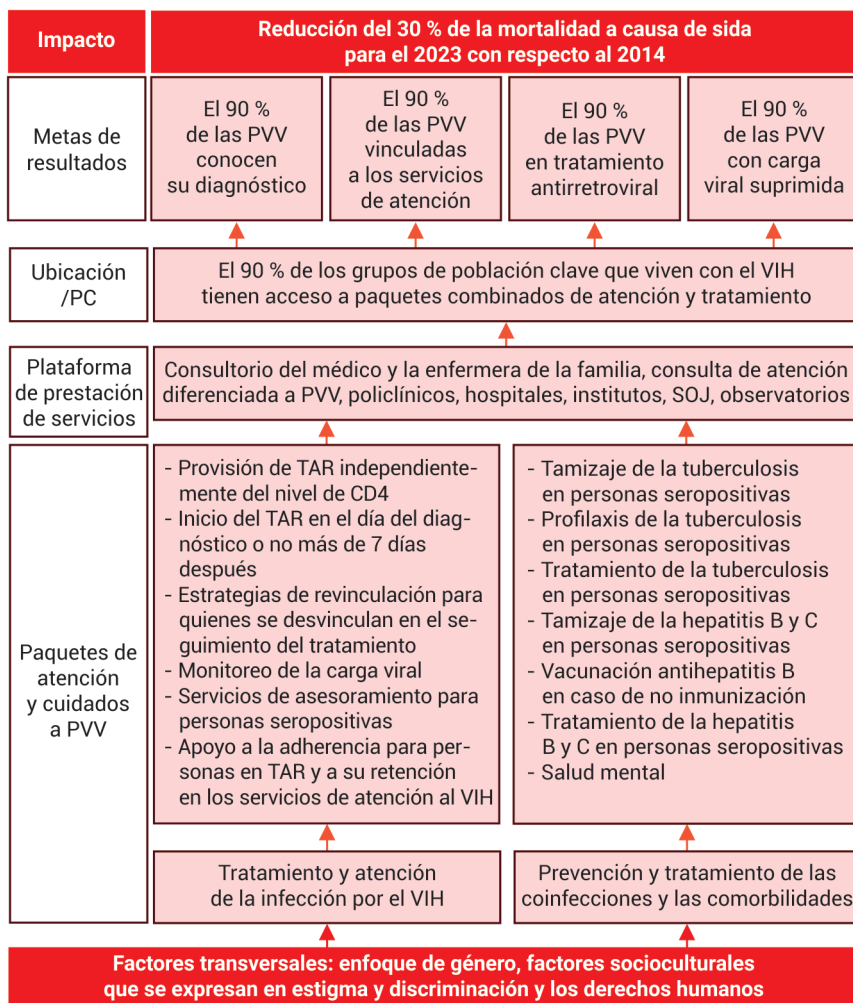
- MINSAP (2018). Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS, el VIH y las hepatitis 2019-2023. La Habana: Cuba, Ministerio de Salud Pública, Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis. [Acceso el 5 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/plan_estrategico/plan_estrategico_its_vih_hepatitis.pdf
- MINSAP (2019). Registro Informatizado de VIH/sida. La Habana: Cuba, Ministerio de Salud Pública, Departamento de ITS-VIH/sida y hepatitis.
- MINSAP (2020). Formulario de solicitud de financiamiento al Fondo Mundial para el período de asignación 2020-2022. La Habana, Ministerio de Salud Pública.
- OMS (2016). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Hacia el fin de las ITS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Acceso el 27 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>
- OMS (2018). Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2.a ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Acceso el 25 de mayo de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49784/9789275320518_spa.pdf
- ONEI (2013). Encuesta a personas con VIH/Sida-2012. Cuba. Edición 2013. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información. [Acceso el 17 de junio de 2020]. Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/ENCUESTA%20PVV%202012%20CUBA.pdf>
- ONEI (2019). Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida-2017. Cuba. Edición 2019. La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información. [Acceso el 8 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.onei.gob.cu/sites/default/files/informe_de_resultado_encuesta_de_indicadores_2017.pdf

Anexos

Anexo 1. Marco global de resultados de la implementación de las estrategias combinadas de prevención dirigidas a los grupos de población clave



Anexo 2. Marco global de resultados de la implementación de las estrategias de atención y cuidados dirigidas a personas que viven con el VIH



Prevención, diagnóstico y atención del VIH en grupos de población clave

Pautas para la Atención Primaria de Salud

El Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, el VIH y las Hepatitis reúne en este volumen pautas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH en grupos poblacionales clave destinadas a la Atención Primaria de Salud. En ellas actualiza un conjunto integral de recomendaciones sobre el manejo de la infección por el VIH, las cuales están basadas en evidencias específicas sobre las mujeres transgénero, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las personas que practican sexo transaccional y las personas que viven con el VIH.

Este texto es de obligada consulta para el personal de la Atención Primaria de Salud y para otros especialistas que de una u otra forma se relacionan con los temas tratados en la obra. La valiosa información que aquí se atesora ha de contribuir a un mejor conocimiento y aplicación de los diferentes protocolos de actuación para la prevención y control de la infección por el VIH, que han de contribuir a seguir mejorando la atención a los grupos de población clave, en aras de progresar hacia el fin de la epidemia de VIH como problema de salud pública para el 2030.



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS

www.ecimed.sld.cu

ISBN 978-959-313-854-3



9 789593 138543