

Resumen ejecutivo de la situación epidemiológica y la respuesta nacional a la infección por VIH/sida. Cuba 2016

Los primeros casos de VIH/sida en Cuba se diagnosticaron en 1986 y hasta diciembre de 2016 se han reportado 26,361, de ellos 21,758 viviendo con VIH.

La principal vía de transmisión es la sexual (99,6%). La materno-infantil (TMI) ha mantenido tasas muy bajas lo cual le valió a Cuba para ser el primer país del mundo en obtener la certificación de eliminación de la misma en 2015 otorgada por la OMS.

Con el fin de cumplir los objetivos del fast track 90/90/90 se ha intensificado la búsqueda activa de casos en población general y en grupos clave con el propósito de incrementar la proporción de PVV que conocen su estado serológico. En los últimos 5 años se ha estabilizado la incidencia, con variaciones no significativas de un año a otro.

En la siguiente tabla se resumen los datos programáticos de prevalencia en población general y poblaciones clave al cierre de 2016.

Tabla 7. Datos de prevalencia en población general y poblaciones clave.

Componente: VIH	Total	Masculino	Femenino	Año	Fuente
Prevalencia (adulto de 15 a 49 años)	0,29%	0,46%	0,12%	2016	Registro Informatizado VIH/sida
Número de Personas que Viven con el VIH	21.758	17.506	4.252	2016	Registro Informatizado VIH/sida
Prevalencia en HSH	5,82%	5,82%		2016	Numerador: Registro Informatizado VIH/sida. Denominador Encuesta indicadores de prevención 2015
Prevalencia en Trans	15,6%		15,6%	2016	Numerador: Registro Informatizado VIH/sida. Denominador Encuesta indicadores de prevención 2015
Prevalencia en PPST	2,39%	2,9%	1,4%	2016	Numerador: Registro Informatizado VIH/sida. Denominador Encuesta indicadores de prevención 2015

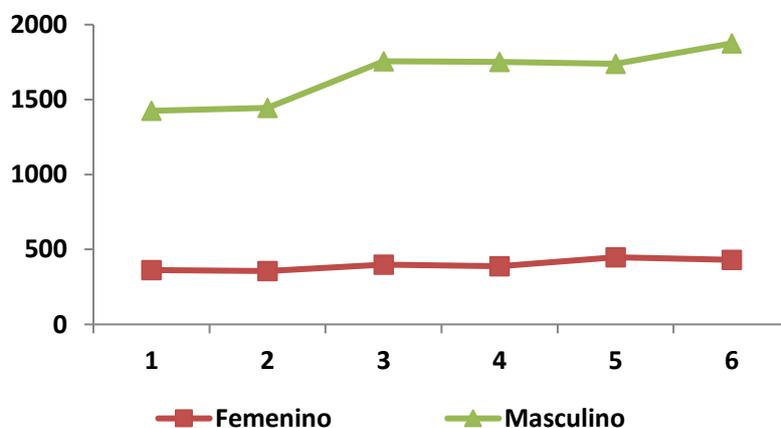
Fuente: Registro Informatizado VIH/sida

La prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años al cierre de 2016 es de 0,29%: en el período de 2011 al 2013 pasó de 0,1% a 0,2% y en 2015 fue de

0,27%: la incidencia continúa siendo un factor alimentador de la prevalencia dada la estrategia de búsqueda activa de casos que prioriza el país, así como a la estabilización de la mortalidad tendiente a la disminución con altas tasas de retención al tratamiento. La mortalidad por sida según los datos disponibles del 2016 decreció un 17,8% con respecto a igual período del 2015. (Tasa 3,54 x 100 mil habitantes en 2015 Vs 2,9 en 2016).

La detección de nuevos casos en población entre 15 y 49 años según sexo ha mantenido en los últimos cuatro años una tendencia a la estabilidad sin cambios significativos de un año a otro. El sexo masculino es el que aporta la mayor cantidad de casos cada año, a expensas de los HSH.

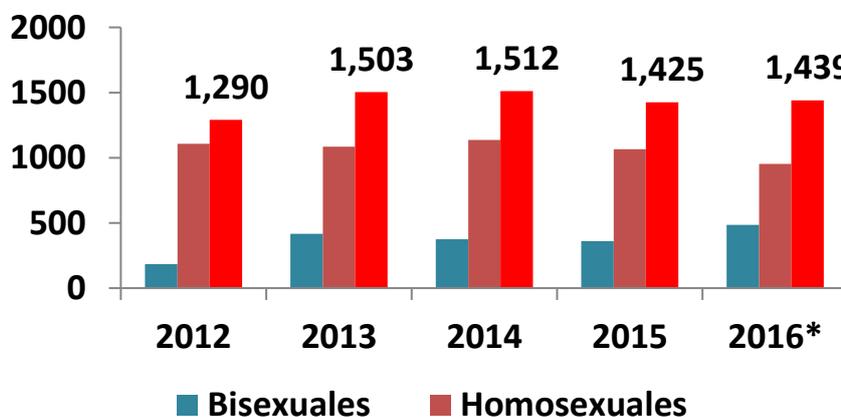
Gráfico No 7. Casos nuevos de VIH en adultos entre 15 a 49 según sexo. Cuba: 2011-2016



Fuente: Registro Informatizado de VIH/sida

En hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) ha disminuido la incidencia desde 2015 aunque los datos del 2016 son aún preliminares pues el estudio epidemiológico de los últimos casos aún no ha concluido. (Gráfico 8).

Gráfico No 8. Casos nuevos de VIH en HSH. Cuba: 2012-2016

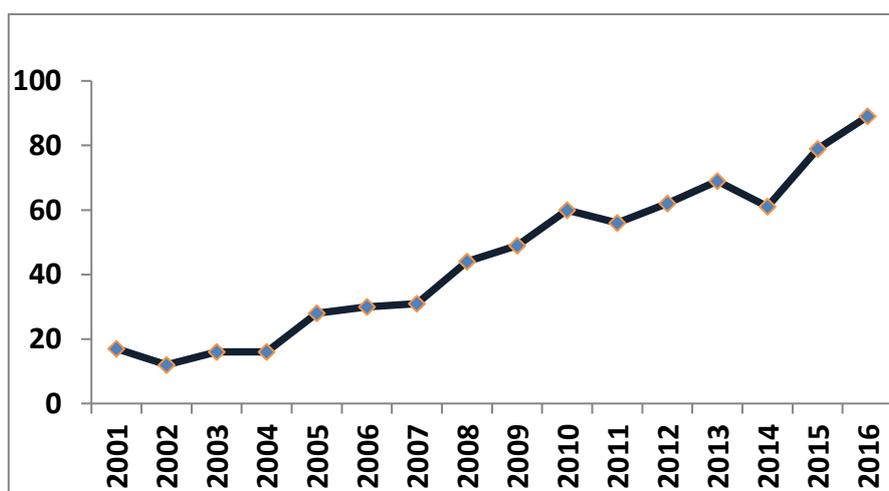


**Datos preliminares, Fuente: Registro Informatizado de VIH/sida*

La prevalencia en HSH disminuye de 7,1% en 2011 a 5,82 en 2016, aunque sigue siendo el grupo vulnerable donde se diagnostica el mayor número de casos de VIH (71,2% del total) y dentro de los hombres representan anualmente más del 80% de todas las nuevas infecciones por VIH a nivel nacional.

Por su parte, la detección de nuevos casos de VIH en población trans muestra una tendencia ascendente en los últimos años siendo los datos del 2016 aún preliminares (gráfico 9) y es de las poblaciones clave, la de mayor prevalencia al cierre del 2016 (15,6%).

Gráfico No 9. Casos nuevos de VIH en trans. Cuba: 2001-2016



Fuente: Registro Informatizado de VIH/sida

En el caso de las personas que practican sexo transaccional (PPST), los cálculos preliminares realizados en 2016 muestran una prevalencia que alcanza un 2,39% para ambos sexos, siendo mayor en los del sexo masculino (2,9%) que en el femenino (1,4%).

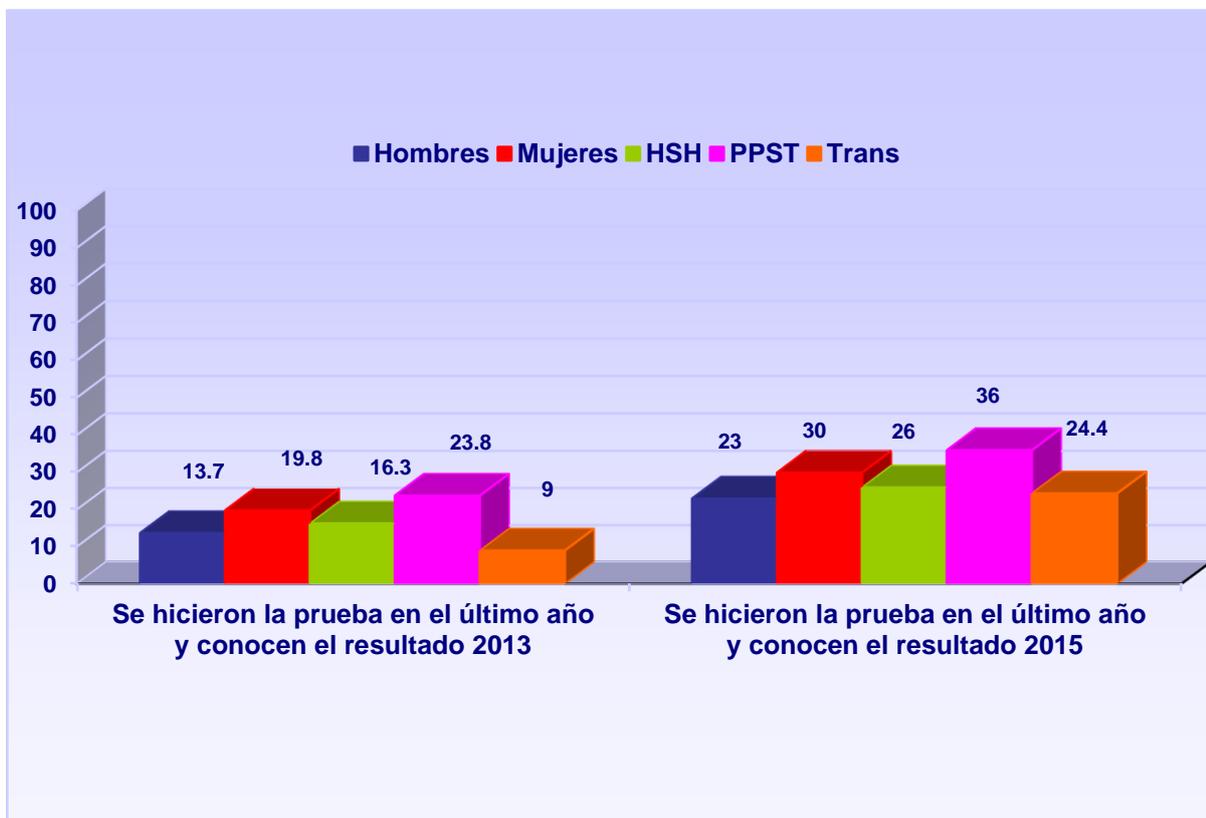
Las acciones coordinadas llevadas a cabo con el apoyo del Fondo Mundial han incidido positivamente en el incremento de la cobertura de las intervenciones prioritarias en las poblaciones afectadas.

Para los programas de prevención dirigidos a poblaciones clave a través del Proyecto, al igual que por el Programa Nacional se ha definido un paquete mínimo de servicios que incluye: 1) brindar información de prevención sobre ITS y VIH, 2) saber dónde hacerse la prueba de VIH y 3) entrega de condones a HSH, Trans y jóvenes. Respecto a las PVV el paquete incluye: 1) brindar información sobre adherencia, 2) saber dónde acudir para recibir atención médica y 3) la entrega de condones.

De igual manera, se ha establecido una estrategia para pruebas de VIH con el propósito de incrementar la proporción de personas que además de realizarse la prueba, conocen sus resultados donde las poblaciones clave y los proveedores de servicios de salud coordinan las actividades y las poblaciones clave movilizan su población hacia los puntos donde se ofrecerá el servicio.

Una comparación de la proporción de personas que se realizan prueba de VIH en los últimos 12 meses y conocen sus resultados, muestra un incremento en el 2015 respecto al 2013, aún cuando existen brechas en el alcance.

Gráfico 10 Proporción de personas que se hicieron la prueba del VIH en el último año y conocen los resultados



Fuente: Encuesta de Indicadores de Prevención, 2013-2015..

Existen obstáculos que limitan el retorno a los servicios para el conocimiento de estado serológico, por lo que resulta necesario eliminar estas barreras con el fin de cerrar esta brecha de prevención. Entre los principales está la falta de motivación personal para buscar el resultado - estimulación que debe ser promovida en la consejería pre-prueba-. Se considera que la estrategia integral no es táctico-efectiva, lo cual precisa elevar la calidad técnica de las consejerías a través de una capacitación rigurosa, una supervisión constructiva y la garantía de la calidad, como elementos primordiales.

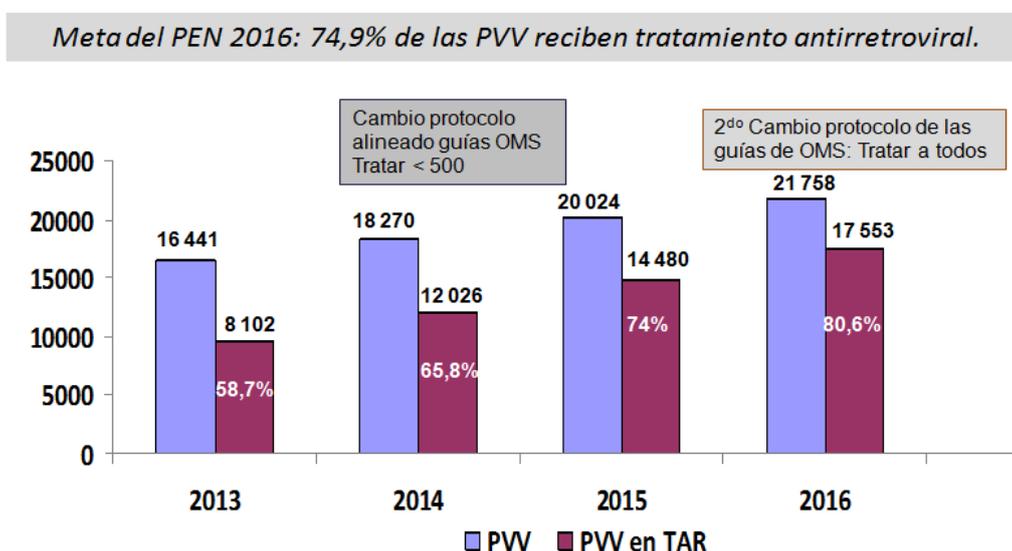
Pese a sus limitaciones actuales, las pruebas y la orientación voluntarias en el primer nivel de atención constituyen una prioridad estratégica como componente clave de la oferta integral de prevención de la infección por el VIH. En este sentido, se precisa la ampliación y redimensionamiento de otras opciones comunitarias de prestación de pruebas y orientación (como las actividades de "Hazte la prueba, servicios de extensión, servicios móviles, etc.) e innovar a fin de ir más allá de los servicios convencionales para llegar con mayor efectividad a los grupos de poblaciones clave, involucrándolos activamente.

En tal sentido, se prevé un plan de reanimación de las consejerías a nivel de Policlínicos, con mayor énfasis en los municipios priorizados con alta carga de morbilidad por el VIH así como campañas focalizadas como iniciativa intensiva en gran escala, con el propósito de:

- Fomentar comportamientos sanos, como la utilización de los servicios de atención de salud;
- Promover la aceptación de las pruebas y la orientación en relación con el VIH; y
- Convertir en práctica de rutina el conocimiento del estado serológico a través de las pruebas de VIH en la comunidad.

La cobertura de personas que viven con VIH (PVV) con terapia antirretroviral ha ido en crecimiento año tras año alcanzando en el momento actual más del 80% de todas las PVV. (Gráfico 10).

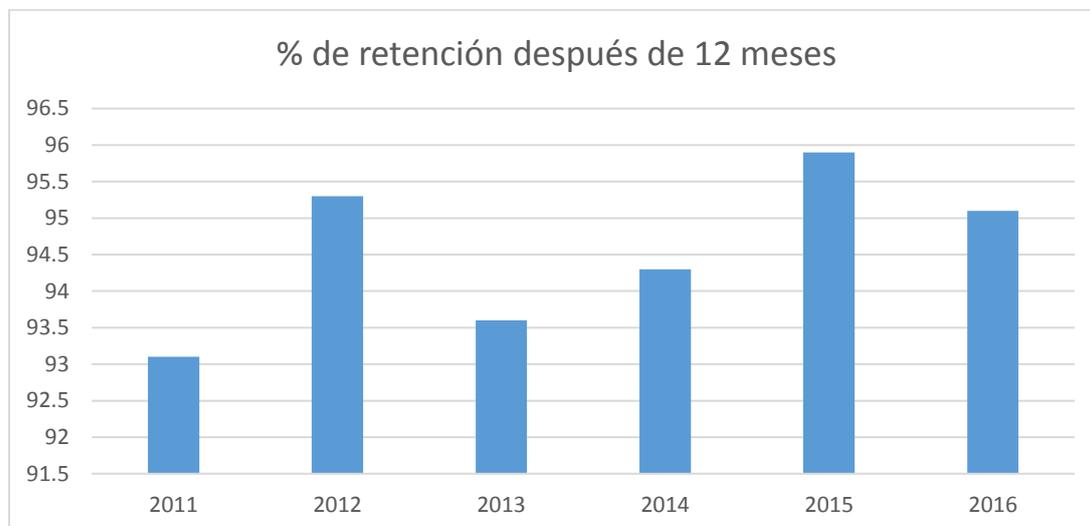
Gráfico 11. Total de PVV y N° y % de PVV en TAR. Cuba: 2013-2016.



Fuente: Registro Informatizado de VIH/sida (2016, datos preliminares)

Debido a la no disponibilidad de drogas antirretrovirales en cantidad suficiente el país aún no se ha adherido completamente al protocolo 2016 de la OMS. Al cierre del 2016 la retención al tratamiento fue del 95,1%. De forma sostenida este indicador ha estado por encima del 93% con una media en 6 años del 94,5%.

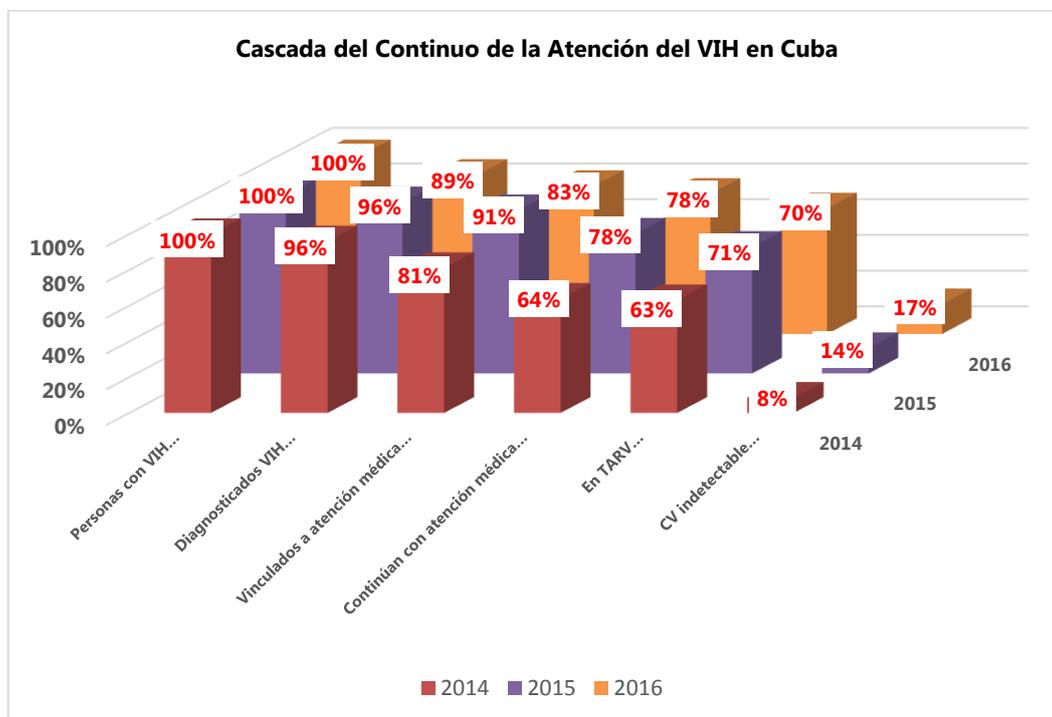
Gráfico 12. Retención en TAR. Cuba: 2011-2016



Fuente: Registro Informatizado de VIH/sida

Cabe destacar que las acciones dirigidas a mejorar el alcance a poblaciones clave con paquetes de servicios, la ampliación de la cobertura a TAR y el aporte para mejorar el alcance de las PVV con pruebas de CV ha incidido positivamente en la cascada del continuo de la atención, así como en el avance hacia el logro de las metas 90-90-90.

Gráfico 13. Cascada del Continuo de la Atención en Cuba



Fuente: Registro Informatizado del MINSAP

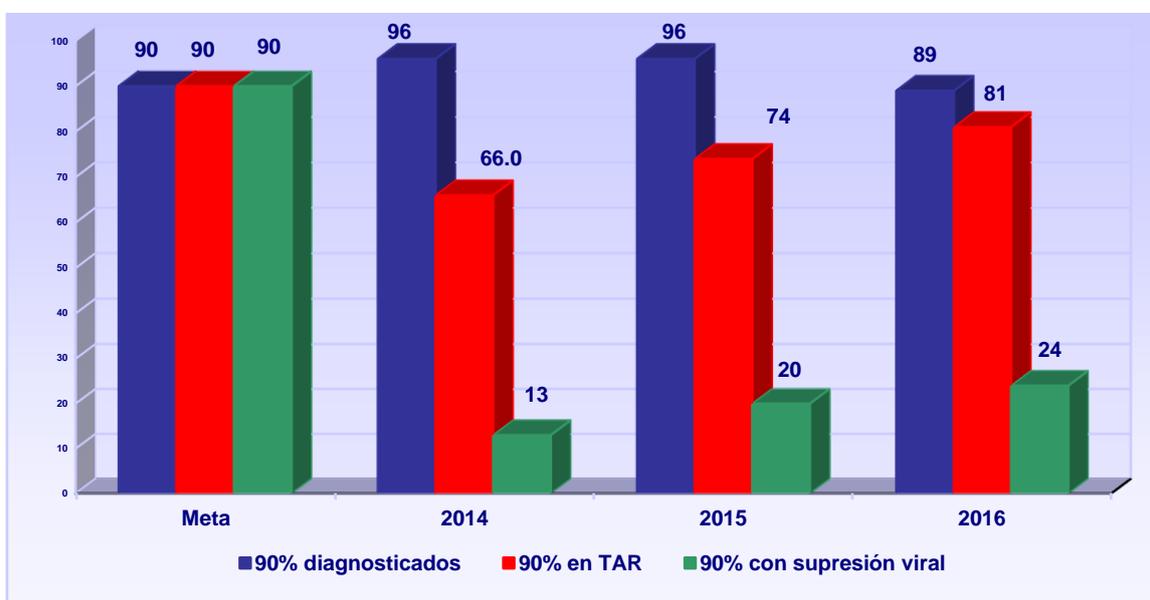
El gráfico 12 presenta la evolución en relación a los compromisos 90-90-90 establecidos por ONUSIDA. Para construir la cascada se utilizaron en el denominador del pilar 1 las estimaciones de Spectrum (2016) y en el numerador los datos programáticos de incidencia anual. (Los datos del 2016 son preliminares)

Para el pilar 2 se utilizó como denominador el número de personas diagnosticadas y vivas y en el numerador los datos programáticos de personas en TAR.

Para el tercer pilar el denominador se construyó con las personas bajo terapia y el numerador los datos programáticos de personas con VIH en TAR con carga viral por debajo de mil copias en la última carga viral del año.

Al valorar los resultados de la cascada se evidencia que el mayor desafío lo representa el último noventa (mantener en un 90 % con carga indetectable del total de PVV en TAR)

Gráfico 14. Compromisos 90-90-90



Fuente: Spectrum 2016 y Registro Informatizado de VIH/sida

En tal sentido, en reuniones con personal técnico del programa en las provincias y la red de apoyo a personas con VIH se han realizado análisis para identificar los factores que inciden en estos resultados. Entre ellos se han identificado y se propone trabajar en los siguientes:

- Factores organizativos que limitan la asistencia de las PVV al lugar donde se realizan en cada provincia las extracciones de sangre.
- Incumplimientos e indisciplina informativa por parte del personal que introduce los datos en el registro informatizado de VIH/sida desde las provincias, causando sub reporte y/o retrasos en la información que afectan la calidad del dato.
- Fallas en el funcionamiento del equipamiento que realiza las mediciones de carga viral. .

– Coinfección VIH/TB

La integración de servicios de VIH y TB la favorecen los siguientes aspectos organizativos:

- Existe un Director/vicedirector de epidemiología en los niveles nacional, provincial y municipal al que se subordinan ambos programas.
- Jefes de ambos programas en cada nivel que interactúan en función del cumplimiento de indicadores de TB y VIH/sida.
- Establecido en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) y en el PEN la vigilancia de VIH en pacientes TB y la de TB en PVV.
- Establecidas y funcionando comisiones técnicas de ambos programas
- Definidos los indicadores de M&E en el PNCT y el PEN

Los programas nacionales de TB y VIH/sida desarrollan las actividades de colaboración TB/VIH recomendadas por la OMS, las que se encuentran expresadas en el PEN y cuentan con indicadores que se monitorean y evalúan periódicamente a nivel nacional y local.

La incidencia anual de casos de TB en población general (incidentes más recaídas) no muestra variaciones significativas en los últimos años; en 2016 se reportaron 688 casos para una tasa de incidencia de 6,1 por 100 mil habitantes Vs 692 casos y tasa de 6,2 en el 2015. La coinfección VIH/TB representó en el 2016 el 9,3% del total de casos de TB contra el 9,7% en 2015.

La incidencia de TB en PVV ha oscilado entre 0,29% y 0,51% en el período 2011-2016 como puede apreciarse en la siguiente tabla.

Años	Nº de PVV	Casos coinfección VIH/TB	Tasa por 100
2011	13.169	67	0,51
2012	14.610	56	0,38
2013	16.441	61	0,37
2014	18.270	84	0,46
2015	19.915	67	0,34
2016	21.758	64	0,29

Fuente: Registro informatizado VIH/sida

En el 2016 se realizaron 934 pruebas de VIH a pacientes diagnosticados con TB (1,3 pruebas de VIH por caso de TB), no diagnosticándose ningún caso de VIH en este grupo.

En igual período se evaluaron para TB el 70,25% de los casos nuevos de VIH del año y se había iniciado terapia preventiva con Isoniacida en el 71,67% (cifras preliminares para el año). Al concluir el año habían comenzado TAR el 90,6% del total de casos coinfectados.

Tomando en cuenta la cohorte de tratamiento de los pacientes diagnosticados en el primer semestre del año 2015, el 64,28 % de las PVVIH co-infectadas fueron dados de alta curados, por ciento más bajo que en la cohorte no VIH que fue de 80,2%.

Para el 2017 se mantienen los objetivos estratégicos del plan nacional en VIH para el período 2014-2018 los cuales están centrados en:

1. Fortalecer la vigilancia y el control epidemiológico de las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH.
2. Impulsar el acceso equitativo a servicios básicos de diagnóstico, atención, tratamiento, seguimiento y apoyo.
3. Potenciar la gestión estratégica de los recursos humanos y la formación de capacidades.
4. Fortalecer la respuesta a la epidemia de VIH de los sectores sociales y de la sociedad civil fomentando la igualdad de género y el respeto a las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género.
5. Promover una conducta sexual responsable en los grupos clave de mayor riesgo y en población general mediante acciones de Información, Educación y Comunicación.