



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL “PEDRO KOURÍ”**

**APORTES
DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH
A LOS CONOCIMIENTOS Y LA PRÁCTICA
DE LA SALUD PÚBLICA CUBANA.1983-2022**

Tesis presentada en opción al grado científico de

Doctor en Ciencias de la Salud

MSc. Dra. Rosaida Ochoa Soto

La Habana, Cuba

2024



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL “PEDRO KOURÍ”**

**APORTES DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH
A LOS CONOCIMIENTOS Y LA PRÁCTICA
DE LA SALUD PÚBLICA CUBANA.1983-2022**

**Tesis presentada en opción al grado científico de
Doctor en Ciencias de la Salud**

AUTORA: MSc. Dra. Rosaida Ochoa Soto

TUTORES: Lic. Nereida Rojo Pérez DraC.

Dr. Edilberto González Ochoa DrC.

Dr. Pedro Más Bermejo DrCs.

ASESORA: Lic. Liset Sánchez Valdés DraC.

La Habana, Cuba

2024

*A mi abuela, mi madre y mi padre
por la formación que me brindaron,
especialmente, a partir de su ejemplo.*

*A mis hijos, nietas y nietos
a los que quiero dejarles el legado
que se puede crecer en cualquier etapa de la vida.*

A mi esposo por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Durante mi vida profesional he compartido con personas que han contribuido a mi desarrollo, por sus conocimientos y ejemplo, algunas han sido profesores/as, colegas, políticos y en los últimos veinte años las personas afectadas por la epidemia de VIH, a quienes admiro por su compromiso y fidelidad.

El tiempo me ha demostrado que una persona para alcanzar el desarrollo profesional necesita del apoyo de decisores con visión de futuro que lejos de frenar las ideas, las impulsen, y que vean en el progreso de las personas, el avance de los procesos, en mi caso fue el Dr. Héctor Terry Molinert.

A la profesora Nereida Rojo Pérez, llanamente Nereida, por su profesionalidad, ejemplo de resiliencia, de tenacidad y constancia, colega en el desarrollo de múltiples ideas, por imponerme el reto de obtener el doctorado.

Al profesor Edilberto González Ochoa, quien me motivó con su andar por la Epidemiología a seleccionar esta especialidad y cuyas valiosas enseñanzas han contribuido a tener siempre presente su contribución como ciencia básica de la salud pública.

Al Dr. Pedro Más Bermejo, por su aliento constante, enseñanzas, apoyo y asesoramiento en el camino a la ciencia.

A la DraC. Liset Sánchez, DraC. Silvia Martínez, Dr. Jorge Pérez, Dra. Jaqueline Sánchez, Dr. José Joanes, Dra. Myrna Villalón, Lic. Damaris Griñán, Dr. Manuel Romero, Lic. María del Carmen Hinojosa, Lic. Lisset Estrada y DrC. Rolando Durand por sus oportunas observaciones que contribuyeron a perfeccionar y obtener un producto más acabado.

Un particular agradecimiento a las personas seleccionadas como expertas, por sus contribuciones al estudio y a Ana María Díaz Chauvell, que no vaciló en prestar su valiosa ayuda en la edición y corrección del manuscrito con todo el amor y compromiso que la caracteriza.

A mi familia, sobre todo a mi madre que una vez más, me brindó su apoyo, a ellos mi mayor agradecimiento, por su comprensión, por respetar mi tiempo y mis sueños. A mis hijos y nietos/as por ser fuente de inspiración, sin ellos hubiese sido más difícil llegar hasta el final.

Al profesor Dr. C Luis Estruch, compañero en la especialidad y en la vida, por brindarme su experiencia y conocimientos en el desarrollo de este trabajo, sin limitar horarios o días, transmitiendo ánimo ante las dificultades, no sin antes con la impronta que le caracteriza hacerme los señalamientos pertinentes.

A mis compañeros/as del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, por la ayuda en todo momento técnica y espiritual, en especial a la Dra. Vivian Herrera Gómez, por hacerme sentir siempre útil y apoyarme en la conducción científico-técnica con sus valiosos aportes.

Al Consejo Científico de Epidemiología del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí por sus orientaciones para el desarrollo de esta investigación con la profesionalidad que los caracteriza.

A mis amigas y amigos, que con palabras y/o miradas cómplices me han impregnado el estímulo necesario para salir adelante.

A las poblaciones clave, por estar siempre a mi lado, los que están y los que no están...

ABREVIATURAS Y SIGLAS

APS	Atención Primaria de Salud
ARV	Antirretrovirales
BIOCEN	Centro Nacional de Biopreparados
CMF	Consultorio del Médico de la Familia
CENESEX	Centro Nacional de Educación Sexual
CNP	Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida
CNPES	Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud
CPHEM	Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología
CV	Carga viral
DSS	Determinante Social de la Salud
EAM	Equipo de Ayuda Mutua
EBS	Equipo Básico de Salud
EMCOMED	Empresa Comercializadora y Distribuidora de Medicamentos
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
ETMI	Eliminación de la Transmisión Materno Infantil
FAR	Fuerzas Armadas Revolucionarias
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GBT	Grupo Básico de Trabajo
GPside	Grupo de prevención del sida
GOPELS	Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el sida.
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres

ICRT	Instituto Cubano de Radio y Televisión
INHEM	Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología
IPK	Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LAPVV	Línea de Apoyo a Personas que viven con el VIH
MIC	Ministerio de la Informática y las Comunicaciones
MINCIN	Ministerio de Comercio Interior
MES	Ministerio de Educación Superior
MINED	Ministerio de Educación
MINSAP	Ministerio de Salud Pública
MINTUR	Ministerio de Turismo
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
NOVATEC	Empresa de Laboratorios
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONEI	Oficina Nacional de Estadísticas e Información
ONG	Organización no Gubernamental
ONP	Oficina Nacional de Proyectos
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAM	Programa de Adelanto a la mujer
PAMI	Programa de atención maternoinfantil
PC	Poblaciones clave

PEN	Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de las ITS, VIH y hepatitis
PEP	Profilaxis post exposición
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPST	Personas que practican el sexo transaccional
PrEP	Profilaxis pre-exposición
PROSALUD	Centro Nacional de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades
PVV	Personas viviendo con VIH
Red Cub+	Red de personas viviendo con VIH
Red HSH-Cuba	Red de hombres que tienen sexo con hombres
Red TransCuba	Red de personas transgénero
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SUMA	Sistema Ultramicroanalítico
TARV	Tratamiento antirretroviral
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, la Ciencias y la Educación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Nota: Cuando se acotan a los organismos como editores, la sigla se coloca con letra inicial mayúscula y el resto se escribe en minúscula.

SINTEISIS

Título:

Aportes de la estrategia de prevención del VIH a los conocimientos y la práctica de la salud pública cubana.1983-2022.

Introducción: Cuba ha desarrollado una estrategia de prevención del VIH, como respuesta nacional, con resultados reconocidos, sin embargo, su contribución a la salud pública ha sido poco estudiada. **Objetivos:** Describir los antecedentes históricos y fundamentos teóricos de la estrategia de prevención del VIH, caracterizar la estrategia según períodos, e identificar los hitos y aportes a la salud pública cubana. **Métodos.** Se realizó investigación cualitativa, utilizando el método histórico-lógico fundamentalmente y las técnicas observación participante, revisión documental y entrevista a expertos. **Resultados:** Los antecedentes históricos y fundamentos teóricos de la estrategia de prevención, mostraron los avances científicos, las teorías, modelos, estrategias y directrices emitidas por organismos internacionales. Los cuatro períodos de la estrategia de prevención, se caracterizaron por la prioridad a la asistencia médica, la extensión del enfoque comunitario, la descentralización de los servicios y la reorientación de la estrategia post COVID19 respectivamente. Se identificaron aportes en las áreas de la gestión innovadora, mejora continua de la calidad de la atención integral y transferencia de tecnologías. **Conclusiones:** Los aportes de la estrategia de prevención del VIH a los conocimientos y la práctica de la Salud Pública cubana, han dado respuesta a problemas específicos, en la teoría y la práctica que pueden aplicarse a otras estrategias y programas de salud.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
Problema científico	5
Preguntas de investigación	6
Objetivos de la investigación	6
Método	6
Novedad científica	7
Valor teórico-metodológico	7
Valor práctico	7
 CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH	 9
1.1. Bases teóricas de la estrategia de prevención de VIH	9
1.2. Situación del VIH a nivel mundial, en América Latina, Caribe y países seleccionados	18
1.3. Conclusiones del capítulo	22
 CAPITULO II. METODOLOGÍA PARA LA INVESTIGACIÓN.....	 24
2.1. Clasificación de la investigación	24
2.2. Métodos	25
2.3. Técnicas	27
2.4. Procesamiento de la información	32
2.5. Consideraciones éticas.....	33
2.6. Conclusiones del capítulo.....	33

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH EN CUBA.....	34
3.1. Antecedentes de la estrategia de prevención de VIH.....	34
3.2. Estrategia de prevención del VIH: propósitos, bases, estructura y componentes	38
3.3. Periodización de la estrategia de prevención del VIH. 1983-2022	45
3.4. Hitos de la estrategia de prevención del VIH.....	67
3.5. Conclusiones del capítulo.....	69
CAPÍTULO IV. APORTES DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH A LA SALUD PÚBLICA CUBANA.1983-2022.....	70
4.1. Área de gestión innovadora:.....	72
4.2. Mejora continua de la calidad de la atención.....	82
4.3. Transferencia de tecnologías	85
4.4. Conclusiones del capítulo	91
DISCUSIÓN	92
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....
ANEXOS.....

INTRODUCCION

INTRODUCCION

Desde los comienzos de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), científicos, gobiernos, técnicos y población han desarrollado una respuesta mundial frente al virus que ha evolucionado a través del tiempo, logrando un compromiso a nivel nacional e internacional sin precedentes y un modelo de prevención basado en las personas y en los derechos, enriquecida por los conocimientos alcanzados y por el aporte que ha hecho cada país al implementar estrategias según las características de su política, economía y entorno sociocultural.

Según Cáceres, ¹ los enfoques de la prevención de la infección por VIH en el mundo han transitado entre visiones individualistas (el modelo de opciones personales con base en información), pasando por visiones culturalistas (el modelo de las normas sociales obstaculizadoras de las prácticas preventivas), modelo de vulnerabilidad basado en condiciones de exclusión social hasta las concepciones sobre la preeminencia de lo estructural.

Los programas implementados en América Latina reúnen elementos de todos los modelos, aunque en su mayoría partieron de una arraigada concepción médica sobre las conductas relativas a la salud y, por tanto, la comprensión de la vulnerabilidad les resultaba complejo. Coincide la autora que, en los últimos diez años, el enfoque anterior se ha complementado con intervenciones que incorporan la concepción de cambios estructurales (la reducción de la pobreza, las inequidades de género y la discriminación de minorías sexuales y étnicas), que influyen en el

acceso a los servicios de salud y educación, así como en el abordaje de los derechos ciudadanos.

La autora considera que estas estrategias en su inicio han tenido una concepción limitada del concepto de prevención, se concibieron como actividades de información, educación y comunicación y no, con los conceptos tradicionales de la salud pública que incluye: la prevención primordial (aquella que evita el surgimiento y la consolidación de patrones de vida sociales, económicos y culturales que contribuyen a elevar el riesgo de enfermar); prevención primaria (que incluye la protección específica); la secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) y terciaria (rehabilitación)² y coincide con lo expresado por Cáceres¹ en que esta limitación en la conceptualización devino en una tendencia de concebir las acciones de prevención como ajenas a las de tratamiento y cuidados, lo que obstaculizó el abordaje de la complejidad de la enfermedad de manera integral, constituyendo una brecha.³

Los resultados durante los últimos 20 años han sido alentadores, en el año 2000, era insuficiente la respuesta de salud pública mundial contra la epidemia del VIH. En 2020, casi todos los países estaban ejecutando programas de prevención y tratamiento del VIH siguiendo las recomendaciones de elevar el compromiso gubernamental, la respuesta de la sociedad civil, el enfrentamiento a los factores estructurales, la priorización de estrategias según la epidemiología, las evidencias, la respuesta de la academia y la investigación, con lo cual se logran en este período avances en la lucha contra la enfermedad.

Según el informe “Enfrentando las desigualdades”, presentado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) en el 2022, a pesar de los notables avances en la respuesta, las nuevas infecciones causadas por el virus y las muertes relacionadas con el sida siguen siendo inaceptablemente altas, creciendo en países y comunidades donde los beneficios de la ciencia y los derechos humanos aún no llegan a todas y todos. A pesar del compromiso mundial para reducir las muertes relacionadas con el sida y las nuevas infecciones por el VIH a menos de 500 000 para fines del 2020; en el 2021 no se cumple el indicador propuesto. Las desigualdades existentes y en aumento que incluyen las relacionadas con el acceso a la atención sanitaria, las desigualdades de género, raciales y la negación de los derechos humanos de las personas, están obstruyendo el progreso en la respuesta al VIH y el manejo de la pandemia del sida.⁴

El informe plantea además, que “los recursos para la prevención no han seguido el mismo ritmo que en otras áreas de la respuesta, que las inversiones y acciones actuales son insuficientes en particular, en lo que respecta a las estrategias y programas dirigidos a poblaciones clave (PC)”.

La estrategia mundial contra el sida 2021-2026 de ONUSIDA plantea que, para identificar y eliminar las desigualdades relacionadas con el VIH, se requieren mayores recursos financieros en todos los aspectos de la respuesta y que en muchos países, las inversiones en el control de la enfermedad se han reducido los últimos años y la escalada de algunas áreas programáticas se ha conseguido a costa de otras. La estrategia pide explícitamente sinergias de los programas y

servicios, incluyendo en toda la gama de prevención, tratamiento y habilitadores sociales para el VIH.⁵⁻⁷

Entre las estrategias y programas reconocidos efectivos en la región de América Latina, ONUSIDA menciona al Programa Nacional de ITS-VIH/sida de Brasil; organizado por el Ministerio de Salud como uno de los referentes a nivel mundial en complejidad y montos de financiamiento, además se le reconocen méritos en su capacidad de concebir respuestas a varias dimensiones de la epidemia en adecuada interacción tanto con las necesidades políticas de nivel estratégico como con las preocupaciones patentes en la opinión pública.⁸⁻¹⁰

Entre las estrategias que presentan algunas singularidades se describe la desarrollada en los Estados Unidos de América, porque ha sido pionera en la adopción de nuevas tecnologías y reporta una reducción estimada de infecciones por VIH de un 12% en el periodo 2017 al 2022, aunque a consideración de la autora su aprobación fue tardía (2010).^{11,12}

Cuba, desde los inicios de la epidemia (1986) desarrolla una estrategia como respuesta nacional al VIH, con el objetivo de eliminar el VIH como problema de salud, que toma como base la evidencia científica, el perfil epidemiológico, promueve el respeto a los derechos humanos y la reducción del estigma y la discriminación. El enfoque de la estrategia ha sido integral, aunque no ha estado exento de barreras, entre ellas, los tabúes culturales y los recursos disponibles.^{13, 14}

El caso Cuba, a inicios de la epidemia del VIH, fue controversial por la decisión de la apertura de los sanatorios· más tarde algunos organismos internacionales en visitas realizadas, han reconocido la influencia de esta medida en la evolución del VIH, y la han asociado a los resultados de la experiencia cubana.^{15, 16}

El presente trabajo parte del supuesto de que, un resultado científico es un producto argumentado desde la investigación, que sirve a la transformación del objeto de estudio y que algunos de ellos pueden considerarse verdaderos aportes a su rama del saber, en este caso al campo de la salud pública, donde pueden servir de referencia en el trabajo de prevención, a nivel nacional e internacional, sin embargo, la autora considera que los aportes de la estrategia de prevención del VIH a los conocimientos y la práctica de esta ciencia, no han sido divulgados sistemáticamente debido a diversos factores entre ellos, políticos, económicos, técnicos y culturales.

Problema científico

En el trabajo de referenciación efectuado para desarrollar esta investigación, se revisaron informes y publicaciones nacionales e internacionales en diferentes períodos; a 41 años de la aparición del VIH en el mundo y 37 años en Cuba, se identificaron pocos estudios sobre la evolución de la estrategia de prevención del VIH y ninguno que abordara de forma integral su contribución a la salud pública cubana, partiendo de los referentes históricos, fundamentos teóricos, períodos, hitos y aportes, sobre la base de un análisis crítico. La búsqueda de una respuesta científica a este problema, estimuló el diseño y ejecución de esta investigación.

Pregunta de investigación

La interrogante para guiar el estudio fue:

¿Cuáles han sido los aportes de la estrategia de prevención del VIH a los conocimientos y la práctica de la salud pública cubana a partir de los referentes históricos, fundamentos teóricos e hitos según periodos, entre los años 1983-2022?

Objetivos de la investigación

1. Describir los antecedentes históricos y fundamentos teóricos de la estrategia de prevención del VIH.
2. Caracterizar la estrategia de prevención del VIH según periodos.
3. Identificar los hitos y aportes de la estrategia de prevención del VIH a la salud pública cubana.

Método

Se realizó una investigación cualitativa, en sistemas y servicios de salud, con la utilización del método histórico-lógico fundamentalmente, al estudiar los sucesos y acontecimientos en su proceso de surgimiento y desarrollo, en relación con las condiciones históricas concretas que las generaron, desde 1983 hasta el 2022. También se utilizaron otros métodos teóricos como el análisis y síntesis, la inducción-deducción, modelación, sistémico estructural funcional y sistematización. Las técnicas utilizadas fueron observación participante, revisión documental y entrevista a expertos para la obtención y validación de la información. Para el

procesamiento de los datos se realizó un análisis de contenido y para la interpretación la triangulación de la información recibida por las diferentes técnicas.

Novedad científica

El estudio contiene una caracterización de la estrategia de prevención del VIH y su evolución, en el período estudiado, en el contexto del país. La descripción de los modelos y teorías utilizadas permite comprender con mayor profundidad las acciones desarrolladas; los hitos muestran momentos importantes vinculados a los resultados, los aportes revelan la contribución de la estrategia a los conocimientos y la práctica de la salud pública cubana. La investigación fundamenta la sistematización de la respuesta al VIH y sustenta la base científica de la estrategia de prevención.

Valor teórico-metodológico

La metodología empleada puede constituir un referente, dentro y fuera del país, para el análisis de las estrategias a través de métodos cualitativos; también destaca su basamento teórico, modelos y teorías utilizadas, la periodización empleada, hitos y aportes.

Valor práctico

Los resultados de la investigación constituyen una herramienta a nivel nacional, provincial y municipal para dar a conocer la política adoptada desde los inicios de la epidemia, analizar las acciones desarrolladas; generar debates y reflexiones para su perfeccionamiento. Puede utilizarse como lecciones aprendidas y al mismo

tiempo, como material docente en la formación de los recursos humanos de pre y post grado.

El trabajo consta de una introducción y cuatro capítulos: el primero incluye los fundamentos teóricos de la prevención del VIH y la situación epidemiológica del VIH; el segundo describe el abordaje metodológico del estudio; el tercero describe la estrategia de prevención del VIH, propósitos, bases, estructura, componentes, modelos, teorías e indicadores seleccionados de morbilidad y mortalidad, períodos e hitos. El cuarto capítulo contiene los aportes de la estrategia de prevención del VIH a la salud pública cubana. Se adiciona la discusión, conclusiones recomendaciones, referencias bibliográficas y la sección de anexos que contiene cuadros, mapas conceptuales y diagramas.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH

En este capítulo se describen los elementos teóricos fundamentales, para abordar la problemática planteada en la introducción de la investigación, está estructurado en dos epígrafes el primero identificado como bases teóricas contiene los referentes históricos, la definición de estrategia de prevención del VIH, las directrices orientadas por los organismos internacionales, las teorías y modelos más utilizados en la prevención de VIH y el segundo epígrafe describe la situación epidemiológica de esta infección a nivel mundial, Norteamérica, América Latina y en el Caribe (en países seleccionados).

1.1. Bases teóricas de la estrategia de prevención de VIH

1.1.1. Referentes históricos de la estrategia de VIH en el mundo ^{17,18}

A inicios de la década del 80, el contexto mundial se puso en alerta después del reporte el 5 de junio de 1981, del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Estados Unidos, sobre la aparición de una enfermedad rara de neumonía en jóvenes homosexuales de California, más tarde entre consumidores de drogas inyectables (a fines de 1981), hemofílicos que recibían transfusiones de sangre y entre haitianos (1982).

Los principales referentes históricos en el período 1983-2022 (figura 1), visibilizan los avances en los conocimientos y la práctica en la prevención y control de esta infección y a consideración de la autora de esta investigación, constituyen una hoja de ruta ante la aparición de enfermedades no conocidas.

La década del 80, se distingue por la toma de acciones para garantizar la sobrevivencia de los casos detectados, los estudios existentes conllevan a caracterizar la enfermedad, aislar el agente causal, identificar las vías de transmisión, establecer la vigilancia epidemiológica y la búsqueda de un tratamiento efectivo [Zidovudina, (AZT)]. Se aprecia el inicio de un movimiento mundial, para aunar esfuerzos ante este flagelo que, en opinión de la autora, al inicio fue débil en el abordaje de los aspectos educativos y en la respuesta de algunos países, por lo que a fines del período se define la fecha del primero de diciembre para hacer un llamado de atención al tema.

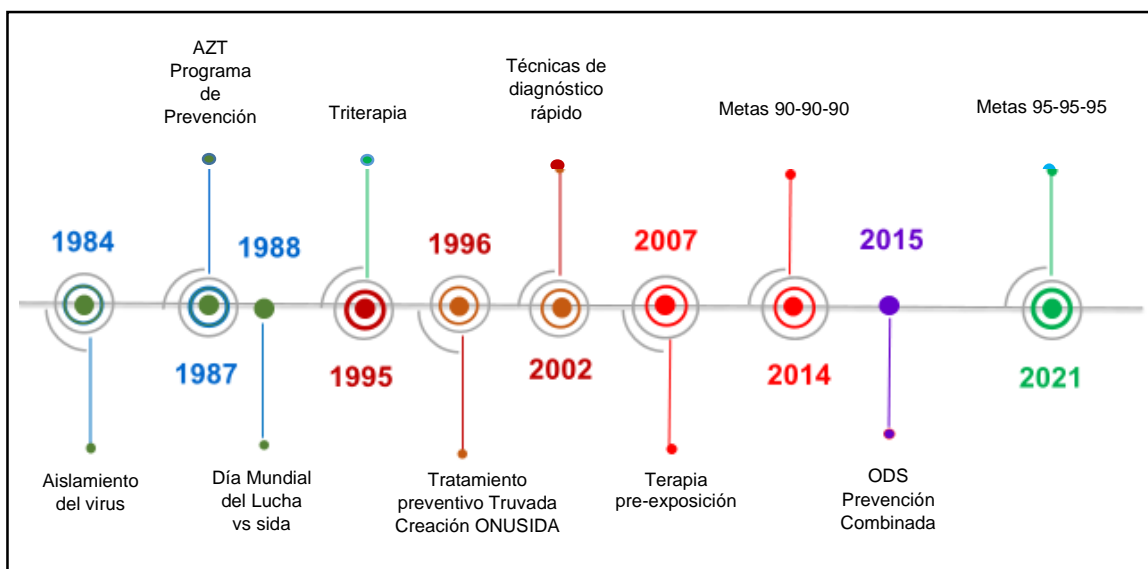


Figura 1. Principales referentes históricos de la prevención del VIH en el mundo.1983-2022.

Fuente: Elaborado por la autora.

En esta década, se desarrolla un enfoque básicamente asistencial, centrado en las conductas de riesgo de individuos o grupos específicos, dando prioridad al aspecto educativo y a los cambios de comportamientos y estilos de vida, pero considera la autora de este estudio, que se subestima el papel de las condiciones socioeconómicas, culturales y políticas en la vulnerabilidad a la infección.

La década del 90, se destaca por el desarrollo de los medios diagnósticos y el avance en nuevos tratamientos (Truvada). Se crea ONUSIDA en 1996 y en los diferentes cónclaves realizados, los gobiernos se comprometen a dar prioridad al VIH, movilizar la sociedad y respetar los derechos de las personas que viven con VIH (PVV); los cuales manifiestan “no ser un problema sino parte de la solución” y participan en la educación a la población y la promoción de los derechos, cuidado y apoyo a las personas afectadas. El advenimiento del tratamiento antirretroviral cambia radicalmente la expectativa de vida de las PVV y el pronóstico de la enfermedad, de ser catalogada como mortal a enfermedad crónica.

El enfoque comunitario se fortalece; las estrategias de prevención (a la luz de la epidemiología crítica), enfatizan en los modos y condiciones de vida o reproducción social, considerando la vulnerabilidad de la infección, pero en la revisión realizada por la autora resulta insuficiente el análisis de los factores estructurales en la génesis de la epidemia de VIH.

En los primeros diez años del período 2000-2022, dadas las desigualdades existentes en regiones y países, se destacan los esfuerzos realizados por los organismos internacionales por incrementar la difusión y alcance de los avances

científicos, entre ellos, las técnicas para el diagnóstico rápido de la infección, la producción de medicamentos, la terapia pre exposición (PrEP), así como el acceso universal a la prevención, atención y apoyo.

En el segundo decenio, no obstante, del azote de la epidemia de COVID-19, continúan los progresos en el tratamiento, pero con una mirada integral, que incluye el abordaje de los factores biomédicos, comportamentales y estructurales, denominada “prevención combinada” (2015) y se acentúan los conceptos de vulnerabilidad y exclusión social. La aprobación en el 2015, de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) constituye la guía de referencia para el trabajo de la comunidad internacional e incluye el VIH. Las metas a alcanzar en VIH durante el periodo se elevan de 90-90-90 en el 2014 a 95-95-95 en el 2021, lo que significa que el 95 % de las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, que el 95 % de ellas reciban tratamiento antirretroviral y que el 95% de las que están bajo tratamiento alcancen la supresión viral.

A partir de la información analizada, la autora considera, que en cada década se muestran los progresos en las diferentes áreas (vigilancia epidemiológica, atención y prevención), los cuales han sido secuenciales, muestran escalada a un nivel superior con relación al anterior, lo incluye y lo convierte en su base.

1.1.2. Definición de la estrategia de prevención del VIH

El concepto de prevención en VIH no corresponde a una categoría única, sino que refleja las diferentes visiones de la realidad social imperantes en un momento determinado y se considera con un carácter provisional en ausencia de una

herramienta definitiva para controlar la transmisión del virus. Ante una epidemia tan cambiante, como la de VIH, con tantos perfiles coexistiendo, tantas situaciones de inequidad y estigmatización, brindar una perspectiva de prevención homogénea y transparente ha sido un desafío para gobiernos, científicos y salubristas, no siempre bien logrado.¹⁹

La estrategia de prevención del VIH, como concepción, es el arte de proyectar, planificar y dirigir acciones para alcanzar determinados objetivos, debe revalorizar la sexualidad, promover la equidad de género, el respeto a la diversidad sexual, permitir la libre expresión, cuestionar los factores que reproducen actitudes y conductas negativas e intolerantes hacia las identidades homosexuales y apuntar a la desestigmatización de esta orientación.²⁰

En la actualidad se ha tomado conciencia de que, la infección por VIH ha evolucionado a la cronicidad, con el advenimiento de los medicamentos antirretrovirales, con esperanzas de eliminar la infección para el año 2030 y alcanzar “generaciones libres de VIH”. Se han implementado varias estrategias eficaces para la prevención del VIH, centradas en acciones dirigidas a las poblaciones clave [hombres que tienen sexo con hombres (HSH), poblaciones transgénero y personas que viven con VIH (PVV)].²¹

No hay un enfoque único de prevención que resulte eficaz en todas partes y con todas las personas; por ello, desde sus inicios, esta concepción, ha variado con un mejor entendimiento de la realidad social. Las teorías comportamentales basadas en la toma racional de decisiones individuales que guiaron las primeras estrategias,

transitaron a enfoques más estructurales que prestan atención al desarrollo humano, social y económico, y a las relaciones de poder que influyen en las interacciones entre las personas (como las sexuales), regulando su capacidad de controlar su experiencia individual.²²

La relación entre estrategia, teorías y modelos radica en que actúan como un sistema: la estrategia como la serie de acciones encaminadas a un fin determinado, cuando se trata de actuar sobre las personas requiere de las teorías como conocimientos sistemáticamente organizados, aplicables a una variedad de circunstancias para analizar, predecir o explicar la naturaleza del comportamiento de un grupo humano, éstas; requieren de un modelo que facilite su comprensión porque son sistemas, teorías, leyes y métodos generalizados e hipotéticos que representan una determinada corriente de pensamiento en la ciencia. En el presente estudio se emplean para analizar o explicar los aspectos más significativos de la estrategia de prevención del VIH.^{23, 24}

1.1.3. Principales estrategias, declaraciones y directrices de prevención del VIH emitidas por los organismos Internacionales

Desde el primer programa presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominado Programa Global sobre el sida, aprobado por su Consejo Ejecutivo en febrero de 1987, hasta la fecha, son varios los organismos internacionales, que han elaborado estrategias regionales que guían las acciones para contribuir a la detención de la epidemia de VIH, entre ellas la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre

el VIH/sida (ONUSIDA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM) entre otras (anexo 1).

En la década del 80 se establecen a nivel mundial los objetivos para la prevención del VIH con el fin de apoyar técnicamente a los países en la confección de las estrategias. En la década del 90 se emiten estrategias y directrices por la OMS y a partir de la creación de ONUSIDA en 1996, se fortalecen los lineamientos estratégicos para la prevención del VIH, a nivel mundial.^{25, 26}

La primera década del 2000 iniciada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), marca indicadores para evaluar la prevención y control del VIH y se establecen múltiples compromisos, que abarcan la prevención, atención e intersectorialidad. Estas directrices brindan orientación sobre las respuestas nacionales a la epidemia, pautan la participación de los diferentes actores sociales en la prevención del VIH, fijan metas para el alcance al tratamiento antirretroviral y refuerzan la prevención en el ámbito escolar.²⁷⁻³⁵

En la segunda década se establecen orientaciones dirigidas al uso de los antirretrovirales a inicios del diagnóstico, al enfoque de género, derechos, reducción de la pobreza, la prevención combinada, la autodetección, la notificación de parejas y la provisión de servicios de pruebas de VIH por personal no profesional capacitado. Se enuncian elevadas metas, para el sector de la salud “llegar a cero” y alineados con los ODS, se ratifica, para el 2030 “poner fin a la epidemia”; y

alcanzar los “95.95.95”, que a consideración de la autora son ambiciosas, si tomamos en cuenta las desigualdades políticas, económicas y sociales existentes entre los países, acrecentadas por la epidemia de COVID-19; por ello en el bienio 2021-2022 se hace hincapié en reducir las inequidades existentes para acelerar la respuesta.³⁶⁻⁵⁶

No cabe dudas que la emisión de estrategias, declaraciones y directrices, han constituido pautas para homogeneizar la respuesta a la epidemia de VIH y han aportado la información necesaria a los diferentes países para lograr efectividad, eficiencia y eficacia de las acciones.

1.1.4. Modelos y teorías aplicadas en la prevención del VIH a nivel mundial

Las estrategias de prevención del VIH a nivel mundial, regional y nacional, se han basado en modelos y teorías; a continuación, se presenta de cada una de ellas, el origen, las características y el análisis crítico (anexos 2 y 3).

Los primeros modelos utilizados en la prevención del VIH, tuvieron como base las teorías de la Psicología Social entre ellas, la comunicación persuasiva de McGuire,⁵⁷ elaborada en 1968, para el cambio de actitudes. A criterio de la autora, este modelo no considera el papel de los determinantes estructurales (posición socioeconómica, género, etnia, orientación sexual y cohesión social), no toma en cuenta las normas sociales para el cambio de comportamiento y minimiza la responsabilidad de los gobiernos con la salud al sobredimensionar el papel individual.

Entre los modelos más utilizados se mencionan el de Jonathan Mann elaborado en 1993, que define diferentes tipos de programas de prevención informativos (tipo 1), facultadores (tipo 2) y comunitarios (tipo 3). La crítica de la autora va dirigida a que desestima el abordaje de los determinantes sociales. Por su parte, John Harold Estrada en artículo publicado en el 2006, describe tres modelos teóricos: epidemiológico conductual, antropológico cultural y político económico; la autora coincide con el desarrollo secuencial de esta propuesta donde cada una representa un nivel de inclusión en el anterior y además aboga por la integralidad de la prevención y la atención. Se mencionan otros modelos, basados en el acceso universal a la terapia antirretroviral en las poblaciones clave y en la reducción de los riesgos.⁵⁸⁻⁶⁰

En los últimos diez años se ha desarrollado el modelo de tratamiento como prevención, no sólo como PrEP y post exposición (PEP) al virus, sino también tratar tempranamente con antirretrovirales, al momento del diagnóstico, para lograr que los niveles del virus en sangre sean indetectables y no se trasmita la infección. Lo anterior unido al abordaje de otros factores biomédicos (diagnóstico temprano, acceso al tratamiento de otras ITS, acceso a preservativos y lubricantes, autopuebas, entre otros); factores comportamentales (uso del condón, asesoramiento sobre reducción de riesgos, educación sexual integral, educación de pares, campañas de comunicación) y factores estructurales (educación, derechos sexuales, y reproductivos, igualdad de género y la reducción de diferentes formas de estigma y discriminación), se reconoce como tratamiento efectivo en las poblaciones clave (prevención combinada).⁶¹

Las teorías más empleadas en la prevención del VIH se clasifican en intrapersonales (creencias en salud, procesamiento de la información, etapa de cambios); interpersonales (aprendizaje social, locus de control, acción razonada) y comunitarias, las cuales toman en cuenta aspectos estructurales y ambientales, (organización comunitaria, difusión de innovaciones, cambio organizativo).⁶² Se recomienda el uso de combinación de varias teorías, ya que los comportamientos son el resultado de muchos factores entrelazados que operan en diferentes niveles; por ello resulta fundamental, previo a su selección, el análisis de los conceptos clave, características generales y aplicación de cada una de ellas, aspectos expuestos en el anexo 3.

Francisco Rojas Ochoa,^a plantea un modelo a aplicar en la lucha anti epidémica ante las enfermedades transmisibles aplicable al VIH, que integra la voluntad política, la base científica y la participación popular, así como reconoce la importancia de asimilar las enseñanzas que deja cada epidemia.⁶³

1.2. Situación del VIH a nivel mundial, Norteamérica, América Latina y Caribe (países seleccionados).

En la hoja informativa sobre las estadísticas mundiales de ONUSIDA del 2023⁶⁴, se plantea que las nuevas infecciones, se han reducido en un 59 % desde el pico en 1995 y el 46 % de ellas, ocurrieron en mujeres y niñas; el mayor descenso del número de las nuevas infecciones por VIH ocurre en África subsahariana. La

^a DrC Francico Rojas Ochoa, profesor e investigador de Mérito de la Universidad de las Ciencias Médicas de La Habana, considerado una de las figuras más relevantes del salubrismo cubano y educador perenne. miembro de honor de la Sociedad Cubana de Salud Pública y miembro titular de la Academia de Ciencias, presidente del Consejo Asesor de la Editorial de Ciencias Médicas.

prevalencia entre los adultos de 15 a 49 años fue de 0,7 %, siendo 10,3 % en personas trans; 7,7 % en gais y otros hombres que tienen sexo con hombres; 5,0 % en personas que usan drogas inyectables; 2,5 % en trabajadoras sexuales y 1,4 % entre las personas en prisión.

En el 2022, vivían con el VIH 39 millones de personas, el número de personas con tratamiento antirretroviral se ha cuadruplicado con relación al año 2010, pero se reportaron 630 000 muertes relacionadas con el sida, que se considera elevado, aunque se han reducido en un 51 % desde el 2010. Se calcula el fallecimiento de una persona con sida cada minuto y alrededor de 9,2 millones de personas sin acceso al tratamiento. El 86 % de todas las personas que viven con VIH conocen su estado serológico, de ellas el 89 % tiene acceso al tratamiento y entre ellas el 93 % logra la supresión viral. Reportan que Botswana, Eswatini, Ruanda, República Unida de Tanzania y Zimbawbe alcanzaron los objetivos 95-95-95.

El riesgo de contraer el VIH es: 14 veces mayor entre las personas transgénero, que se inyectan drogas, 11 veces mayor para los hombres gais y otros hombres que tienen sexo con hombres, 7 veces mayor para las personas que usan drogas inyectables, 4 veces mayor para las trabajadoras sexuales comparadas con la población general.

Según estimaciones de ONUSIDA, en América Latina y el Caribe, vivían con VIH 2,5 millones de personas, en julio de 2023; como región ocupa el cuarto lugar en cuanto al número de casos y en las nuevas infecciones por VIH. Se reporta una disminución de las nuevas infecciones en un 15 % en el Caribe (16 000) y un

aumento de un 8 % en América Latina (110 000), sin embargo, se redujo la mortalidad vinculada al sida en un 32 % en la región. El 85 % de las personas estimadas que viven con el virus conocen su estado serológico, el 71 % de ellas tienen acceso al tratamiento y el 65 % logran supresión viral.⁶⁵

El monitoreo de la cascada de atención en el periodo 2019-2022 aportó para América Latina y el Caribe un ascenso en los porcentajes de personas con VIH que conocen su estado serológico, en las que tienen tratamiento ARV y en las que su carga viral está suprimida, pero no cumplieron con la meta de 90-90-90 establecida para el 2020.⁶⁶

En Brasil en el 2022, se infectaron cinco personas cada hora y el monitoreo de la cascada de atención fue de 90 % de personas que conocían su estado serológico, el 81 % de ellas con acceso al tratamiento y el 95 % alcanzó la supresión viral. La prevalencia de VIH en homosexuales es 18,4 % y de la población general de 0,4 %, entre las trabajadoras sexuales es 5,3 % y en los usuarios de drogas 6,9 %.^{67, 68}

Estados Unidos existen 1,2 millones de personas que viven con VIH según reporte del CDC y un descenso en las nuevas infecciones, siendo las poblaciones clave: las mujeres transgénero, los negros, hispanos y latinos. Las estadísticas publicadas del año 2022 en 46 jurisdicciones, muestran que el 87 % de las personas que viven con VIH han recibido el diagnóstico, 95 % de las personas diagnosticadas se han vinculado al tratamiento dentro del primer mes del diagnóstico, el 95 % de las PVV en tratamiento tienen supresión viral. El 30 % de las personas elegibles para la terapia pre exposición (PrEP) fueron prescritas.^{69, 70}

México tiene una epidemia concentrada que afecta principalmente a las denominadas poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, poblaciones trans y usuario de drogas). En los casos diagnosticados se observó el mayor pico en el 2018, disminuyó en los años 2020 y 2021, debido a la epidemia de COVID-19 y a la reducción en el número de pruebas realizadas. La cascada de atención del 2022, muestra que el 82 % de las PVV conocen su seropositividad al virus, de los cuales el 91 % tienen acceso al tratamiento antirretroviral y de éstas el 88% ha logrado la supresión.⁷¹

En Cuba, la epidemia de VIH es de bajo nivel en población general, con epidemias concentradas en poblaciones clave (mujeres trans y hombres que tienen sexo con hombres), las embarazadas mantienen tasas de prevalencia muy bajas. Es de crecimiento lento, en zonas urbanas, la vía de infección predominante es la transmisión sexual (99,6 %) que afecta más al sexo masculino (80,4 %) y a los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) quienes representan el 81,6 % de los casos masculinos y más del 70 % del total de diagnosticados.⁷²

Cada año, adquieren el VIH alrededor de 2 000 personas (1487-2376) en Cuba, se reporta en informe de OPS⁷³, que la tasa de incidencia por grupos de edad, indica que el mayor número de infecciones por mil habitantes ocurre entre los jóvenes de 15 a 24 años. El número de nuevos diagnósticos de VIH en los últimos años mostró un pico en el 2019, descendiendo en 2020 y 2021, tendencia observada igualmente en otros países de la región, comúnmente atribuido al efecto de la pandemia por COVID-19.

La prevalencia de VIH notificada (2022) para las poblaciones clave fue de 28,92 % en mujeres trans, 12,83 % en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y 1,2 % en personas que practican sexo transaccional (PPST) no mujeres trans y no HSH. En mujeres no trans la prevalencia es de 1,49 % y, en hombres PPST no HSH y no trans es de 0,67 %.

Al cierre del 2022, la cascada de atención muestra que el 83,1 % de las personas conocen su estado serológico, de ellos el 96 % tiene tratamiento y el 87,4 % logró supresión viral. El número estimado de muertes por sida ha descendido en más de la mitad desde el 2010, aunque la tendencia se ha ralentizado en los últimos años. Desde 1986 hasta el 2022, se han diagnosticado 62 niños por transmisión maternoinfantil por VIH, ésta y la sífilis congénita se consideran eliminadas; la que ocurre a través de la sangre y derivados, virtualmente eliminada (0,40 %) y controlada la transmisión sanguínea del VIH (1980).^{74,75}

Tabla1. Indicadores de la transmisión maternoinfantil del VIH. Cuba 2020-2022.

Indicadores	Años			Propósito 2023
	2020	2021	2022	
Tasa de transmisión maternoinfantil del VIH.	0,00	0,00	1,1	< 2 %

Fuente: Informe anual del Dpto. de las ITS-VIH y hepatitis del MINSAP.2022

1.3. Conclusiones del capítulo

Los antecedentes históricos y fundamentos teóricos de la estrategia de prevención, muestran, los avances en los conocimientos sobre esta enfermedad, los esfuerzos de la comunidad internacional en mitigar el impacto, la búsqueda de soluciones para

su control, fundamentadas en teorías, modelos y orientadas por las estrategias y directrices regionales y nacionales como guía para el desarrollo de la prevención.

La situación del VIH en los países seleccionados a nivel mundial, Norteamérica, América Latina y Caribe muestra que no en todas, la respuesta fue inmediata a diferencia de Cuba, donde antes de diagnosticarse el primer caso en 1986, se realizaron diferentes acciones, caracterizadas por una fuerte voluntad política e intersectorialidad. Los datos mostrados de la cascada de atención denotan avances, pero la región de América Latina y el Caribe no cumplió con las metas 90-90-90 para el 2020.

CAPITULO II

METODOLOGÍA PARA LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO II. METODOLOGÍA PARA LA INVESTIGACIÓN.

En este capítulo se exponen los elementos esenciales del diseño de la investigación que permiten exponer los hechos con el rigor metodológico de búsqueda e interpretación. Se utilizaron los términos: *respuesta a la epidemia* al referirse a las acciones que se tuvieron en cuenta para evitar su propagación y no se emplea el de *enfrentamiento o lucha*. También se usa la acepción de *VIH* en lugar de *VIH/sida*, basadas en las Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA 2015 sobre el tratamiento del tema y la de *estrategia de prevención* para referirse a la estrategia de prevención del VIH.⁷⁶

2.1. Clasificación de la investigación

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud, cualitativa, de carácter histórico, que analiza el objeto, no sólo en el marco contextual en el que surge, sino que también incorpora el devenir que el mismo va teniendo en la medida que se va desarrollando y otros condicionantes sociales, políticos, económicos, culturales e institucionales se van produciendo e interactuando con él, lo cual le imprime determinados rasgos y singularidades que son vitales para la toma de decisiones. Se utilizaron como técnicas, la observación participante, la revisión documental y la entrevista a expertos.

Se seleccionó para el estudio el periodo de 1983 hasta el 2022; pues, aunque el primer caso se reportó en 1986, desde 1983, se desarrollaron medidas y acciones que luego fueron parte de la estrategia de prevención del VIH a nivel de país.

2.2. Métodos

2.2.1. Métodos teóricos

Se utilizaron como métodos teóricos: ⁷⁷

- **Método histórico-lógico**

Se utilizó para alcanzar el conocimiento de los distintos periodos en su sucesión cronológica, caracterizarlos y evidenciar la evolución de la estrategia de prevención del VIH (en lo adelante estrategia de prevención) a través de sus antecedentes, modelos y teorías predominantes, etapas principales de su desenvolvimiento, las conexiones históricas fundamentales que le son propias, los hitos y aportes.

Para el análisis se utilizaron:

- **Método de análisis y síntesis**

Este método se empleó principalmente en el análisis de los sucesos desarrollados en el periodo 1983-2022. En él se descomponen cada uno de ellos, con la finalidad de valorar sus posibles raíces desde lo económico, político, social y etnográfico, para así, poder llevar a cabo la síntesis que reconstruya y explique el hecho histórico a investigar.

- **Método de inducción y deducción**

Este método permitió realizar un razonamiento lógico desde lo general a lo particular (deductivo) y de lo particular a lo general (inductivo), en el estudio de la historia de la estrategia de prevención, hitos y aportes. Se tomó como base la heurística para realizar un análisis deductivo-inductivo de las fuentes disponibles sobre la historia

general del VIH y la historia particular en la región y en Cuba. También sirvió de apoyo la hermenéutica para, mediante un proceso de síntesis, arribar a consideraciones generales.

- **Método hermenéutico**

El término “hermenéutica” proviene del griego, *está compuesto por tres palabras: hermeneuo, que significa “descifrar”; tekhné, que significa “arte”; y el sufijo tikos que se refiere a la expresión “relacionado con”, algunos autores plantean como significado “yo explico”*. La primera etapa del método hermenéutico corresponde al nivel empírico y las otras dos etapas pertenecen al nivel interpretativo, por lo que la investigación surge luego de una exploración de la bibliografía, la identificación de un problema, lo que permitió caracterizar los periodos de la estrategia de prevención, los hitos y aportes.⁷⁸

- **Método sistémico estructural funcional**

Este método facilitó modelar la estrategia de prevención, mediante la determinación de sus componentes y relaciones, llegando a conformar sus nuevas cualidades como totalidad, relaciones que determinan la estructura y jerarquía de cada componente, así como la dinámica de su funcionamiento en la prevención. En la aplicación del método sistémico estructural funcional para abordar la estrategia de prevención, se es consecuente con el enfoque de sistema, entendido como una manera de enfrentar el VIH en la que se toma una posición que trata de abarcar todos los elementos, componentes, que se encuentran en interacción, considerar sus relaciones y los aspectos que se involucran.⁷⁹

- **Sistematización**

Permitió organizar el conocimiento relacionado con la estrategia de prevención, reconstruir e interpretar de forma crítica la experiencia, la lógica del proceso, los factores que han intervenido cómo se han relacionado y por qué lo han hecho de ese modo, así como valorar los enfoques de actuación en cada una de las etapas.^{80,81}

- **Método de modelación**

Posibilitó la explicación teórica del objeto de estudio, realizar las abstracciones necesarias para fundamentar el modelo anti epidémico de Francisco Rojas Ochoa, y mediante su representación gráfica, mostrar las cualidades del objeto y establecer las relaciones entre los elementos del modelo. En este estudio se utiliza esta proposición, por su visión holística y por ofrecer la oportunidad de describir cada uno de sus elementos adaptados al contexto del país, el cual se analizará en cada periodo (anexo 4).⁸²

2.3. Técnicas

Se utilizaron las técnicas observación participante y revisión documental para alcanzar el objetivo 1: Describir los antecedentes históricos y fundamentos teóricos de la estrategia de prevención del VIH. Se adicionó la entrevista a expertos para los objetivos 2 y 3 relacionados con caracterizar la estrategia de prevención del VIH según períodos e identificar los hitos y aportes de la misma a la salud pública cubana.

2.3.1. Observación participante, directa, de campo

La observación es participante, por el grado de involucramiento de la investigadora; es directa según la relación entre el sujeto que observa y el observado, es de campo según el entorno de la observación. Se revisaron las notas de campo, redactadas por la autora durante veinte años de trabajo, con el objetivo de observar la evolución de la estrategia de prevención, antecedentes, fundamentos, periodos, acciones realizadas, vínculos e interacciones que se establecieron entre los sujetos e instituciones, hitos y aportes, para ello se elaboró una guía de observación a partir de los objetivos del estudio (anexo 5).

2.3.2. Revisión documental

Constituye una herramienta para conocer el objeto de estudio, obtener la información sobre los hechos relacionados con la investigación, valorar la actuación de los sujetos, las instituciones, organizaciones; el contexto en que se desarrollaron los eventos y detallar situaciones que motivaron modificaciones en la ejecución de la estrategia. Para la revisión se tomó en cuenta la accesibilidad de los documentos, la veracidad y totalidad del texto y su grado de confiabilidad en la información contenida.

Se revisaron más de 200 documentos normativos y técnicos a los que se les aplicó una guía de análisis de contenido (anexo 6a y 6b). Las principales fuentes bibliográficas fueron periódicas y archivísticas. Se exploraron bases de datos automatizadas utilizando como categoría de búsqueda: “estrategias de prevención de VIH”.

Se analizaron las experiencias internacionales en la prevención del VIH; los informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis la malaria (FM) y Organizaciones No Gubernamentales seleccionadas.

2.3.3. Entrevista a expertos⁸³

Constituye un instrumento de alta fiabilidad y sencillez para recopilar, procesar y valorar información teórica y empírica. Se apoya en la opinión de aquellos individuos a los que se puede calificar de expertos del tema en cuestión. La limitación que puede presentarse en los estudios históricos dada por los sesgos de memoria o no recogida de los hechos en el momento de ocurrencia, con la entrevista a expertos se reduce dada la cantidad, experiencia y diferentes disciplinas a las que pertenecen.

Existen diferentes procedimientos para hacer objetiva la selección de los expertos; puede ser de tres tipos: los que descansan en la autovaloración, los que descansan en la valoración realizada por el grupo y los que descansan en alguna evaluación de las capacidades del experto. La autora asume el procedimiento de autovaloración de los expertos, por ser un método sencillo y completo dado que

“nadie mejor que el propio experto, puede valorar su competencia en el tema en cuestión” (anexo 7).

Para la obtención de la información se confeccionó un listado inicial de posibles expertos (anexo 7a), seleccionados por conveniencia teniendo en cuenta el nivel de conocimientos sobre el tema, la experiencia de trabajo en VIH expresada en años, el tiempo en el proceso de implementación de la estrategia (tener 20 años o más de trabajo en ese ámbito), nivel de habilidades investigativas alcanzadas, calidad de la socialización de los resultados, capacidad de análisis, profundidad en las valoraciones, espíritu autocrítico y profesionalidad. Se contactó por vía virtual con los posibles expertos para informarles los objetivos de la investigación y obtener el consentimiento informado (anexo 7b). Se calculó el coeficiente de competencia de Kappa (anexo 7c), definiendo el Coeficiente de Conocimiento (Kc) de cada uno, a partir de su valoración del nivel de competencia sobre el tema VIH, en una escala de 0 a 10. De acuerdo con su autovaloración, el experto ubica su competencia en algún punto de esta escala y el resultado se multiplica por 0,1 para llevarlo a la escala de 0 a 1.

El siguiente paso es el cálculo del coeficiente de argumentación (Ka), el experto debe ubicar el grado de influencia (alto, medio, bajo) que tiene en sus criterios cada una de las fuentes. Las respuestas dadas por los expertos se valoran de acuerdo a una tabla patrón que aparece en el anexo 7. La suma de los puntos obtenidos, a partir de las selecciones realizadas por los expertos, determinaron los conocimientos de mayor influencia, resultando éste el valor del coeficiente de argumentación (Ka). Con estos datos se determinó el coeficiente (K), como el

promedio de los dos anteriores a través de la fórmula: $K = \frac{1}{2} (K_c + K_a)$ y se definió la inclusión de cada uno en el grupo de expertos.

El coeficiente de competencia tiene un valor comprendido entre 0.25 (mínimo posible) y 1 (máximo posible). De acuerdo con los valores obtenidos, se asume un criterio para decidir si el experto debe ser incluido y el peso que deben tener sus opiniones. En este estudio los valores obtenidos fueron entre 0.8, 0.9 y 1. En el anexo 7d aparecen los resultados en el grupo de expertos, donde se observa que la totalidad de ellos se encuentra en el valor 0,8 y 1. De acuerdo con los valores obtenidos, se ratificó su inclusión como expertos, respetando su disposición a participar en la investigación (tabla 1). Luego se aplicó el método individual, se les envió por vía virtual cuestionario (anexo 7e), con las preguntas de la entrevista con 15 días de antelación para su preparación.

Tabla 1. Caracterización de los expertos seleccionados.

No.	Sexo	Área de experiencia	Años de experiencias
1	M	Gerencia nivel nacional	35
2	M	Gerencia nivel nacional	34
3	M	Gerencia nivel nacional	35
4	F	Especialista técnico	21
5	F	Especialista técnico	33
6	M	Especialista técnico	33
7	M	Jefe de programa provincial	25
8	F	Coordinadora nacional de PVV	23
9	M	Especialista técnico provincial	22
10	F	Coordinadora provincial de PVV	23
11	F	Gerencia nivel municipal	23

Fuente: Elaborada por la autora.

2.4. Procesamiento de la información

Se utilizaron los programas siguientes: procesador de texto Microsoft Word 2013, procesador de hojas de datos Excel 2013. El procesamiento de los datos estuvo en correspondencia con el tipo de estudio y las dimensiones instauradas para la investigación, las categorías de análisis y las respuestas fueron agrupadas según lo establecido. Resultó de gran valor la construcción de datos a partir de las categorías inductivas emergentes del enfoque cualitativo, que permitieron alcanzar los objetivos propuestos.

Las respuestas de los expertos a la guía de preguntas, la autora las transcribió, se analizaron los textos y se procesaron en una tabla de vaciamiento de datos. Los criterios y valoraciones, ricos en matices y vivencias, corroboraron el orden de frecuencia en la aparición de elementos comunes y diferentes de las categorías y dimensiones de la investigación, validaron las informaciones y aportaron sugerencias que fueron incorporadas al estudio.

El análisis de los resultados se realizó por su agrupamiento en las dimensiones objeto de estudio, que emergió en el proceso de triangulación de los datos provenientes de la información documental, las referencias orales, escritas, las entrevistas a expertos y las propias valoraciones de la autora. Se identificaron los patrones descriptivos, las convergencias y divergencias, se elaboraron tablas resumen con lo más estandarizado y lo singular para su mejor comprensión y los datos fueron expuestos en cuadros, mapas conceptuales y diagramas.

2.5. Consideraciones éticas

La investigación fue aprobada por el Consejo Científico y el Comité de Ética del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Se realizó de acuerdo a los cuatro principios básicos de la bioética: la beneficencia, la no maleficencia, autonomía y respeto a la persona y la justicia, considerando las normas éticas de la medicina moderna. No existen conflictos de intereses. Durante el estudio la investigadora se mantuvo apegada a los hechos y a la veracidad de la información.

2.6. Conclusiones del capítulo.

El diseño metodológico, el uso integrado de métodos tanto teóricos como empíricos, las técnicas utilizadas, y la selección de los instrumentos fortalecieron la fundamentación y alcance de los objetivos propuestos y permitieron la caracterización del objeto de estudio y la contribución a la salud pública cubana. Coincide la autora con la aseveración de que toda investigación debe incluir en su desarrollo, tanto los aspectos históricos como los lógicos que caracterizan al fenómeno estudiado, analizando el objeto de estudio en el tiempo y en su movimiento, que es como se logra la profundización en su génesis y evolución.⁸⁴

CAPITULO III

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH EN CUBA.

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH EN CUBA

Este capítulo tiene como propósito describir los referentes históricos y fundamentos teóricos de la estrategia de prevención del VIH, se estructuró en tres acápites, el primero describe los antecedentes históricos, el segundo la estrategia cubana de prevención y su periodización y el tercero los hitos identificados.

3.1. Antecedentes de la estrategia de prevención de VIH

Según Luis Ramiro Beltrán, el arte de la planificación tiene tres instrumentos primordiales en secuencia: la política (doctrinaria), la estrategia (metodológica) y el plan (ejecutivo), por ello se considera importante en este estudio enunciar entre los antecedentes de la estrategia de prevención, las principales políticas relacionadas con el tema.⁸⁵

No hay dudas del papel de las políticas públicas en la implementación de estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades. A criterio de la autora no sólo por la solidez que le imprimen, sino porque constituyen un motor impulsor y crean una base social, que actúa como antecedentes de determinados procesos. A partir de 1959, en Cuba, se emitieron diferentes políticas, en las áreas de la educación, comunicación, salud, trabajo cultura y seguridad social que han tenido efectos favorables en la salud de la población.

Estas políticas sentaron las bases para el desarrollo de una cultura de la salud en la población cubana, caracterizada por la confiabilidad en el sistema sanitario, motivación por actuar de forma voluntaria en los programas, reconocimiento de la responsabilidad del Estado con la salud, (aunque a veces se interprete como

paternalismo), desarrollo de la comunicación y enfoque de la salud como un derecho humano, que forman parte de los antecedentes de la estrategia de prevención.

El sistema de salud cubano, a inicios de la epidemia de VIH, ya tenía experiencia en los programas de prevención y control de la sífilis (1962), de las infecciones de transmisión sexual, y de la educación sexual (1972), sífilis congénita (1974) y gonorrea (1981), los cuales incluían un sistema de vigilancia epidemiológica para la búsqueda de los casos, entrevistas por las enfermeras encuestadoras en la atención primaria de salud y chequeo a sus parejas sexuales por personal especializado.

En 1970 se implementó el programa de reducción de la mortalidad maternoinfantil, devenido en programa de atención a la madre y el niño (1980), luego se incorporó el programa del médico y enfermera de la familia (1984) y el de salud de la adolescencia (2010). Los principios del sistema de salud de ser único, gratuito, regionalizado, accesible, con experiencia de trabajo intersectorial y comunitario, facilitaron la implementación de la estrategia de prevención de VIH.

3.1.1. Políticas públicas gubernamentales relacionadas con el VIH.

La prioridad otorgada por el gobierno a la salud se ratifica en el marco jurídico existente expresado en la Ley de Salud Pública (1983) y en diferentes documentos políticos enunciados tales como: los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución (2011)⁸⁶ y las indicaciones del Partido Comunista de Cuba en cada uno de los congresos de la organización (1991, 1997, 2011, 2016, 2021).

Entre las políticas gubernamentales relacionadas con el VIH se destacan la asignación de financiamiento a la estrategia de prevención desde los inicios de la epidemia, la conformación del Grupo Operativo para la Eliminación del sida (GOPELS), el marco jurídico para la protección de los derechos, la asignación de suplemento alimentario a las PVV, la compra, y distribución de preservativos a puntos de venta no tradicionales, así como la producción nacional de medicamentos antirretrovirales, entre otras. Del 2019 al 2022 se aprecia un incremento de normativas para la protección de los derechos de las personas a través del código de las familias⁸⁷, código del trabajo⁸⁸, programa nacional para el adelanto de las mujeres (PAM)⁸⁹, programa nacional contra el racismo y la discriminación racial⁹⁰, política de informatización⁹¹ y la propuesta de política de comunicación social.⁹²

3.1.2. Políticas del sector salud

Las políticas del sector salud vinculadas a la prevención del VIH, se expresan en todos los documentos contentivos de las proyecciones del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), por ejemplo, los objetivos y criterios de medidas enunciados cada año, plasmados con anterioridad en los Objetivos, Propósitos y Directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000 (OPD)⁹³ y las Proyecciones de la Salud Pública para el 2015.⁹⁴

Se destacan entre las principales políticas de salud, la creación de los sanatorios; la formación de los recursos humanos; el montaje de laboratorios en bancos de sangre y Centros Provinciales de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CPHEM); la designación del Laboratorio de Investigaciones del sida (LISIDA,1985) y del

Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri (IPK) para el diagnóstico y atención respectivamente; la creación de servicios de prevención en municipios afectados por la epidemia, descentralización de las acciones y servicios a las estructuras de base del sistema nacional de salud (SNS), la regionalización de la atención médica y la clasificación de la información estadística al inicio y luego la desclasificación.

3.1.3. Políticas de otros sectores sociales

En muchas ocasiones se hace referencia al VIH como una epidemia social y la importancia de diseñar respuestas integrales para frenar su propagación y reducir el impacto en la sociedad, de ahí el valor que se le confirió en Cuba, a la participación de los diferentes sectores sociales en la elaboración de las políticas públicas, según su misión, ejemplo de ello.⁹⁵

- Ministerio de Educación (MINED): Elabora la resolución ministerial 1/97 referida al análisis de la situación epidemiológica del VIH en el ámbito escolar (MINED-MINSAP), la resolución 139/2011 referente al programa de educación integral de la sexualidad con enfoque de género y derechos sexuales en el sistema nacional de educación.
- Ministerio de Comercio Interior (MINCIN): Extensión de la comercialización de los condones en puntos de venta no tradicionales (los centros comerciales, cafeterías, bares, bodegas en las zonas rurales, campismos entre otros); distribución del suplemento alimentario a PVV.
- Ministerio de Turismo (MINTUR): Ampliación de la comercialización de condones en variedad y cantidad en hoteles y redes comerciales.

- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS): emisión de resoluciones (No.13/1997 y la No.101/97), para proteger el derecho de las PVV a reincorporarse a su trabajo al acogerse al sistema de atención ambulatoria (SAA) y el pago del salario cuando asisten a consultas médicas, o estén ingresados en los sanatorios.
- Ministerio de Cultura (MINCULT): Diseño y propuesta de política de comunicación social para el abordaje sistemático de la prevención del VIH en los medios masivos de difusión, en las diferentes expresiones artísticas y culturales e indicaciones de fortalecer la educación integral de la sexualidad en las escuelas de arte.

La autora coincide con lo planteado por Juan Vela Valdés,^b en su tesis de doctorado, que en Cuba algunas políticas han estado implícitas en las medidas tomadas por la Revolución, aunque en muchas ocasiones no se enuncien como tales.⁹⁶

3.2. Estrategia de prevención del VIH: propósitos, bases, estructura y componentes

La palabra estrategia tiene su origen en las palabras griegas stratos, que se refiere a ejército, y agein, que significa guía. En el diccionario Larousse se define estrategia como “el arte de dirigir operaciones militares, habilidad para dirigir”.⁹⁷

^b DrC. Juan Vela Valdés. Profesor y destacado salubrista. Rector fundador de la Universidad de Camagüey. Viceministro y Ministro de Educación Superior, Rector del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Profesor Titular, Consultante y Profesor Emérito de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) y Director de la Revista Cubana de Salud Pública.

En este estudio se utiliza como concepto de estrategia de prevención del VIH a la proyección de un sistema de acciones a corto, mediano y largo plazo que permite la transformación de los modos de actuación de gobierno, sectores sociales y sociedad civil para alcanzar en un tiempo concreto los objetivos e indicadores comprometidos para la reducción del VIH, con una base intersectorial y comunitaria (elaborado por la autora).

La estrategia de prevención del VIH en Cuba tiene un alcance nacional y ha tomado en cuenta la definición del sida como enfermedad crónica, los avances en la prevención, atención y tratamiento temprano en las personas que viven con el VIH, la atención a las poblaciones clave y la intersectorialidad.

La Organización Mundial de la Salud plantea que las estrategias de prevención y control de las infecciones en general deben contar como componentes básicos con un programa de prevención, de formación y capacitación del personal de salud, usuarios y proveedores, así como directrices y protocolos de prevención y control. Por otra parte, ONUSIDA plantea que los países deben contar con un organismo nacional contra el sida, un marco estratégico nacional y un sistema nacional de seguimiento y evaluación, Cuba, cuenta con los componentes antes mencionados.⁹⁸⁻¹⁰⁰

3.2.1. El propósito y las bases de la estrategia de prevención del VIH

A partir de la sistematización realizada, la autora describe como propósito de la estrategia de prevención, establecer una plataforma para la respuesta de la sociedad ante la epidemia y como bases: la voluntad política, ciencia e innovación,

comunicación social, comunidad organizada, gestión del conocimiento, intersectorialidad, movilización de recursos y alianzas estratégicas.^{101, 102}

3.2.2. Estructura de la estrategia de prevención del VIH

La estructura de la estrategia de prevención del VIH se muestra en el anexo 8, la columna de la derecha visibiliza las estructuras de gobierno representadas por el Grupo Operativo para el Control y Eliminación del sida (GOPELS), que rectorea el trabajo del grupo intersectorial. Es el encargado de aprobar las políticas relacionadas con el VIH y evaluar la marcha de la estrategia de prevención de forma continua. Lo conforman tres subgrupos de trabajo: legal, de comunicación y de prevención.

Los integrantes son: educación, educación superior, salud, trabajo y seguridad social, cultura, justicia, turismo, comercio interior, construcción, ciencia, tecnología y medio ambiente, sector militar, organizaciones que agrupan población (Federación de Mujeres Cubanas y Comités de Defensa de la Revolución), organizaciones políticas y de masas que agrupan jóvenes, Centro de Estudios de la Juventud, Instituto Cubano de Radio y Televisión y representantes de las poblaciones clave. Los ministros/as son los responsables técnicos-operativos del cumplimiento de las acciones planificadas por cada sector, en la respuesta ampliada; utilizan las estructuras y los recursos asignados a su sector para desarrollar las actividades. La autora considera que, dada la aparición y fortalecimiento de nuevos actores sociales en el país, en los últimos cinco años, debe valorarse la inclusión del sector no estatal como integrante.

Desde la coordinación de la secretaría técnica de GOPELS, en el período 1995 al 2017, la autora valora la buena gestión y desarrollo del grupo y destaca que, a diferencia de otros países, en Cuba la estructura se estableció en los diferentes niveles de gobierno y sectores sociales, que no sólo favoreció la participación, sino que, incrementó el aprendizaje de sus integrantes, el monitoreo y evaluación a través de la rendición de cuentas y constituyó una sólida herramienta de incidencia política.

La columna central del diagrama representa al MINSAP; a través del Departamento de las ITS-VIH y hepatitis, adscrito a la Dirección Nacional de Epidemiología y de sus departamentos provinciales y municipales, encargados de implementar, controlar y monitorear el trabajo en cada nivel, de conjunto con otras áreas e instituciones del sistema nacional de salud. El MINSAP desarrolla las acciones a través de la Comisión Técnica Nacional de VIH como órgano asesor (integrada por los servicios ambulatorios, enfermería, epidemiología, dermatología, microbiología, educadores/as, maternoinfantil, docencia e investigaciones, hospitales, estadística, medicamentos, asistencia social y sociedad civil); unidades de subordinación nacional como el IPK, LISIDA y el Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida (CNP).

A nivel provincial y municipal existen los equipos multidisciplinarios de ITS-VIH/sida, integrados por especialistas en epidemiología, medicina familiar, enfermería, educación, psicología, dermatología, microbiología y representantes de las redes de las poblaciones clave. A nivel de áreas de salud, los equipos están integrados por especialistas o técnicos en epidemiología, educación para la salud; grupos

básicos de trabajo conformados por especialistas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecobstetricia. Psicología y, equipos básicos de salud (médico y enfermera de familia), dirigidos por director/a del área.

En las visitas de monitoreo y evaluación, realizadas a provincias y municipios por la autora como parte de los grupos de inspección del ministerio y del área de Higiene y Epidemiología, pudo constatar la consistente preparación de los equipos de prevención y el compromiso con el quehacer; que les permitía conocer a profundidad la epidemia en su contexto y la interrelación sistémica entre los diferentes actores sociales.

La columna de la izquierda del diagrama representa la sociedad civil conformada por las poblaciones clave, las asociaciones religiosas y fraternales, organizaciones comunitarias, estudiantiles, población general, que participan de forma voluntaria y altruista, trabajando en la prevención del VIH y a consideración de la autora han desarrollado una notoria labor de sensibilización (a directivos y población), de educación (a los pares fundamentalmente) y de proveedores de servicios (a poblaciones clave y general).

3.2.3. Componentes de la estrategia de prevención del VIH

La estrategia cubana de prevención del VIH tiene como componentes el Plan Estratégico Nacional para las ITS-VIH y hepatitis (PEN), la Respuesta Ampliada de los sectores sociales a la epidemia y la participación de las poblaciones (clave, prioritarias y general).

- *Plan Estratégico Nacional para las ITS-VIH y hepatitis (PEN):* Le antecede el programa nacional de prevención y control del VIH/sida en 1986, luego se le incorporó la prevención de las infecciones de transmisión sexual. A partir del 2001 se inició la elaboración del Plan Estratégico Nacional, cada cinco años, siguiendo las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el 2019 se adicionaron las hepatitis.
- *Respuesta Ampliada a la epidemia de VIH:* Le antecede el plan intersectorial (1996), redimensionado en respuesta ampliada en el año 2000 al plantear que los sectores sociales no sólo planifiquen las acciones preventivas dirigidas a la población sino también, a sus trabajadores/as. Constituye la plataforma que respalda las acciones intersectoriales.
- *Poblaciones clave:* Son definidos como grupos que, por su comportamiento específico de gran riesgo presentan una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local.¹⁰³ En Cuba la integran las poblaciones transgénero, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que viven con VIH (PVV). Se agrupan en forma de proyectos, funcionan como redes, son asesoradas por el Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida (CNP) y Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y dirigidas por coordinadores electos entre sus miembros, en las reuniones nacionales:
 - *Red de personas transgénero (TransCuba):* Creado el proyecto en el 2003, en el CENESEX, que atendía a esta población desde 1979; se realizaban

actividades de promoción de la salud sexual, con énfasis en prevención del VIH, la promoción de los derechos sexuales y respeto a la identidad de género, actualmente se denominan red TransCuba y tienen representación en trece provincias del país.

- *Red de hombres que tienen sexo con hombres (HSH-Cuba):* Creado el proyecto en el año 2000, en el CNP, brinda servicios para la prevención de las ITS-VIH a sus pares. Se denominan red HSH y tienen representación en todas las provincias, municipios y áreas de salud más afectadas por el virus del VIH.
- *Red de personas que viven con VIH (Red Cub+):* Creado el proyecto, desde 1998, tienen representación a nivel nacional, provincial y municipal y funcionan a través de los Equipos de Ayuda Mutua (EAM), que, de forma voluntaria, se agrupan por interés y motivación para el trabajo preventivo y la protección, cuidado y apoyo de sus pares. Ocupan la presidencia del Mecanismo de Coordinación de País (MCP) para los proyectos financiados por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria; en el plano internacional representan a Cuba en diferentes asociaciones y redes existentes en la región y a nivel mundial.
- *Poblaciones prioritarias:* Son poblaciones que tienen riesgo de contraer el VIH, bajo condiciones de vulnerabilidad, pero no muestran indicadores elevados de las tasas de infección. La integran mujeres, adolescentes y jóvenes, están organizadas en proyectos de prevención del VIH en provincias y municipios, tales

como el Carrito por la Vida, S.com, Jóvenes por la vida, Mujeres en la prevención, 50 y más, entre otros.

- *Personas que practican sexo transaccional (PPST)*: Realizan sexo a cambio de algún objeto, dinero o privilegio; en otros países se les denomina trabajadores/as sexuales. Desde el año 2004 se han organizado en forma de proyectos en provincias y municipios. Por no existir una organización que los/as agrupe formal o informalmente, el acceso a ellas se hace más difícil y se realiza de forma transversal a través de las poblaciones HSH y transgénero fundamentalmente, se incluyen como poblaciones prioritarias.

La autora del presente estudio destaca que los componentes de la estrategia conforman un sistema, que se relacionan entre sí y tienen un objetivo común: “*poner fin a la epidemia como problema de salud*”. Cada uno de los componentes se complementa, pero a su vez se distinguen entre sí, en su funcionamiento, metodologías usadas y relaciones funcionales de coordinación y subordinación. A lo largo del tiempo de estudio se evidencia su evolución de forma ascendente enmarcada en varios períodos.

3.3. Periodización de la estrategia de prevención del VIH. 1983-2022

Para la periodización, se tomaron en cuenta los componentes de la estrategia de prevención, las acciones desarrolladas por el sector salud forman parte de la Planificación Estratégica Nacional (PEN) las realizadas por los sectores sociales conforman la Respuesta Ampliada y las ejecutadas por la sociedad civil en el componente de participación.

Desde 1983 al 2022, la estrategia de prevención ha transitado por cuatro períodos:

Períodos	Denominación
1983-1996	Preparación y primeros pasos
1997-2007	Fortalecimiento de la estrategia de prevención del VIH
2008-2018	Descentralización de los servicios de prevención y atención del VIH
2019-2022	Reorientación de la estrategia de prevención post COVID-19

En cada período, se analizó el contexto socioeconómico del país, el desarrollo del sistema de salud, las acciones y hechos ocurridos. Para la caracterización de cada período se identificaron cinco dimensiones: vigilancia epidemiológica, atención integral individual, familiar y comunitaria, marco legal, intersectorialidad y participación de las poblaciones clave (las tres primeras contenidas en el PEN). Para la vigilancia epidemiológica se identificaron como categorías: la vigilancia epidemiológica de primera y de segunda generación (monitoreo del comportamiento sexual); para la atención integral las categorías: individual (atención médica, psicológica y social), familiar (psicosocial) y comunitaria (acciones preventivas dirigidas a los grupos de población). Para el marco legal las categorías: normas, leyes, resoluciones, decretos, y para la intersectorialidad y participación si existen o no.

Período 1983-1996: “Preparación y primeros pasos”

- **Contexto socioeconómico:**

Cuba en la década del 80 estaba integrada al Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME), las relaciones con las economías socialistas europeas beneficiaron al país. En lo social se desarrolló un proceso de rectificación de errores y tendencias negativas, que repercutió favorablemente en el funcionamiento de las instituciones en la sociedad cubana. En la década del 90 con la desaparición del campo socialista europeo y las restricciones del bloqueo económico de los Estados Unidos, se desencadenó una crisis económica conocida por Periodo Especial, lo que conllevó la aplicación de reformas orientadas al mercado de 1993 a 1996, no obstante, el gobierno cubano mantuvo como prioridad la salud de la población.¹⁰⁴

- **Desarrollo del sistema nacional de salud**

El sistema nacional de salud en la década del 80, se caracterizó por el desarrollo de la alta tecnología médica, impulso de las investigaciones y fortalecimiento de la atención primaria de salud con el médico y enfermera de la familia y en la década del 90 por preservar las conquistas alcanzadas.¹⁰⁵

El VIH conmocionó la sociedad cubana, reacción mostrada en todos los países del mundo por su brusca aparición y alta letalidad en corto periodo de tiempo; el gobierno desde 1983 adoptó medidas preventivas como la suspensión de la importación de hemoderivados y la destrucción de los existentes (20 000 frascos), la compra de medios y equipos diagnósticos, el establecimiento de un sistema de

vigilancia epidemiológica (SVE) con la búsqueda activa en los hospitales de los reportes de neumonía recurrente por pneumocystis carinii (jiroveci) y el Sarcoma de Kaposi y la formación de recursos humanos, acciones que a juicio de la autora permitieron una temprana respuesta ante la epidemia.

Se reportó el primer caso de VIH en 1986, en personal cubano procedentes de África, se inició el reporte confidencial del VIH, se elaboró el programa de prevención y control del VIH (1986) que incluía el pesquisaje masivo, estudio seroepidemiológico a los contactos sexuales de las personas seropositivas al VIH, tratamiento médico mediante ingreso sanatorial y educación sexual.¹⁰⁶

Considera la autora de esta investigación que el desarrollo de la vigilancia epidemiológica, ha ido en ascenso, en 1996 se incluyó el monitoreo sistemático del comportamiento sexual en la población cubana, denominada vigilancia de segunda generación, a través de un estudio de la población en La Habana, realizado por el MINSAP y la Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI), apoyado por la OPS, que se ha continuado cada 4-5 años. Esto ha aportado importantes informaciones para la elaboración de políticas, estrategias y acciones de prevención de esta infección y constituye un aspecto que distingue la estrategia cubana.¹⁰⁷

La atención médica a los casos de VIH, se desarrolló a través del aislamiento en el sanatorio Santiago de las Vegas (1986) y los ingresos en el IPK (1988). En 1989 se detectó el primer caso pediátrico, posteriormente se crearon 14

sanatorios provinciales (1991), luego se estableció el hospital de día y el sistema de atención ambulatoria (1993).¹⁰⁸

En entrevista realizada por la autora a Héctor Terry Molinert,^c realizada el 10 de diciembre del 2017, expresó que *“los objetivos de la creación de los sanatorios fueron dar mejor atención médica y social a las PVV y evitar la transmisión por vía sexual del VIH”*¹⁰⁹. A consideración de la autora, también cumplía con la medida epidemiológica de que, ante una enfermedad desconocida, se aislen los primeros y últimos casos; al no contar con un tratamiento curativo garantizó el cuidado, asistencia y muerte digna, sin embargo, creó un impacto negativo en las personas afectadas por la obligatoriedad del ingreso y en la población una falsa percepción de que *“todo el que tenía sida estaba ingresado”*. Estudio realizado por Rodríguez Roch en PVV ingresadas, aportó que más de la mitad prefería no permanecer en ese lugar, aunque reconocían que era una buena opción para la atención médica.¹¹⁰

Las medidas de aislamiento en sanatorios y pesquisaje masivo de los casos de VIH fue motivo de controversia a nivel mundial, sin embargo, en algunos ámbitos se ha planteado la hipótesis de su contribución al crecimiento lento de la epidemia en el país.¹¹¹ La autora considera que, aunque no se disponen de evidencias al respecto, tuvieron un impacto positivo, el sanatorio, por ser un entorno libre de estigma y discriminación para las PVV, que en su mayoría eran discriminadas por la familia y la sociedad por su orientación sexual y el pesquisaje masivo creó una

^c Héctor Terry Molinert, Viceministro de Salud a cargo de la Higiene, Epidemiología y la Microbiología de 1980-1993.

cultura en la población de hacerse la prueba de VIH, actualmente se ha reconocido como una de las medidas básicas para la detección temprana de los casos, es recomendado su uso para las poblaciones clave porque garantiza el diagnóstico temprano, tratamiento precoz, supresión viral, mejor pronóstico y disminución de la transmisión del virus.¹¹²

Al iniciarse el tratamiento antirretroviral (AZT, 1987) en el mundo, las PVV de países en vías de desarrollo no tenían acceso, por ser muy costoso. Para garantizar la calidad de la atención, en 1990 se creó la consulta centralizada especializada en el IPK, para la atención de los niños hijos de madres seropositivas y dado los esfuerzos del gobierno y del sistema de salud, tuvieron acceso al tratamiento antirretroviral los niños/as con VIH y las madres seropositivas en 1994, con la compra de los medicamentos y en el 2001 el resto de las PVV que lo necesitaran con la producción nacional.¹¹³

A partir de la información revisada, la autora considera que la atención familiar y comunitaria en los primeros años fue insuficiente, los primeros intentos fueron en 1989 con testimonios de PVV en la televisión y se visibilizaron con más fuerza en 1991, con la creación del grupo de prevención del VIH (GPSIDA) en el sanatorio Santiago de las Vegas, que iniciaron acciones limitadas de prevención dirigidas a las comunidades, esta experiencia se extendió a los sanatorios provinciales. Por otra parte, no existía el mercadeo social de condones (limitado alcance y lugares de expendio), escasa utilización de los medios de comunicación masiva y pobre participación de la población en las acciones de prevención.¹¹⁴

El marco legal, lo constituyeron las normativas existentes enfocadas a la protección de la salud, tales como: la Constitución de la República de Cuba, el Decreto ley 54 del 12 de abril de 1982, disposiciones sanitarias básicas y la Ley No. 41 de Salud Pública del 13 de julio de 1983. La autora considera que, ante la complejidad de esta epidemia y el entretejido social que la caracteriza, el marco jurídico resultaba insuficiente y en varias ocasiones se debatió en GOPELS, ampliar el marco legal.

Marcó el final del período, el incremento del número de casos de VIH, fundamentalmente, en HSH, el insuficiente alcance en el trabajo de prevención dirigido a esta “población de riesgo”, la existencia de mitos y tabúes en la sociedad, lo que conllevó un análisis en GOPELS, donde se indicó el fortalecimiento del enfoque comunitario.¹¹⁵

La autora a partir de la bibliografía revisada y la observación participante, plantea que acorde al modelo de Rojas Ochoa, la voluntad política estuvo representada al más alto nivel de gobierno; la base científica se sustentó en el enfoque de riesgo y la participación de los sectores sociales fue notable, siendo limitada la de la población (anexo 4).

Las teorías utilizadas para el cambio de comportamiento fueron principalmente: creencias en salud y la de aprendizaje social de Albert Banduras, basadas en la responsabilidad individual de protección, esto se corresponde con la aplicación de los modelos centrados en las conductas de riesgo según la clasificación de Harold Estrada y de tipo Informativo según clasificación de Jonathan Mann.

La totalidad de los expertos coincidió con la delimitación del periodo y su caracterización, argumentaron que existió voluntad política, que estuvieron presentes tabúes, mitos y estereotipos con relación a la enfermedad y la orientación sexual, tales como: que los homosexuales son “débiles”, “atrevidos” y que las PVV son “irresponsables” Estas referencias constituyeron barreras para iniciar tempranamente las acciones hacia las poblaciones de riesgo (terminología usada en ese momento para los HSH)

Uno de expertos expresó: “no había correspondencia entre la situación del VIH en los homo-bisexuales y las acciones preventivas pues estaban dirigidas principalmente a la población general”; elementos con los que coincide la autora de esta investigación. Otro de los expertos refirió: “que se discriminaba más por ser homosexual que por tener VIH”.

Período 1997-2007: “Fortalecimiento de la estrategia de prevención del VIH”

- **Contexto socioeconómico**

Las modestas reformas orientadas al mercado en el período anterior lograron una recuperación parcial, los indicadores sociales mejoraron después de 1994, pero en el 2003 varios de ellos no recuperaban el nivel alcanzado en 1989 y se visibilizaron las desigualdades sociales. Las afectaciones en la salud, ocasionadas por el mantenido bloqueo económico se evidencian en el limitado acceso a los adelantos tecnológicos y terapéuticos; sin embargo, el Estado conserva la prioridad a la salud y por ende a la prevención del VIH.

Se desarrolló la “Batalla de Ideas”, proceso sociopolítico que abarcó más de 160 programas dirigidos a los grupos vulnerables de la sociedad cubana entre ellos en la educación, cursos de superación integral para jóvenes que no estudiaban ni trabajaban, municipalización de las universidades, universidad para todos, desarrollo de la informática, masificación de la cultura, entre otros, que a criterio de la autora tuvieron influencias positivas para la estrategia de prevención del VIH ya que brindó oportunidades para redimensionar las acciones hacia nuevos escenarios y grupos de población con desventajas sociales.¹¹⁶

- **Desarrollo del Sistema Nacional de Salud**

Se elaboraron políticas sectoriales para el perfeccionamiento del capital humano, la informatización y el incremento de la capacidad resolutoria de los policlínicos, los programas en la atención primaria de salud (APS) se fortalecieron, con la remodelación, mantenimiento y la introducción de nuevas tecnologías Gregorio García Delgado^d, la denomina como etapa de “lucha por mantener los resultados alcanzados”.¹¹⁷

En la vigilancia epidemiológica se reorientó la pesquisa hacia los grupos vulnerables, se integró la información epidemiológica, al registro informatizado de VIH, el cual se convirtió en un sistema de alcance nacional “on line”, con información en tiempo real (2007), se incorporaron las infecciones de transmisión sexual (ITS) al programa nacional de prevención del VIH. Los datos obtenidos aportaron un incremento en el número de casos de VIH, concentrado en hombres

^d Gregorio García Delgado, médico, maestro e investigador dedicado a la historia de la medicina cubana.

que tienen sexo con hombres, por ello la vigilancia de segunda generación se direccionó a este grupo.¹¹⁸

La atención médica se fortaleció con la producción nacional de seis antirretrovirales (2001), lo cual garantizó el acceso universal al tratamiento de las PVV y a fines de período (2006), se organizó el proceso de descentralización de los servicios de forma paulatina, con estudios piloto en varios hospitales de La Habana, Santiago de Cuba y Sancti Spíritus. A nivel de municipios: se seleccionaron farmacias para entrega de ARV gratuitos, se crearon consultas especializadas de VIH y se extendieron los servicios de prevención y atención hacia los consultorios del médico y enfermera de la familia. La autora analiza que para el proceso de descentralización se utilizó la táctica adecuada, la implementación se hizo paulatina acompañada de la preparación de los recursos humanos, información y sensibilización a las PVV, se mejoró el acceso a los servicios con muy pocas insatisfacciones de las poblaciones dianas.

Para fortalecer el enfoque comunitario se aprobó un proyecto piloto de prevención del VIH, en cinco municipios de La Habana (que aportaba más del 50% de los casos de VIH), con el apoyo de Médicos Sin Fronteras de Holanda (MSF, 1997), para capacitar al personal de la APS y fortalecer la participación de los grupos vulnerables, que a consideración de la autora fue la génesis del CNP.

Se creó el CNP en 1998, con el objetivo de incrementar los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de las ITS y el VIH en la población con énfasis en los grupos vulnerables a través de la formación de promotores/as y

consejeros/as voluntarios/as; alianzas entre la sociedad civil, el sistema de salud y los sectores sociales; la movilización de la población y el desarrollo de proyectos innovadores que han captado fondos presupuestarios de organismos internacionales.

El mercadeo social de condones ha sido uno de los proyectos del CNP, con buenos resultados a nivel nacional, se logró posicionar el condón en puntos de venta tradicionales y no tradicionales, así como crear las marcas cubanas de condones Momento, Vigor, Vigor Max e instalar dispensadores como pilotaje en la Habana, con el apoyo técnico y financiero de la ONG Population Services Internacional (PSI) y, se incrementó el plan anual de compra de condones del país, generado por una elevada demanda del producto por la población.¹¹⁹

En el marco legal se atendió una de las debilidades identificadas en el periodo anterior, se elaboraron normativas e indicaciones, relacionadas con la protección de los derechos de las PVV y de los trabajadores de la salud, y se aprobó la sub-estrategia de prevención del VIH en HSH (2005) por la Comisión Política Económica del gobierno cubano, lo que favoreció el desarrollo del trabajo preventivo dirigido a esa población.

A inicios de período (1997), se elaboró el primer plan intersectorial, luego se realizaron las reuniones periódicas con los presidentes de gobierno de los municipios más afectados por VIH, debates comunitarios en coordinación con las organizaciones cubanas e investigaciones y proyectos con otros sectores sociales. Se fortalecieron las alianzas con los organismos internacionales (OPS,

PNUD, UNICEF, FNUAP , Médicos sin Fronteras de España, Médicos del Mundo de Francia, Grupo de Voluntarios italianos entre otros), a través de 23 proyectos comunitarios ejecutados a lo largo del país, entre ellos el de Mercadeo Social de Condones(MSC), el de enfoque sociocultural del VIH apoyado por la UNESCO y la aprobación del primer proyecto financiado por el FM (2003) que ha mantenido el apoyo a diferentes áreas de la estrategia de prevención.

La participación de la población de forma voluntaria se fortaleció, con la formación de promotores/as y consejeros/as en las PVV y adolescentes y jóvenes inicialmente, por los centros de prevención de VIH/sida nacional y provinciales lo que garantizó mayor alcance de las actividades preventivas, extendiéndose a otros grupos como mujeres, HSH, PPST y poblaciones trans paulatinamente. Se realizó por la línea de PVV levantamiento de los/as niños/as infectados/as y afectados/as por el VIH (2005) que aportó 366 niños/as. Todo lo anterior requirió que se desarrollara un proceso de actualización de los recursos humanos para enfrentar los nuevos retos (la atención a las poblaciones clave y prioritarias).¹²⁰

La Dirección Nacional de Epidemiología reportó en este periodo que, la prevalencia en personas de 15 a 24 años descendió de 0,07 % en el 2001 a 0,05 % en el 2007, también se redujo la mortalidad asociada al sida, la transmisión maternoinfantil tuvo cifras mínimas de 0,32 % y la transmisión a través de la sangre y derivados no constituía un problema de salud. La ocurrencia de nuevos casos de VIH mantuvo una tendencia ascendente.¹²¹

La autora señala que, según el modelo de Rojas Ochoa, se mantuvo la voluntad política de priorizar la prevención del VIH, se fortaleció la participación intersectorial y comunitaria y los principios programáticos estuvieron basados en el enfoque de vulnerabilidad. Según clasificación de Jonathan Mann, se caracterizó por ser un programa facultador (tipo II) a inicios de período y luego comunitario (tipo III); según Harold Estrada se aplicó el modelo antropológico cultural pues tuvo en cuenta los factores socioculturales. Se incorporaron a la estrategia de prevención del VIH, elementos de las teorías organización comunitaria, cambio organizativo, empoderamiento comunitario, cambio de comportamiento, mercadeo social y redes de apoyo.

En informe de la visita a Cuba de la Sra. Miriam Maluwa representante de ONUSIDA para Jamaica, Bahamas y Cuba (2007), expresó: *“Cuba presenta la prevalencia más baja de VIH en el hemisferio occidental. La capacidad de las autoridades cubanas para contener la epidemia se basa en el conocimiento profundo de la epidemia en su país; los enfoques múltiples integrados de la prevención, tratamiento, atención y apoyo; la observancia de señales de alerta temprana e intervenciones oportunas y el aumento del alcance y el compromiso de la comunidad...por ello, Cuba constituye un ejemplo para otros países de la región del Caribe y del resto del mundo”*.¹²² Culmina este periodo con la revisión por la Comisión Técnica del MINSAP, de los factores que influían negativamente en la atención a las poblaciones vulnerables a este proceso se le denominó “análisis de las trece tareas”.¹²³

Existió consenso en los expertos sobre los hechos ocurridos en el periodo y destacaron el fortalecimiento del enfoque comunitario con la creación del CNP. Uno de ellos, destacó la participación de las PVV en las redes regionales. Se reconoció la participación destacada en GOPELS, del MINED, MES, MINCULT, MINCIN y Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA). Los resultados de los estudios sobre los indicadores de prevención de la población cubana realizados por la ONEI y las evaluaciones independientes de la Escuela de Salud Pública (ENSAP), aportaron valiosas informaciones sobre las poblaciones más afectadas y a su vez constituyeron una herramienta para el monitoreo y evaluación.

Período 2008-2018: “Descentralización de los servicios de atención y prevención”

- **Contexto socioeconómico**

En el periodo ocurrieron importantes transformaciones en el modelo económico, se enunciaron los Lineamientos de la política económica y social para el periodo 2016-2021; se establecieron las relaciones entre Cuba y Estados Unidos y el presidente Barak Obama visitó el país, se flexibilizaron algunas medidas relacionadas con el intercambio académico y científico con Estados Unidos, lo cual benefició las áreas de formación de los recursos humanos de la estrategia de prevención, aunque se mantuvo el fuerte bloqueo económico.¹²⁴

- **Desarrollo del Sistema Nacional de Salud**

El sistema de salud transitó por un proceso denominado de “transformaciones necesarias” (2010), con el reordenamiento, reorganización, compactación y regionalización de los servicios, aspecto que repercutió en la estructura y reducción de los recursos humanos vinculados al VIH. A inicios de período, se tomaron medidas relacionadas con la accesibilidad a los servicios de atención, reubicación de equipos y personal en provincias y municipios, para la optimización de los recursos. En el 2014, como parte de las transformaciones del sector salud, se fusionó el CNP con el Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CNPES) conformando la Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades (PROSALUD), lo que conllevó un cambio en las estructuras y reorganización de los equipos técnicos de VIH y sociedad civil.^{125,126}

En la vigilancia epidemiológica del VIH se profundizó en la estratificación geográfica de los casos de VIH que, a consideración de la autora, incrementaron los conocimientos sobre la epidemia a nivel local y permitió priorizar acciones y recursos en las zonas y grupos poblacionales más afectados. A partir del año 2012, las personas transgénero que hasta ese momento se abordaban dentro del grupo de los HSH fueron consideradas como un grupo específico para la vigilancia epidemiológica, los estudios de comportamientos y medidas preventivas, (esto había sido sugerido desde el 2008 a nivel internacional), se observó que esta población aportaba la prevalencia de VIH más elevada. (23,1 %).¹²⁷

Del 2018 al 2022 los casos nuevos de VIH, siguen aumentando siendo el 2018 el de mayor reporte, debe tenerse en cuenta que en los años 2020 y 2021 estuvo la epidemia de COVID-19. La mortalidad a causa del sida tuvo una tendencia ascendente del 2009 al 2016, fluctuando en los años siguientes sin definir una tendencia al descenso.¹²⁸

Como parte de la vigilancia epidemiológica, se estableció el monitoreo de la estrategia 90-90-90 de ONUSIDA cuyo significado fue que para el 2020, el 90% de las personas conocieran su estado serológico, el 90% de las personas diagnosticadas tengan tratamiento y que el 90% de las personas en tratamiento alcancen supresión viral.¹²⁹

El proceso de descentralización de la atención médica hacia la APS, iniciado en el periodo anterior, alcanzó su máxima expresión en este periodo, así como la de los servicios de prevención con la creación de 13 centros en las provincias y municipios más afectados y la de los laboratorios de confirmación diagnóstica, que hasta ese momento sólo se realizaba en LISIDA, se derivaron a los CPHEM provinciales y luego a los centros municipales.

Como resultado del análisis de las “trece tareas”, se redujeron a tres los sanatorios provinciales, ocurrieron transformaciones en la concepción de los sanatorios y actualmente el ingreso es basado en el análisis personalizado medico social y de forma voluntaria y, se denominan Centros de Atención Integral a PVV (CAI).

A mediados de período, se valoró la producción de nuevos antirretrovirales, dados los adelantos científicos y a finales, se inició la prueba piloto de profilaxis pre exposición (PrEP) en Matanzas y Cárdenas (2018) y la creación de los servicios diferenciados para las poblaciones clave, en seis policlínicos del país.

En la atención familiar, se fortaleció el trabajo de apoyo psicosocial a las familias de las poblaciones clave (HSH, poblaciones trans, PVV) y a niños/as infectados/as y afectados/as. En la atención comunitaria la formación de promotoras/es y consejeros/as voluntarios/as continuó en ascenso, fortaleciendo la prevención combinada (2015), Se mantuvo GOPELS con un trabajo sostenido y se actualizó la Respuesta Ampliada de los sectores sociales.

La autora destaca que la participación y liderazgo, de las poblaciones clave dentro de la estrategia de prevención se incrementó, asumiendo un rol de mayor responsabilidad en la prestación de servicios, y se incrementó el alcance de las acciones entre sus pares.

El marco legal se fortaleció en el 2008 con la Declaración de Ministros de Salud y Educación de América Latina y el Caribe “Prevenir con educación”, documento emitido por los ministros de esa región, para fortalecer la Educación Sexual Integral en los centros escolares, en Cuba esto permitió actualizar el diagnóstico del tema y tomar medidas para perfeccionarla entre ellas la resolución 139/2011, del MINED.¹³⁰

En el 2012, se elaboró la estrategia de género en apoyo al componente educativo de la respuesta nacional a las ITS-VIH/sida 2013-2017¹³¹, aunque desde el 2008

se realizaban algunas acciones, luego se diseñó el modelo Igualdad de Género es Salud (IGES) ¹³², para transversalizar el enfoque de género en las instituciones sanitarias como respuesta al VIH, ambas se elaboraron e implementaron por el grupo gestor de género (intersectorial) conformado en el 2008.

En el 2015 se recibió la visita de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Cuba obtuvo la certificación de primer país en el mundo en alcanzar los indicadores de eliminación de la transmisión maternoinfantil (ETMI) del VIH y la sífilis congénita, que fue ratificada en el 2017.

Según el modelo de Rojas Ochoa para el enfrentamiento a epidemias, la voluntad del gobierno es sostenida, se mantienen el financiamiento y la gestión de GOPELS; los principios programáticos se sustentan en el enfoque de género y derechos y la participación de las poblaciones clave se fortaleció con el incremento de promotores/as, consejeros/as y de sus funciones como proveedores de servicios de atención y prevención, de forma voluntaria. El modelo utilizado según clasificación de Jonathan Mann, fue de un programa comunitario y según Harold Estrada el modelo político económico ya que sitúa a las desigualdades económicas y sociales en la base de la epidemia.

Los expertos ratificaron los hechos acaecidos en el período, algunos señalaron que, con el enfoque de género, se fortaleció el abordaje de los determinantes sociales de la salud y uno de ellos, resaltó que en esta etapa se realizaron estudios sobre la alimentación y nutrición en PVV y la creación del proyecto dirigido a personas de 50 años y más.

Período 2019-2022: “Reorientación de la estrategia de prevención del VIH post COVID-19”

- **Contexto socioeconómico**

El cuarto periodo está en curso, el país fue azotado por la epidemia de COVID-19 el 11 de marzo del 2020; al igual que en la economía mundial, causó graves problemas, tuvo importantes efectos sociales y develó las debilidades de los sistemas de salud para hacer frente a las epidemias. En Cuba afectó significativamente el turismo, las inversiones, el financiamiento externo y otras variables relevantes para el desarrollo económico de un país.

En el 2021 se realizó la “Tarea Ordenamiento”, que incluyó la unificación monetaria, y cambiaria, el incremento de los precios, salarios, reducción de los subsidios, y una consecuente devaluación del peso cubano e inflación disparada, estas medidas unidas al mantenimiento del bloqueo de los Estados Unidos, han tenido influencia no favorable en la situación económica social y el nivel de vida de la población cubana y en el área de VIH los efectos han sido negativos en cuanto al acceso a los servicios de salud los condones y lubricantes fundamentalmente.¹³³

Como expresara. Gregorio García Delgado, “es muy difícil establecer una periodización de los tiempos históricos actuales, que incluya los momentos que vivimos, pues siempre está sujeto a modificaciones dadas por cambios imprevisibles”.¹¹⁷

- **Desarrollo del sistema nacional de salud**

El sistema de salud en pleno, estuvo volcado en la prevención y el control de la COVID-19, por lo que la atención a otros programas disminuyó, el impacto de esta epidemia en la economía ha influido en el acceso a productos, medicamentos y reactivos.

La repercusión de la COVID-19 se manifestó en la disminución del acceso a los servicios de atención, tratamiento y a los medicamentos a nivel de las farmacias, por el aislamiento social establecido. Ante esta situación los Equipos de Ayuda Mutua de PVV los llevaban hasta sus viviendas sobre todo a las PVV mayores de 60 años. Se mantuvo de forma limitada la búsqueda de casos y la estratificación acompañada de acciones de prevención por los promotores pares, tales como la entrega de paquete mínimo de prevención (condones, lubricantes, pruebas rápidas, entre otros).

Si bien, la vigilancia epidemiológica del VIH durante la COVID 19 se debilitó, por todo lo expuesto; en la medida que se controló esta epidemia, se estableció el monitoreo de las metas 95- 95-95 para el 2025 (95% de las personas positivas al VIH lo conozcan, 95 % de las personas seropositivas al VIH tengan tratamiento antirretroviral y 95% de las personas en tratamiento tengan supresión viral).¹³⁴

Al concluir el 2022 la prevalencia de VIH en población joven era de 0,1% y de 15 a 49 años de 0,4%; disminuyeron los casos nuevos en un 4%. En reunión de Alto Nivel sobre el VIH/sida en la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada del 8 al 12 de junio del 2021, se informó que la mortalidad por sida en Cuba

disminuyó progresivamente y la incidencia mostraba una tendencia a la estabilización.¹³⁵

Para dar sostenibilidad y seguimiento a los servicios diferenciados creados en el período anterior en entornos de alta prevalencia de VIH en los 30 municipios priorizados (2021); dirigidos a poblaciones clave, se implementó un sistema integrado de monitoreo de todos los servicios en la atención primaria de salud (registro informatizado), se extendieron los servicios de PrEP en tres municipios de La Habana (Cerro, Habana Vieja, y Centro Habana) y la aprobación del mecanismo de respuesta nacional a la COVID-19 del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (C19RM) dio financiamiento adicional para mitigar sus efectos.

En Matanzas, se evaluó el pilotaje de la PrEP con resultados favorables y el monitoreo de la cascada de prevención al establecer cohortes de personas provenientes de las poblaciones clave, vincularlos, atenderlos y seguirlos por un periodo de un año para ver los que se mantienen negativos. Se realizó investigación participativa sobre la evaluación de las necesidades comunitarias de información y servicios de prevención de VIH en población de HSH (2021), con representación nacional y en base a los resultados se perfeccionará la estrategia de prevención del VIH, que aportó las necesidades reales sentidas y generó el análisis de la comisión técnica del MINSAP, para su solución.

En el periodo 2019-2022 se continúa perfeccionando el componente legal con la extensión de los servicios de orientación jurídica, la formación de gestores en género, derechos y los gestores de adherencia al tratamiento a partir de las poblaciones clave.

Los sectores sociales estuvieron vinculados en la atención de la emergencia sanitaria, pero sin dejar de garantizar los aspectos de atención social, protección y apoyo a la población liderados por el gobierno.

Se reporta un descenso en las tasas de incidencia y de mortalidad con relación al 2018, las cuales deben ser monitoreadas dado el impacto producido por la epidemia de COVID-19 en el 2020 y 2021. Se ratificó la condición de país que eliminó la transmisión maternoinfantil del VIH y sífilis congénita en el 2019 y 2021.¹³⁶

En el modelo de prevención aplicado (anexo 4), la voluntad política se mantiene no obstante la crisis económica, se han aprobado en los últimos cinco años, diferentes políticas a favor de la protección de los derechos de las familias, las mujeres y los grupos vulnerables, que influirán positivamente en el bienestar de las poblaciones clave a la epidemia de VIH. Los aspectos programáticos están centrados en abordar los determinantes sociales estructurales, junto a los comportamentales y biomédicos. La participación de las poblaciones clave es cada vez más comprometida y responsable, se amplía su perfil con los gestores de género y derechos y los de adherencia al tratamiento.

A criterio de la autora, el abordaje de los determinantes sociales de la salud con énfasis en género y derechos, sobrepasan las clasificaciones de los modelos anteriormente descritos.

3.4. Hitos de la estrategia de prevención del VIH

La autora en este estudio, considera como hitos aquellos acontecimientos puntuales y significativos que marcan un momento importante en el desarrollo de un proceso y constituyen puntos de inflexión en su evolución. Los puntos de inflexión se identificaron a partir de la observación participante, la revisión documental, la entrevista a expertos y la experiencia práctica de la autora; se triangularon las diferentes técnicas. Se organizaron agrupando el contenido según la: vigilancia epidemiológica, atención médica, atención familiar y comunitaria intersectorialidad y participación.

Los principales hitos de la estrategia de prevención, se observan en el gráfico de la línea del tiempo (figura 2), los hitos relacionados con la vigilancia epidemiológica son el desarrollo del sistema de vigilancia de primera y segunda generación; en la atención médica: la creación de los sanatorios, el sistema de atención ambulatoria, la producción de antirretrovirales, la descentralización de los servicios y el inicio de la PrEP. Relacionados con la atención familiar y comunitaria: la apertura del CNP, la aprobación de la estrategia de prevención dirigida a los HSH, la creación de marcas cubanas de condones y en el marco legal la Declaración de Ministros de Salud y Educación para América Latina y el Caribe. También la creación de GOPELS, la aprobación del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la

tuberculosis y la Malaria en el 2003 y la certificación de Cuba como primer país que eliminó la TMI del VIH y la sífilis congénita visibilizó los avances de la estrategia cubana en el mundo.

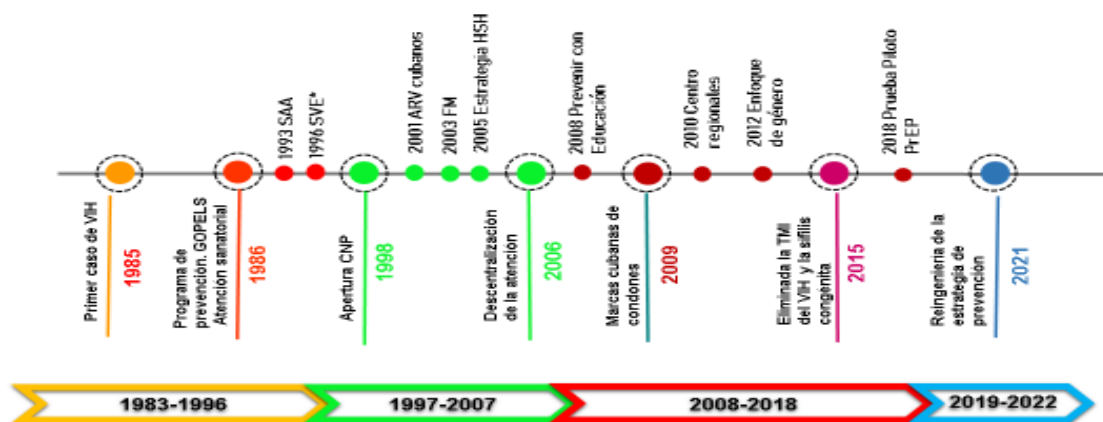


Figura 2. Hitos de la estrategia de prevención del VIH en Cuba 1983-2022.

Fuente: Elaborado por la autora.

Si se analizan los hitos según períodos, se puede apreciar los efectos producidos por cada uno. Los hitos de la primera etapa les dieron solidez a los aspectos organizativos de la estrategia, los del segundo periodo visibilizan la fortaleza que fue adquiriendo la estrategia en los aspectos técnicos, científicos, legales y financieros. En el tercer periodo reflejan el abordaje de los factores biomédicos, comportamentales y estructurales propios de la prevención combinada. En el periodo en curso se menciona la reorientación de la estrategia para superar las debilidades detectadas en los servicios de salud durante la COVID-19, en base a satisfacer las necesidades de las poblaciones clave.

3.5. Conclusiones del capítulo

La estrategia de prevención del VIH en el periodo 1983-2022 ha tenido características singulares que responden a la estructura político social de la

sociedad cubana, al enfoque de la salud como un derecho, a la existencia de un sistema único de salud y a la experiencia en la implementación de programas sanitarios. Las políticas de gobierno y de salud, se han desarrollado enfocadas a la prevención, cuidado y apoyo a las poblaciones clave y población general, evidenciadas por el acceso universal a los servicios, a la terapia antirretroviral (TARV) y reducción del estigma y discriminación.

Se ha avanzado en el conocimiento científico de la estrategia de prevención del VIH a través de la valoración holística de cada período en cuanto al contexto, desarrollo del sector salud, acciones, resultados, e hitos (anexo 9), que redundarán en la mejora de la gestión. La evolución de la estrategia, devela que las acciones desarrolladas sentaron bases para las tareas posteriores. Los efectos de la pandemia de COVID-19 son evidentes y ponen de manifiesto la necesidad de analizar la respuesta a la epidemia de VIH post COVID, las lecciones aprendidas, identificar y difundir los aportes como manera de conservar los resultados alcanzados, perfeccionar la práctica y aplicarlo a otras situaciones sanitarias.

CAPITULO IV

APORTES DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH

A LA SALUD PÚBLICA CUBANA.1983-2022

CAPÍTULO IV. APORTES DE LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL VIH A LA SALUD PÚBLICA CUBANA.1983-2022

En este capítulo se exponen los principales aportes de la estrategia de prevención del VIH y su contribución a los conocimientos y la práctica de la salud pública cubana (anexo 10).

El término aporte se define en esta investigación como: “un conjunto de acciones ejecutadas por personas, grupos, comunidades e instituciones para contribuir a lograr un fin u objetivo predeterminado en la sociedad de la que es miembro”. Se identifica como aporte científico si el resultado está aplicado a la práctica, se han socializado los avances del proceso que se investigó, muestra nuevos elementos del objeto o lo hace desde una óptica diferente, es útil a los demás y suministra elementos para su verificación.¹³⁷

Se clasifican como teóricos cuando van dirigidos al incremento del saber científico sobre la esencia del objeto y prácticos cuando incide en su transformación o sea aquellos que han enriquecido y/o modificado los conocimientos, el quehacer y han facilitado las vías para dar respuesta a determinados problemas, a partir de los cuales se instrumentan un conjunto de acciones interrelacionadas entre sí ya sea por fases y/o etapas según la creatividad del que la diseña.¹³⁸

Por otra parte, según la Organización Mundial de la Salud, la salud pública es la “respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover la salud, prevenir la enfermedad, las lesiones e incapacidades y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad”.¹³⁹

Los principales aportes de la estrategia de prevención del VIH a la teoría y a la práctica de la salud pública, se identificaron en tres áreas: gestión innovadora, mejora continua de la calidad de la atención y transferencia de tecnologías.

Aportes de la estrategia de prevención del VIH a la teoría y la práctica de la salud pública cubana		
Gestión innovadora	Mejora continua de la calidad de la atención	Transferencia de tecnologías
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión de la estrategia de prevención del VIH. 2. Gestión de GOPELS. 3. Gestión del conocimiento. 4. Organización de la sociedad civil. 5. Incorporación de las poblaciones clave en la toma de decisiones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abordaje integral y prioritario del componente de prevención. 2. Aplicación de la vigilancia epidemiológica de primera y segunda generación. 3. Atención a las redes de la sociedad civil. 4. Vinculación de la alta tecnología y la biotecnología con la APS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metodología para implementar la estrategia de género. 2. Metodología para la prevención de la transmisión maternoinfantil.

Para el desarrollo de los mismos se parte de la interrogante que se deriva del problema planteado, de la respuesta utilizada para solucionarlo y de su contribución. a los conocimientos y/o la práctica, a partir de los elementos esenciales (objetivos, enfoque, sistema categorial, fundamentos teóricos, procedimientos y acciones desarrolladas).

4.1. Área de gestión innovadora:

4.1.1. Gestión de la estrategia de prevención del VIH

Ante el advenimiento de una enfermedad no conocida como el VIH, se planteó la interrogante, ¿cómo proteger a la población, organizar los servicios para el diagnóstico, la atención y fortalecer los recursos humanos para lograr el acceso a la salud y mitigar su impacto?

La respuesta fue elaborar la estrategia de prevención del VIH, que ha ido evolucionando y en la actualidad tiene como objetivos prevenir las nuevas infecciones, con soluciones innovadoras, desde una perspectiva de género y derechos para lograr generaciones libres de esta entidad.

El sistema categorial incluye la gestión y *estrategia de prevención*, concepto este último, que se ha redimensionado a través del tiempo, desde la visión de considerar solamente los aspectos educativos hasta incorporar los elementos de la prevención primordial, primaria, secundaria y terciaria y los factores estructurales como determinantes sociales de la salud.

La fundamentación teórica se sustenta en las orientaciones y directrices de los organismos internacionales (OMS/OPS – ONUSIDA – UNICEF – FM, la tuberculosis y la malaria. Los referentes teóricos, son los modelos, teorías, políticas, estrategias y planes vinculados a la prevención de las ITS y VIH a nivel nacional e internacional. El modelo de Rojas Ochoa, aplicado en los diferentes períodos, muestra que los cambios más pronunciados se observan en los principios

programáticos, dados por los diferentes enfoques a partir de los avances científicos sobre esta epidemia y en la participación comunitaria que se ha incrementado.

La gestión de la estrategia se desarrolla a partir de los instrumentos utilizados para el control y mejoramiento de los procesos, la conservación y solidez de los datos para la toma de decisiones, la aplicación de procedimientos que parten de la vinculación con otros programas de salud y una visión integral de la prevención, a la cual los organismos internacionales han denominado prevención combinada y que, a juicio de esta autora, en Cuba se inició antes de enunciarse por los mismos.

La autora del estudio destaca en los procedimientos, la vinculación de los componentes básicos de la estrategia: el Plan Estratégico Nacional para la prevención de las ITS-VIH y las hepatitis; la respuesta ampliada de los sectores sociales y la participación de la sociedad civil, que comparten un objetivo común y centran sus esfuerzos en acelerar el progreso hacia el fin de la epidemia como problema de salud pública para el 2030.

La creación de los sanatorios, a consideración de la autora, constituye un aporte en el área de la gestión de la atención médica, no exenta de perfeccionamiento en algunos de los procesos, por ejemplo, el consentimiento informado de las PVV antes del ingreso, pero garantizó atención inmediata y segura, confianza en el sector salud y una muerte digna. Otras contribuciones han sido la capacidad desarrollada para la movilización de recursos y su utilización eficiente y transparente, la mejora y acceso a la información de las poblaciones clave, el fomento de los espacios libres de estigma y discriminación formales e informales y

el fortalecimiento de la interrelación entre los proveedores de los servicios, gobiernos, sectores sociales, centros científicos, académicos y organizaciones políticas en cada territorio.

4.1.2. Gestión del Grupo Operativo para el Control y Eliminación del sida (GOPELS) ¹⁴⁰⁻¹⁴²

¿Cómo hacer sostenible la participación de los sectores sociales en la prevención y control del VIH desde el nivel nacional hasta el nivel local?

La creación y gestión de GOPELS constituye un aporte a la salud pública cubana, su objetivo ha sido coordinar la estrategia de prevención del VIH, a través de la respuesta acelerada para poner fin a la epidemia, con un enfoque de prevención. Como categoría básica se identifica la intersectorialidad, en la mayoría de los países se creó una autoridad de gobierno intersectorial, para la toma de decisiones, a nivel nacional. En Cuba, tuvo la singularidad, que se creó también en los diferentes niveles de gobierno, como espacio de discusión, análisis y búsqueda de soluciones, su mayor contribución está en la metodología desarrollada para garantizar la participación de las autoridades y sectores en cada uno de los niveles, su vínculo con la sociedad civil y los resultados alcanzados. Se emplearon procedimientos en las áreas de incidencia política, construcción de capacidades en cada sector social, creación de alianzas entre ellos, movilización de recursos, el monitoreo y la evaluación.

Entre las acciones más importantes se visibilizan el ejercer el liderazgo compartido, la evaluación de necesidades de las poblaciones clave, la planificación conjunta, la

elaboración de propuestas de políticas públicas, la creación de entornos favorables, la cogestión y rendición de cuentas, entre otras, que han dado respuestas a las necesidades de las poblaciones afectadas por la epidemia. Se destaca que, cada sector, institución u organización participante, ha aportado, de forma creativa e innovadora los recursos humanos y materiales, lo que ha garantizado la sostenibilidad de las acciones.

Al cierre del 2022, existen GOPELS en los 168 municipios del país, los cuales son monitoreados periódicamente por la comisión de prevención del grupo, aunque se hace mayor énfasis en los de los 30 municipios más afectados por la epidemia). La gestión de GOPELS, ha demostrado la aplicación práctica de la intersectorialidad como un principio efectivo de la acción a nivel de las estructuras gubernamentales y no gubernamentales.

4.1.3 Gestión del conocimiento a nivel del personal de salud, otros sectores y población.

La gestión del conocimiento se define como el proceso de identificar, organizar, almacenar y difundir información. Es el conjunto de actividades y procesos que fortalecen el intercambio de conocimientos y experticia dentro de una organización, con el fin de mejorar el rendimiento de la organización o los resultados del proyecto. Consiste en el impulso a la sabiduría colectiva para aumentar la capacidad de innovación.

Para el análisis de la gestión del conocimiento en la prevención del VIH como aporte, se toman como fundamento los modelos de Nonaka y Takeuchi elaborado

en 1995 y el de O&B diseñado en el 2015.¹⁴³ El primer modelo define el conocimiento como “la creencia en una verdad justificada”, consta de cuatro etapas socialización (convierte el conocimiento tácito en explícito), externalización (diálogo o reflexión colectiva), combinación (durante el procesamiento de la información) e interiorización (aprendizaje organizacional). El segundo modelo toma también como base el modelo de Nonaka y Takeuchi consiste en una estructura donde el capital intelectual está en el centro y se fundamenta en el intercambio permanente entre el aprendizaje individual y el organizacional, con apoyo de los componentes tecnológicos y presenta tres etapas: creación de conocimiento, difusión de la información y almacenamiento y actualización de los conocimientos.

Abordar la prevención en poblaciones clave, requirió de un conocimiento recíproco; en la construcción del conocimiento se incorporaron personas diversas según sexo, identidad sexual, color de la piel, nivel cultural y perfil laboral. En el proceso de generación de conocimientos se utilizó la incentivación de la proactividad y la disciplina e innovación. Como cultura organizacional “todas las ideas transformarlas en proyectos”, se instauró un lenguaje transdisciplinario, se promovió el uso de la investigación como diagnóstico basal y como herramienta para el monitoreo y evaluación, así como el trabajo en equipo fortalecido por el componente tecnológico.

La capacitación fue importante para lograr el empoderamiento de las poblaciones clave, así como el aprender, y compartir conocimientos y asociarlos a mejora en la innovación de los procesos. Para la difusión de información se creó la editorial LazoAdentro con identificación propia del CNP, que ha facilitado la elaboración de

publicaciones, las cuales se han divulgado en las ferias y eventos editoriales y para el almacenamiento de la información se han utilizado las tecnologías de información y la comunicación (TICs). La autora de esta investigación reconoce la contribución de la gestión del conocimiento para la innovación social y como herramienta para empoderar a las poblaciones.

4.1.4 Organización de la sociedad civil en el contexto sociopolítico de Cuba

¿Cómo acceder a las poblaciones clave, ante la ausencia de organizaciones no gubernamentales que las agruparan?

En la mayoría de los países del mundo la sociedad civil está incorporada a organizaciones no gubernamentales y desde allí, brindan servicios de prevención y atención del VIH. En Cuba, la integración de la sociedad civil a la estrategia de prevención del VIH, constituyó un reto, al no contar con organizaciones que agruparan a las poblaciones clave, más la presencia de tabúes, estereotipos y homofobia en la población. En este marco, se decidió como primer paso organizar estas poblaciones.

La organización comunitaria es un medio a través del cual la comunidad identifica sus necesidades y objetivos, los canaliza, desarrolla confianza y el deseo de hacer algo en conjunto, procura los recursos y para ello emprende acciones y desarrolla actitudes y prácticas de cooperación y colaboración.¹⁴⁴ En el proceso de organización comunitaria vinculada al tema de VIH implementada en Cuba, se partió de una revisión teórica y de la experiencia práctica, que aportó tres dimensiones: organizativa, estratégica y técnica.

La dimensión organizativa tiene como categoría la identidad organizacional/jurídica de cada uno de los grupos de población, los indicadores estarían representados por los resultados de las líneas de trabajo formadas en cada uno de ellos.

La dimensión estratégica presenta como categorías: el orden jerárquico, las estructuras y las relaciones entre las instituciones que las representan, las formas de participación de las comunidades (directa y formal), el ambiente de trabajo (cooperativo y solidario), el alcance nacional, el nivel de cohesión social y las fuentes de financiamiento. Los principales indicadores serían los objetivos, la misión y la estructura organizativa, el presupuesto disponible, el número de sectores y promotores/as y consejeros/as participando, y las normativas jurídicas existentes, entre los principales aspectos.

La dimensión técnica incluye como categoría la formación de los recursos humanos, la elaboración e implementación de políticas públicas, la creación de espacios libres de estigma y discriminación y las evaluaciones. Los principales indicadores serían número de personas formadas, espacios libres y niveles de estigma y discriminación, así como creado el observatorio para monitorear las manifestaciones existentes sobre el tema, entre otros.

A partir del concepto de organización comunitaria, se propuso crear en el CNP, con carácter nacional, una línea de trabajo específica para cada grupo de población y seleccionar equipos coordinadores de prevención integrados en los diferentes niveles del sistema de salud. El equipo de especialistas del CNP trabajó en el diseño de la organización de estas comunidades, a esta etapa se le denominó

“hacer de puente” ¹⁴⁵, se inició con las personas que viven con VIH; luego con adolescentes y jóvenes en las escuelas y después en las comunidades. Más tarde se creó la línea de mujeres, la línea de hombres que tienen sexo con hombres, la de personas que practican el sexo transaccional y más tarde la de personas transgénero, que según investigación exploratoria realizada por la Oficina Nacional de Estadísticas e Investigaciones (ONEI) el universo es de aproximadamente 3 700 en todo el país.¹⁴⁶ La autora tiene el criterio que la conformación paulatina de las líneas de trabajo, y el enfoque de trabajo en proyectos, fue una buena táctica ya que el equipo de especialistas a cargo de las intervenciones adquirió herramientas y experiencias útiles para desarrollar su labor y la adquisición de conocimientos fue recíproca.

Paralelamente, se realizaron acciones de sensibilización y actualización dirigidas al personal de los diferentes actores de la sociedad cubana, apoyadas por la voluntad gubernamental, lo que conllevó a la aprobación del acuerdo 995/2007 de la Comisión Política Económica del país relacionada con la prevención del VIH en población HSH, la autora valora que a partir de ese momento se oficializó el trabajo que se venía desarrollando; este procedimiento se identificó con *“echar un puente”*.

El tercer procedimiento identificado *“como cruzar el puente”*, incluyó la organización y extensión del trabajo de prevención de cada grupo entre sus pares, la organización de las poblaciones transgénero, apoyada por políticas que fortalecieron el enfoque de género y derechos, como lo es el Código de las Familias y el Código del Trabajo, entre otros. El aporte consiste en la metodología empleada para lograr la organización comunitaria, con un enfoque sistémico, con integridad

organizacional gestionado a través de redes de participación en salud de las poblaciones, que han establecido vínculos entre ellos y relaciones de confianza, reciprocidad y cooperación entre los integrantes. Entre los resultados relevantes se encuentran el control que tienen estos grupos sobre las actividades, que se realizan, la cooperación coordinada, la resolución de conflictos, la movilización y gestión, la legitimización de líderes con funciones de gestión administrativa y el trabajo en equipos.

4.1.5 Incorporación de las poblaciones clave a los procesos de toma de decisiones relacionados con la epidemia de VIH.

¿Cómo integrar la sociedad civil a la toma de decisiones relacionada con la estrategia de prevención del VIH en el contexto sociopolítico y cultural del país?

La integración de la sociedad civil a la toma de decisiones relacionadas con la epidemia, desde su posición de ONGs, en las experiencias revisadas, están marcadas por demandas y reclamos de mayor atención y participación. La integración desde la perspectiva de este estudio, valora la cogestión (participación en las decisiones) con el fin de alcanzar objetivos comunes, sin perder su autonomía y representando de forma permanente al grupo de pertenencia.

Este proceso se fundamenta en la acción colectiva,¹⁴⁷ definida como actividades que requieren del esfuerzo coordinado de dos o más individuos, que puede ser espontánea o requerir de una institución centralizada, un gobierno que suministre el bien colectivo. Existen modelos paramétricos y estratégicos que la fundamentan, entre los primeros se destaca el de Marcur Olson elaborado en 1965, considerado

el punto de partida de numerosas teorías posteriores, plantea que, los individuos deciden su participación en acciones de carácter colectivo a partir de un cálculo de costes - beneficios, sin tener en cuenta el comportamiento del resto. Señala que la decisión individual acerca de la participación es una decisión en un entorno paramétrico. Años más tarde el gran avance teórico lo aportó la teoría de juegos de Fernando Aguiar en 1991, la cual permite la consideración de entornos estratégicos de decisión (los individuos tratan de anticipar el comportamiento de los demás. Por su parte Carlos Marx aboga por el logro de la alineación de los individuos a un interés común dejando a un lado sus intereses individuales y aplicó ambos modelos para explicar el cambio macrosocial.¹⁴⁸

En la actualidad entre los modelos estratégicos se destacan los relacionados con las redes sociales y la posición de los individuos dentro de estas redes se destaca el modelo de Suk Young Chwe, elaborado en 1999, que centra su análisis en la interacción entre los actores y le da importancia a la comunicación.¹⁴⁹

La autora de este estudio plantea que, para lograr la integración de la sociedad civil a la elaboración, implementación y evaluación del Plan Estratégico Nacional (PEN), se llevaron a cabo cuatro procedimientos (diseño del plan, organización, movilización de recursos y alianzas con los sectores sociales) y se realizaron diversas acciones: entre las que se destacan: el diagnóstico a través de la matriz DOFA, la creación de estructuras organizativas, de espacios de diálogo y negociación, tener la sociedad civil representada en GOPELS, la formación técnica del personal de salud, de otros sectores y de la sociedad civil, el otorgamiento de medios para facilitar su trabajo e incentivos para la motivación,

actualización de las normas legales y acciones para disminuir el estigma y discriminación y participación en los diferentes proyectos, algunos de ellos con financiamiento externo. La integración de la sociedad civil a la toma de decisiones ha construido el capital social (confianza, ayuda recíproca y cooperación), que constituye la base conceptual del empoderamiento comunitario.¹⁵⁰

La contribución de la integración de la sociedad civil a la práctica, se evidenció durante la pandemia de COVID-19, la respuesta fue decisiva para mitigar los efectos en la atención de salud a las poblaciones clave, se mantuvieron los principales servicios comunitarios de prevención y se brindó apoyo psicológico y social a través de las redes, lo que constituye una experiencia valiosa para dar respuesta a nuevas emergencias sanitarias.

4.2. Mejora continua de la calidad de la atención

¿Cómo lograr la mejora continua de la calidad de la atención a las poblaciones clave?

La mejora continua es un enfoque para elevar la calidad y eficiencia de los resultados en los procesos operativos, se basa en la revisión de los problemas, reducción de los costos, la racionalización y otros factores que permiten la optimización de la atención.¹⁵¹ Los aportes identificados en esta área son:

4.2.1 El abordaje integral y priorizado del componente preventivo: en especial la triada Información. Educación Comunicación (IEC); el uso de la investigación social en general, incluidos los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP),

han aportado valiosos resultados como el diagnóstico basal y posterior monitoreo de las acciones y han generado modificaciones en la estrategia, en las políticas sociales y programas específicos de atención, educación y prevención de estos grupos. También el estudio de los mitos, tabúes, creencias y de la mercadotecnia social, han derivado en la creación de instituciones ad hoc o de nuevas funciones en instituciones ya establecidas.

4.2.2 El redimensionamiento, sistematización y vinculación de la vigilancia epidemiológica tradicional y la vigilancia de segunda generación, ésta última comprende los estudios sobre los comportamientos sexuales de la población cubana realizados sistemáticamente por la ONEI y la ENSAP, los cuales han complementado el conocimiento sobre las poblaciones clave, lo que ha permitido redireccionar las acciones y recursos a personas y espacios más necesitados y lograr mayor impacto.

4.2.3 La atención a las diferentes redes (el reconocimiento social, la continua preparación técnica, la evolución de las poblaciones clave hacia proveedores de salud, la expresión comunitaria, los vínculos internacionales que brindan apoyo técnico- financiero y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (a través de las redes sociales y celulares) han contribuido al trabajo sostenido en el tiempo en la prevención, lo que garantiza un equipo con experiencia para desarrollar este enfoque.

4.2.4 La vinculación de la atención médica con la alta tecnología y biotecnología, que ha sido posible por la voluntad política de crear el Sistema de Ciencia e Innovación Tecnológica para la Salud (SCITS), que tiene como principios la interdependencia entre la docencia, los servicios y la investigación y la incorporación de los avances científicos a la práctica social. Este enfoque permite estudiar los problemas y las necesidades de salud en los tres niveles de atención (primario, secundario y terciario) con alternativas de solución de acuerdo con una perspectiva sectorial, intersectorial, multidisciplinaria y con apego a la cultura local.¹⁵²

La estrategia de prevención del VIH es una de las prioridades establecidas por el MINSAP, por ello las necesidades identificadas en cada uno de los períodos se han vinculado al quehacer de los centros científicos y académicos, para su abordaje. Entre los resultados científico técnicos obtenidos se destacan nuevos conocimientos, productos, mejoras en los servicios de salud, los procedimientos y las tecnologías, que han sido generalizados e introducidos a la práctica social, como el sistema ultramicroanalítico (SUMA) para el tamizaje masivo de VIH1 y VIH 2, disponible en policlínicos, hospitales, bancos de sangre e institutos de investigaciones, que ha permitido la realización de 2 millones de pruebas cada año.¹⁵³

El uso de LeukoCIM (biofármaco estimulante de colonias granulocíticas) nivel de la APS, la producción de Western Blot por LISIDA; el proceso de bioequivalencia y estabilidad de seis antirretrovirales, a partir de materias primas adquiridas en el exterior por el Centro de Investigaciones y Desarrollo de Medicamentos de Cuba (CIDEM, 2001; anticuerpos CD6 y CD8 del Centro Laboratorio de anticuerpos

monoclonales en animales de experimentación en Santiago de Cuba para incorporar a los sistemas diagnósticos cubanos; los interferones producidos en el Centro de Investigaciones de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB) para uso en los tratamientos terapéuticos de los enfermos de sida. Se iniciaron las investigaciones sobre una posible vacuna cubana, que similar a lo ocurrido en el mundo, no se pudo obtener.

La integración entre los centros de investigación y de prestación de servicios científico-tecnológicos, las unidades de desarrollo e innovación, las universidades y las instituciones asistenciales permitió que las PVV tuvieran acceso a una **medicina altamente calificada, con servicios y productos de alta tecnología.**

4.3 Transferencia de tecnologías

Se mencionan dos aportes: la metodología para implementar la estrategia de género y la sub estrategia para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita.

4.3.1. Estrategia de género en apoyo al componente educativo de la Respuesta Nacional a las ITS-VIH/sida

¿Cómo abordar las desigualdades de género en la sociedad cubana, que constituyen barreras para el acceso de las poblaciones clave a los servicios de prevención del VIH?

Basados en el conocimiento de la influencia que tiene en la transmisión de la epidemia de VIH las relaciones de género, se ha trabajado en la aplicación de este enfoque con énfasis en las poblaciones clave. Se partió de estudio diagnóstico

sobre las desigualdades de género, los prejuicios, estereotipos y patrones socioculturales existentes, por constituir barreras para el acceso a la información, la atención y los servicios de prevención.

La transversalización del enfoque de género evalúa las implicaciones de cualquier acción desarrollada en los programas sobre los diferentes géneros. Los fundamentos teóricos para su implementación los ofrecen, en el marco internacional, el Plan Nacional de Acción y Seguimiento a la IV Conferencia sobre la Mujer, Beijing (1995),¹⁵⁴ la Estrategia de Igualdad de Género 2022-2025 del PNUD,¹⁵⁵ y el Programa de Certificación de Sistema de Gestión de Calidad en Equidad de Género,¹⁵⁶ (éste data de los últimos 10 años y se realiza en la región en diferentes países). En el marco nacional, la estrategia Integral contra la Violencia de Género,¹⁵⁷ y el Programa Nacional para el Adelanto de las Mujeres, anteriormente mencionado.

Para la transversalización del enfoque de género, se establecieron tres procedimientos básicos: el grupo gestor de género, la estrategia de género y el modelo igualdad de género es salud. El grupo gestor de género como coordinador técnico intersectorial e impulsor de la igualdad de género, contribuye con herramientas metodológicas a llevar este enfoque a la práctica profesional. Se destacan en los resultados de su trabajo la preparación técnica de personal de salud y otros sectores en el tema, propuesta de políticas públicas vinculadas a respuestas más efectivas en la prevención el VIH (mercadeo social de condones para poblaciones clave, identificación de desigualdades de género prioritarias que han sido abordadas a través de proyectos de desarrollo, generación de entornos

potenciadores de género, la sistematización de los espacios de reflexión, entre ellos el Simposio de masculinidades organizado en Santiago de Cuba anualmente.

La estrategia de género 2013-2017,¹³¹ en su concepción, abordó dos grandes problemáticas, la existencia de comportamientos y patrones sexistas en la población y el insuficiente análisis de género en las acciones de prevención de las ITS y el VIH en la atención primaria de salud, lo que conllevó la definición de cinco líneas estratégicas y el incremento de la formación del personal de salud para su implementación. Se desarrollaron experiencias formativas intensivas, se reforzó el enfoque de género en los productos comunicativos y documentos elaborados, y se fortalecieron los vínculos institucionales y los intercambios nacionales e internacionales con centros identificados con experiencia en el tema. Valora la autora que este trabajo fortaleció la perspectiva de género en el componente educativo del Plan Estratégico Nacional (PEN) y el apoyo intersectorial, con una proyección comunitaria, pero le faltó la incidencia política para lograr su reconocimiento por los directivos, y la extensión y la ampliación de su alcance o una mayor difusión dentro del sector de la salud.

El modelo Igualdad de género es salud (IGES),¹³² elaborado por el grupo gestor de género, constituye una guía para la transversalización del enfoque de género en las instituciones de salud, abarca las áreas de, selección y contratación del personal, desarrollo técnico-profesional, conciliación de la vida laboral, familiar y corresponsabilidad, ambiente laboral, comunicación inclusiva e imagen no sexista, prevención y atención de la violencia de género. Las instituciones optan por la certificación, de alcanzar esta condición, transitan por cinco niveles que son: Nos

comprometemos, construimos, avanzamos, consolidamos y la igualdad, según el cumplimiento de los indicadores propuestos. Su contribución a la salud pública cubana radica en la existencia de un modelo elaborado e implementado en áreas piloto para fortalecer el enfoque de género.

4.3.2. Estrategia de eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y sífilis congénita.

¿Cómo detener y/o eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH?

La transmisión maternoinfantil del VIH se define como aquella que ocurre durante el embarazo, en el parto y la lactancia materna, por ello una de las interrogantes de la estrategia de prevención del VIH, fue el derecho a la gestación en las mujeres seropositivas, ya que era alta la probabilidad que el niño/a fuera infectado en el canal del parto y/o lactancia materna.¹⁵⁸ Existieron criterios controvertidos sobre la realización de la cesárea, lactancia materna, los insuficientes servicios de salud y los escasos recursos humanos en países en vías de desarrollo donde estas acciones no se garantizaban dada la situación económica social existente. En Cuba, la situación fue diferente, ya contaba con un programa de reducción de la mortalidad infantil desde 1970, que evolucionó junto al desarrollo del sistema nacional de salud y en 1980 devino en el Programa de Atención Maternoinfantil, fortalecido en 1984 con el Programa de Medicina Familiar.

En 1987, se implementó la subestrategia de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (TMI),¹⁵⁹ que incluía el estudio de las gestantes en el primer trimestre del embarazo, constituyéndose este grupo en población centinela. Los

objetivos de la estrategia de prevención de la transmisión maternoinfantil estuvieron centrados en:

- Prevenir la infección por VIH y la sífilis congénita a través de la atención integral a la mujer en la etapa preconcepcional, y a la gestante en el embarazo, en el parto y post parto.
- Ofrecer atención y seguimiento al recién nacido de madres seropositivas al VIH.

La estrategia aplicada tiene un enfoque preventivo, se identifican como categorías la eliminación, transmisión, maternoinfantil y VIH, que según la Organización Mundial de la Salud, que alcanza cuando las tasas de infección son llevadas a niveles tan bajos que dejan de ser problema para la salud pública, en el caso del VIH se define cuando la TMI ≤ 2 % de niños nacidos de madres positivas al VIH, o cuando se alcanza la tasa de infección pediátrica por el VIH de $\leq 0,3$ casos por 1000 nacidos vivos, y para la sífilis congénita cuando la incidencia se reduce a 0,5 casos por cada 1 000 nacidos vivos o menos (incluyendo los mortinatos).

El marco teórico se sustenta a nivel internacional en las orientaciones y directrices de la OMS, ONUSIDA, UNICEF y el FM, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, 2015), así como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El marco nacional, lo conforman normas, programas y directrices que han sido actualizados u oficializados a través del tiempo, tales como la Constitución de la República de Cuba, el Plan de Acción y Seguimiento a la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, el Programa de Adelanto a las Mujeres, la Estrategia integral de prevención y atención a la violencia de género y el entorno familiar, el código de procesos y la

ley de proceso penal, además los programas de salud referentes a la salud de la mujer y el/la niño/a, la salud sexual y reproductiva (SSR), la prevención de las ITS-VIH y el programa nacional de atención integral a la salud del adolescente, antes mencionados.

Se identifican como procedimientos fundamentales la vinculación de los programas PAMI, SSR, prevención del VIH, atención integral a la adolescencia, Cada uno de estos procedimientos tienen acciones específicas que actúan de forma sinérgica para alcanzar los objetivos, que incrementan el alcance a las poblaciones y optimizan los recursos humanos y materiales. A su vez la interrelación entre un procedimiento y el siguiente, radica en la garantía del acceso universal al diagnóstico, atención tratamiento y prevención que ofrece cada uno de los programas, con acciones que van desde la educación, transitan por la atención hasta la rehabilitación y apoyo.

La transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita es mínima, Cuba fue declarada por la Organización Mundial de la Salud “primer país libre de transmisión materno infantil de VIH y sífilis congénita” en el 2015, ratificada en el 2017, 2019 y 2021, han contribuido a estos resultados, factores políticos, socio-sanitarios, la respuesta intersectorial y de la sociedad civil con el apoyo de los organismos internacionales.¹⁶⁰

Su contribución a los conocimientos y la práctica de la salud pública está dado por la continuidad en la educación y la atención que brinda la interrelación de varios programas, la vigilancia comunitaria establecida por personal de salud y sociedad

civil, el seguimiento serológico a las gestantes en los tres trimestres, incluyendo a sus parejas sexuales.

4.4. Conclusiones del capítulo

Los aportes de la estrategia de prevención del VIH a los conocimientos y la práctica de la Salud Pública cubana, han respondido a la solución de problemas específicos y considera la autora que algunos corresponden al campo teórico, otros a la práctica o como contribución a la teoría y la práctica a la vez, también pueden aplicarse a otras estrategias y programas de salud.

DISCUSIÓN

Desde el comienzo de la epidemia de VIH, a nivel mundial, la evolución de las estrategias de prevención ha transitado por varias etapas; la etapa inicial centrada en el riesgo y la responsabilidad individual siendo la respuesta el suministro de información y las campañas de concientización, sin embargo, a medida que avanzaba la epidemia, los conocimientos y la conciencia no producían los cambios esperados en los comportamientos de las personas. Esto evidenció la necesidad de profundizar en el contexto social que influye en el comportamiento sexual y en las barreras socioculturales, políticas y jurídicas entre otras, que inhiben las prácticas sexuales seguras.

Por otra parte, las estrategias de prevención del VIH en el mundo y en la región han ido evolucionando, no de forma homogénea, pues hay factores como la voluntad política de algunos gobiernos y los factores económicos y sociales, que han limitado el curso acelerado para poner fin a la epidemia.

La autora de este estudio considera que los antecedentes históricos de la estrategia de prevención a nivel mundial muestran un fuerte movimiento de políticos, técnicos, científicos y sociedad civil sin precedentes en la salud pública, en la búsqueda de soluciones para mitigar el impacto de esta enfermedad, sólo comparable con el generado durante la COVID-19, sin embargo, quedan asuntos pendientes, como el descubrimiento de la vacuna y el acceso equitativo a los nuevos avances, entre otros.

Hasta mediados de los años noventa, la respuesta a la epidemia se concentraba en la prevención (educación), ante la ausencia de opciones terapéuticas efectivas, a partir del advenimiento de los antirretrovirales, la Asamblea General de las Naciones Unidas la Declaración en la Sesión Especial sobre VIH/sida (2001) concluyó que era vital el acceso equitativo tanto a la prevención como a la atención, aspecto que estuvo presente en la concepción de la estrategia cubana desde inicios de la epidemia.

Cáceres¹ en el artículo Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional, señala que la prevención en la mayoría de los países latinoamericanos continúa siendo fundamentalmente contra el sida y en menor cuantía dirigida a la prevención del VIH, la autora de este estudio considera que la estrategia cubana de prevención estuvo dirigida de manera armónica a la prevención de la infección y de la enfermedad.

En la revisión documental sobre las estrategias de prevención del VIH, se pudo constatar la variedad de programas preventivos desarrollados acorde a las características de la epidemia de VIH en cada país. A criterio de la autora existen características específicas de la estrategia cubana y diferencias y similitudes con las estrategias de prevención del VIH implementadas en otros países como Brasil, Estados Unidos y México, que pueden analizarse tomando en cuenta el contexto sobre el que se pretende incidir y la especificidad del objeto de transformación: (enfoques de las estrategias de prevención del VIH).

El contexto político económico y cultural, varía de un país a otro, los recursos disponibles difieren también, en sentido general, coinciden las poblaciones clave (HSH y las mujeres trans), vale destacar que Cuba y México reportan las menores cifras de prevalencia del VIH (0,4 %).

Los modelos de Brasil y el de Estados Unidos, se basan en el suministro universal de antirretrovirales, en el primer caso fue uno de los países de la región que ofertó el tratamiento gratuito, (junto a Argentina), en su estrategia se adicionan políticas sociales progresistas enfocadas hacia las poblaciones clave, y la colaboración con las ONGs, El segundo caso centra su objetivo en reducir las disparidades y lograr una respuesta más coordinada entre los diferentes actores participantes. y el diagnóstico inmediato y acceso temprano al tratamiento; ambos países han avanzado en la terapia pre exposición (PrEP) dirigida a las poblaciones clave.

La estrategia cubana se ha desarrollado sobre la base de un sistema social que promueve la justicia social y un sistema de salud accesible, gratuito, regionalizado, con una atención primaria de salud fortalecida e intersectorialidad; desde sus inicios ha tenido un enfoque combinado e integral, focalizada y a gran escala, la distingue la cobertura universal, con un fuerte componente de vigilancia epidemiológica, que incluye la vigilancia de primera, segunda generación y la comunitaria (a través de la enfermera encuestadora y las redes de poblaciones clave). La atención médica, ha transitado desde la sanatorial solamente hasta la de hospital de día y la ambulatoria. El enfoque de la prevención ha sido esencialmente intersectorial y comunitario, ha estado dirigido a la población general con énfasis en las poblaciones clave, sus familias, con un fuerte movimiento del voluntariado a lo largo y ancho del país. Ha

sido distintivo el uso de las investigaciones sociales desde el inicio de la epidemia, junto a las epidemiológicas y biomédicas.

A partir de la sistematización realizada, la autora identifica que algunas de las medidas orientadas por los organismos internacionales, en Cuba ya se estaban realizando como por ejemplo el estudio de las parejas sexuales de las PVV, el enfoque de prevención combinada.

La complejidad de esta epidemia ha puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar la interdisciplinariedad y de la trasndisciplinariedad en las acciones desarrolladas, que en cada país ha tenido características diferentes de acuerdo a su contexto. La estrategia cubana de prevención del VIH explicita estos elementos lo que le ha permitido abordar el VIH en un contexto más amplio y promover el cambio cultural y social, por ello los enfoques, las herramientas, metodologías y procedimientos aplicados constituyen aportes a la salud pública y su divulgación es fundamental para lograr las metas de generaciones libres de VIH.

Algunos indicadores de los países seleccionados, que constituyen determinantes sociales de la salud, forman parte de la singularidad de los antecedentes y de la fundamentación de la estrategia de prevención del VIH en:

- La tasa de alfabetización (2021) en Cuba en adultos es de 99,7 % en adultos, Estados Unidos con un 99%, México con 95,2 % en adultos y Brasil con un 94,3 % en adultos.¹⁶¹
- El sistema nacional de salud en Cuba es único, accesible, gratuito, con una estructura que tiene como base los programas de prevención se destacan las

acciones desarrolladas por el médico y la enfermera de la familia en la atención primaria de salud, con un enfoque de salud integral, de equidad e interrelación con otros programas sanitarios.

- Ante la situación económica. en desventaja con los países seleccionados, se constata en Cuba, el desarrollo del polo científico, para desarrollar medios diagnósticos, productos y medicamentos, entre otros, que han dado respuesta a los problemas confrontados.
- El tema de atención médica y acceso a tratamientos se presenta de forma recurrente en foros y eventos internacionales, a lo largo de todos estos años, en Cuba los problemas confrontados en este ámbito han tenido respuesta con la actuación rápida gubernamental y el apoyo de los organismos internacionales.
- La estructura de la sociedad cubana facilita y fortalece la integración de los sectores sociales en el abordaje de cualquier problema de salud, no se concibe la respuesta sin la participación. Intersectorial.
- La cultura de participación en salud y trabajo voluntario desarrollados en Cuba desde 1959 hasta la fecha, han contribuido a la conciencia y el compromiso de la población a detener y eliminar esta enfermedad, apuntando a la sostenibilidad.

Los estudios de periodización revisados han empleado el método histórico lógico para analizar la evolución del objeto de estudio, argumentar los hechos e identificar los periodos y/o etapas y utilizan los hechos importantes para marcar límites en el tiempo.^{162, 163} La estrategia cubana de prevención del VIH se ha desarrollado en un contexto político, social y económico singular dado por el embargo al que ha estado sometido el país. A partir de lo revisado en la estrategia de prevención, es posible

plantear cuatro periodos: preparación y primeros pasos (1983-1996) caracterizado por la preparación de los recursos humanos y materiales, la organización del proceso y la priorización de la atención médica. El fortalecimiento de la estrategia (1997-2007) periodo que se distingue por la participación de la población, alcanzando la extensión comunitaria; la descentralización de los servicios hacia las provincias y municipios como tercer periodo (2008-2018) y la reorientación de la estrategia post COVID-19 (2019-2022) que apunta a perfeccionar los procesos y desarrollar sistema de salud resiliente ante nuevas epidemias.

El desarrollo de la estrategia de prevención muestra una evolución en espiral ascendente, se mantiene la formación de los recursos humanos, se modernizan las tecnologías, se crean nuevos productos y se fortalecen las instituciones en la mejora continua de los servicios dirigido a las poblaciones clave, aún ante el incremento de las dificultades económicas presentadas en los últimos años, como expresara Delgado García G. en su artículo “Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana: una propuesta de periodización”, no han dejado de funcionar ninguna de las unidades del sistema nacional del país.¹¹⁷

En cada uno de los periodos, la participación de la sociedad civil se fue incrementando y constituye uno de los pilares para la sostenibilidad de los servicios y la mejora continua de la atención. Como destaca Juan Vela Valdés, en su tesis de doctorado relacionada con la “Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba. 1959-2014”: sin la participación de profesionales no médicos, no se hubiesen alcanzado muchos de los logros que hoy presenta el sistema de salud, lo que la autora añade también a la sociedad civil.⁹⁶

Se destaca en la periodización de la estrategia, el tránsito paulatino hacia el abordaje de los factores estructurales como elemento importante en la prevención. En la evolución de la estrategia, se distinguen tres elementos básicos: lo contextual-vivencial dado por la construcción del conocimiento, ante una enfermedad no conocida, desde la experiencia internacional sobre la base arraigada de la cultura nacional; lo ético normativo ya que se establecieron normas o criterios para determinar las conductas, valores que garantizaran la justicia social hacia las personas afectadas por el virus y cognitivo instrumental donde se privilegió la utilidad de la acción priorizando el fin ante que los medios.

En estudio realizado por Fuentes Beltrán L y cols,¹⁶⁴ desde una perspectiva de género, identificaron tres momentos fundamentales en la respuesta nacional a la epidemia de VIH en Cuba , a inicios dirigida al enfoque individual y manejo clínico de los casos, un segundo momento dirigido al enfoque de vulnerabilidad social y un tercero caracterizado por la transversalización del enfoque de género en apoyo al componente educativo y menciona como hechos importantes la atención médica, la creación del CNP, la introducción de la terapia antiretroviral y la implementación de la estrategia de género, elementos que reflejan la inserción de la perspectiva de género y que coinciden con los resultados de esta investigación.

En el artículo “Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia de VIH/sida” elaborado por Claudio Bloch¹⁶⁵, se describen los aportes desde las ciencias aplicadas a la salud pública a partir de la aparición del VIH, plantea que están relacionados con los conceptos provenientes de las ciencias sociales, de la epidemiología, de la gestión de los servicios de salud y de

la planificación estratégica y reconoce que han aparecido nuevas herramientas epidemiológicas, el desarrollo del concepto de vulnerabilidad, la intervención activa de las personas afectadas, la autonomía de los sujetos como elemento esencial en la atención de las personas infectadas y la democratización de las prácticas en salud. La autora coincide con estas afirmaciones y valora que uno de los mayores retos ha sido encontrar cómo introducir cada uno de ellos a la práctica en los diferentes países; de ahí la importancia del presente estudio.

Si bien la salud pública en Cuba ofreció una sólida plataforma, antes descrita, para la implementación de la estrategia de prevención del VIH, (lo que se puede considerarse una contribución) ésta también le ha proporcionado aportes, ambas se han beneficiado. Se identifican aportes en tres áreas: la de gestión innovadora, la de mejora continua de la calidad de la atención integral y la de transferencia de tecnologías; el análisis de los mismos dan respuesta al desafío planteado.

En la evaluación independiente a la estrategia multisectorial integrada para la prevención y control del VIH/sida en Cuba en el periodo 2004-2013,¹⁶⁶ realizada por la Escuela de Salud Pública, se le otorgó particular importancia a la percepción que tenían los grupos metas de los servicios y los procesos de atención, al desarrollo de capacidades para la gestión del conocimiento personal e institucional. Entre los hallazgos se mencionan: la mejora en los servicios de atención, sociales y de salud a los infectados y afectados, en la calidad de vida de las PVV, en la sensibilización de personas, grupos y organizaciones, en la reducción de la percepción de estigma y discriminación hacia las poblaciones clave y el uso avanzado de la tecnología biomédica, social y sanitaria. Se destacó la integración de las poblaciones clave de

manera armónica y la efectividad de la estrategia implementada a través de cambios positivos en el comportamiento de la epidemia, tales como la reducción de la incidencia de sida, tasas de prevalencia estimada baja y lenta progresión.

La autora considera que estos hallazgos tributan información a los resultados del presente estudio y fundamentan el análisis de los aportes a la salud pública cubana. La autora destaca que la interrelación entre la salud pública como base, el sistema nacional de salud como ejecutor y líder técnico, la respuesta ampliada de los sectores sociales a la epidemia como ejemplo de la aplicación real de la intersectorialidad y la participación activa de las poblaciones clave en todos los procesos le imprimen singularidad a la estrategia cubana de prevención del VIH y constituye una experiencia alentadora para su extensión a otros programas y dar respuesta otros problemas de salud.

CONCLUSIONES

- La respuesta al VIH constituye uno de los grandes desafíos de la salud pública por ser una enfermedad desconocida, que conmocionó a la humanidad. Los antecedentes históricos y fundamentos teóricos de la estrategia de prevención del VIH, están relacionados con los principios expresados en Salud para Todos (continuidad de la atención, desarrollo de un sistema de atención primaria de salud, intersectorialidad y participación), además de las teorías y modelos que le sirven de base.
- Los cuatro períodos identificados en la evolución de la estrategia de prevención, tienen en común la voluntad política sostenida, el fortalecimiento de los recursos humanos, el incremento de la participación de los sectores sociales y la sociedad civil y como particularidades, la prioridad por la atención médica, en el primer período; la extensión del enfoque comunitario, en el segundo; la descentralización de los servicios de atención y prevención, en el tercero y en el cuarto, la reorientación de la estrategia post COVID-19 que incluye la extensión de las nuevas tecnologías.
- Se identifican como aportes teóricos los nuevos conocimientos alcanzados, las metodologías elaboradas e implementadas para redimensionar la prevención desde una visión predominantemente institucional hacia una perspectiva caracterizada por el liderazgo y empoderamiento comunitario.
- Constituyen aportes prácticos la implementación de la estrategia de prevención consensuada y sustentada en la prioridad otorgada por el Estado, que articula la

identificación de las necesidades y demandas de las poblaciones clave con la atención médica, psicológica y social regida por altos estándares internacionales, en las áreas de la gestión innovadora, mejora continua de la calidad de la atención, y la transferencia tecnológica, donde el trabajo intersectorial se convirtió desde el inicio en el principio rector para la acción.

- Aunque se han alcanzado progresos, los cambios epidemiológicos, tecnológicos y contextuales acaecidos en los últimos diez años junto al aprendizaje, las innovaciones y los nuevos conocimientos alcanzados en el área del VIH imponen nuevos retos para lograr la sostenibilidad de la estrategia de prevención en el ámbito médico, científico y social.

RECOMENDACIONES

- Presentar a los directivos del programa los resultados de la investigación haciendo énfasis en la sostenibilidad de los indicadores alcanzados, las necesidades de mejora en áreas fundamentales como el acceso a los servicios de las poblaciones clave, el mercadeo de condones y el cumplimiento de la cascada de atención y prevención.
- Reorientar las estrategias y metas del Plan Estratégico Nacional para atenuar los impactos negativos de la pandemia, teniendo en cuenta la situación económica nacional y los compromisos internacionales como la terapia PrEP, metas 95-95-95 y generaciones libres de VIH.
- Divulgar los aportes de la estrategia de prevención del VIH a la Salud Pública entre los principales actores en el contexto nacional e internacional, para que puedan ser aplicados en otros programas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cáceres CF. Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y Caribe: una revisión de la experiencia regional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. [Internet]. 2004 Nov-Dec [citado 3 Oct 2022]; 20(6):1468-85: [aprox. 21 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xzr6JyfiMJPxckBWW7xzzGd/?format=pdf&lang=es>
2. Organización Panamericana de la Salud. Módulo de Principios de la Epidemiología para el Control de Enfermedades MOPECE [Internet]. Washington D.C: Ops; 2002. [citado 4 Oct 2022]; [aprox.9 p.]. Disponible en: <https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE6.pdf>
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe de brechas en prevención. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2016. [citado 5 Oct 2022]. Disponible en: https://onusidalac.org/1/images/prevention-gap-report-summary_es.pdf
4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Enfrentando las desigualdades: Lecciones para la respuesta a pandemias de 40 años de la respuesta al sida. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2022. [citado 5 Oct 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_es.pdf

5. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Invertir en prevención del VIH. Un cuarto para la prevención del VIH. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2015. [citado 5 Ene 2023]. Disponible en:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_es.pdf

6. García Abreu A, Noguer I, Cowgill K. El VIH/sida en países de América Latina. Los retos futuros. Rev. Esp. Salud Pública. [Internet]. 2005Jun. [citado 20 Nov 2022]; 79(3):421: [aprox.15 p.]. Disponible en:

<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n3/resena2.pdf>

7. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Informe por el Día Mundial del sida. Desigualdades peligrosas [Internet]. Ginebra: Onusida; 2022. [citado 6 Ene 2023]. Disponible en:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/dangerous-ineq_es.pdf

8. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. La Reunión Ministerial de la Coalición Global para la Prevención del VIH: Prevención del VIH 2021-2025, haciendo balance y planificando el futuro. [Internet]. Ginebra: Onusida/Unfpa; 2020. [citado 12 Nov 2022]. Disponible en:

https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2020/11/TARGET1_116429ENES_Report-GPC-Ministerial-meeting-Nov_2020_-final_ES-ABV.pdf

9. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Acceso universal a medicación puntera en Brasil. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2017. [citado 5 Nov 2022]. Disponible en:
https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170714_brazil
10. Narciso da Silva Company L, Murta Amaral D, Nascimento de Oliveira Lemos dos Santos R. VIH/sida en Brasil: la feminización de la epidemia en análisis. Rev Bioét. [Internet]. 2021 Jun. [citado 27 Ene 2023]; 29(2):374-83. [aprox.18 p.]. Disponible en;
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/59QZ8jvL3p5Kq6qJnSKqdrJ/?lang=es&format=pdf>
11. The White House. Estrategia Nacional contra el VIH/sida para los Estados Unidos actualizada hasta el año 2020. [Internet]. Washington D.C: The White House; 2015. [citado 12 Nov 2022]. Disponible en:
https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/docs/estrategia_nacional_contra_el_vih_sida_2020.pdf
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. El VIH en los Estados Unidos y áreas dependientes [Internet]. Atlanta, GA: Cdc; 2020 [citado 12 Nov 2023]; [aprox.7 p]. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/pdf/statistics/cdc-hiv-us-ataglance-es.pdf>

13. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH. La Habana: Minsap; 1986.
14. Terry Molinert H. Cuba enfrenta al sida. Período 1983-1993. En: Congreso Internacional de Promoción de la Salud. La Habana, Cuba: Palacio de las Convenciones; 2014.
15. Terry Molinert H. Políticas Internacionales de sida. El caso Cuba. En: Fórum del Instituto para el Desarrollo Internacional de la Universidad de Harvard; Massachusetts, Estados Unidos: Harvard University Press; 1992.
16. Gorry C. La estrategia cubana de respuesta al VIH/sida. Un enfoque integral con base en los derechos. [Internet]. La Habana: Oxfam International; 2008. [citado 17 Abr 2022]; [aprox.47 p]. Disponible en:
<https://docplayer.es/18612235-La-estrategia-cubana-de-respuesta-al-vih-sida-un-enfoque-integral-con-base-en-los-derechos-julio-2008.html>
17. Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava. La historia del VIH en una línea del tiempo: hitos que marcaron la evolución de la enfermedad. [Internet]. Sidálava; 2019. [citado 13 Nov 2022]. Disponible en:
<https://www.sidalava.org/la-historia-del-vih-en-una-linea-de-tiempo-hitos-que-marcaron-la-evolucion-de-la-enfermedad/>

18. Carrillo Maravilla E, Villegas Jiménez A. El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del sida. Rev invest. Clin. [Internet]. 2004 Abr. [citado 2 Oct 2023]; 56(2):130-133: [aprox.3 p.]. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200003&Ing=es
19. Estrada M. JH. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/sida. Acta bioética. [Internet]. 2006 Ene-Jun. [citado 2 Oct 2023]; 12(1) 91-100: [aprox.9 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100013&Ing=es
20. Contreras Sierra ER. El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. Pensamiento & Gestión [Internet]. 2013 Jul-Dic. [citado 2 oct 2023]; (35):152-81: [aprox.29 p.]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/646/64629832007.pdf>
21. Del Amo J, Pérez-Molina JA. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos. Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed) [Internet]. 2018 Sep. [citado 4 oct 2023]; 36(supl1):1-2. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X18302386>

22. Mora-Rojas RB, Álzate-Posada ML, Rubiano-Mesa YL. Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades. Rev. Gerenc Polit Salud. [Internet]. 2017 Jul-Dic. [citado 2 Oct 2023]; 16(33):19-34. [aprox.15 p.]. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/download/20448/15656>
23. Carvajal Villaplana A. Teorías y modelos: Formas de representación de la realidad. Rev. Comunicación. [Internet]. 2002. [citado 2 Oct 2023]; 12(1):1-14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/166/16612103.pdf>
24. Guerrero Hernández JA. Definición de: enfoque, modelo, método, estrategia y otros términos que se usan en la docencia. 11 de octubre de 2020 [consultado 16 abr. 2022]. En: Docentes al día [Internet] México [aprox. 15 pantallas] Disponible en: <https://docentesaldia.com/2020/10/11/definicion-de-enfoque-modelo-metodo-estrategia-y-otros-terminos-que-se-usan-en-la-docencia/>
25. Organización Mundial de la Salud. El programa global sobre el sida. Bol of Sanitar y Panamerican Health. Washington 1988; 105 (30):666-672.
26. Organización Mundial de la Salud. Cumbre Mundial de Ministros de salud sobre programas de prevención del sida [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c1988 [citado 12 Abr 2022] [aprox. 15 pantallas]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/123456789/17759/1/v105n\(5-6\)p788.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/123456789/17759/1/v105n(5-6)p788.pdf)

27. Organización Mundial de la Salud Objetivos del Milenio [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c2018. [citado 13 Abr 2022]; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))
28. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Examen del problema del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en todos sus aspectos A/Res/55/13. [Internet] New York: Onu; 13 de nov 2000; [citado 15 Abr 2022]; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: https://data.unaids.org/publications/external.documents/un_res5513_e
29. Declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/sida. Resolución 55/13 de 3 de noviembre del 2000. En: XXVI Período extraordinario de sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. [Internet]. New York: Onu; 25-29 Jun 2001; [citado: 18 abr 2022]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_es_0.pdf
30. Organización Mundial de la Salud. Investigación operacional para la iniciativa tres millones para 2005 [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c 2003. [citado 5 mar 2022]. [aprox.8 pantallas]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68693/WHO_HIV_2003.19_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

31. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida. 2003-2007. [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c1988. [citado 20 ene 2023]. [aprox.12 pantallas]. Disponible en:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42764/9243590766.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Los “Tres en uno en acción” donde estamos y adonde nos dirigimos. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2005. [citado 3 mar 2022]. Disponible en:
https://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc935-3onesinaction_es.pdf
33. Organización de las Naciones Unidas. Cumbre Mundial de las Naciones Unidas.14-16 septiembre [Internet]. New York: Onu; 2005. [citado 5 mar 2022]. Disponible en:
<https://www.un.org/es/conferences/environment/newyork2005>
34. Declaración política sobre el VIH/sida Resolución 60/262 de 2 de junio de 2006, aprobada de las 87ª Sesión Plenaria de la Asamblea General Naciones Unidas. [Internet]. New York: Onu; 31may-2 jun2006. [citado 5 mar 2022]. Disponible en:
<https://www.unaids.org/es/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandg>

35. Declaración Ministerial “Prevenir con educación” aprobada en Primera reunión de ministros de salud y educación de Latinoamérica y el Caribe. [Internet]. México: OPS; 2008 [citado 7 mar 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/22401/download?token=Kwq0Xlko>
36. Organización Panamericana de la Salud/Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Marco para el fortalecimiento de los sistemas comunitarios. [Internet]. Washington, DC: Ops/Fm; 2022 [citado 11 Mar 2023]. [aprox.5 p]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmisibles/programa-investigacion-alianzas-enfermedades-transmisibles/fondo>
37. Organización Mundial de la Salud. Estrategia contra el VIH/sida para el 2011-2015. [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c 2003. [citado 11 Mar 2023]. [aprox.15 p]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/5185/A63_R19-sp.pdf?sequence=1
38. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales y el tratamiento y la prevención de la infección por VIH: Recomendaciones para un enfoque de la salud pública [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c 2003. [citado 11 Mar 2023]; [aprox. 10 p]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129493/9789243505725_spa.pdf?sequence=1

39. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Acción acelerada de las ciudades: Poner fin a la epidemia de VIH. Ciudades que alcanzan los objetivos 90-90-90 para 2020. Declaración de París [Internet]. Ginebra: Onusida; 2014. [citado 13 mar 2022]. Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141201_Paris_Declaration_es.pdf
40. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2014. [citado 17 sept 2023]. Disponible en:
https://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/90_90-90-90
41. Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Plan de acción para poblaciones clave 2014-2017. [Internet]. Ginebra: Fm; 2022. [citado 14 mar 2022]. Disponible en:
https://www.theglobalfund.org/media/12265/corporate_2022resultsreport_report_en.pdf
42. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. [Internet]. Ciudad México: Onu/Cepal; 2018. [citado 15 mar 2022]. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

43. Organización Panamericana de la Salud Prevención Combinada de la Infección por el VIH; [Internet]. Washington, DC: Ops; 2015 [citado 15 Mar 2022]; [aprox.6 pantallas]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih>
44. Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de poblaciones clave. [Internet]. Washington, DC: Ops; 2016 [citado 16 Mar 2022]: [aprox.158 pág.]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57413>
45. Organización Panamericana de la Salud. Profilaxis post exposición para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para el equipo de salud. [Internet]. Washington, DC: Ops; 2019 [citado 16 Mar 2022]; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: https://www.bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001561cnt-2019_profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-personas-adultas.pdf
46. Declaración Política sobre el VIH y el Sida: acabar con las desigualdades y estar en condiciones para poner fin al Sida para 2030. Resolución 75/254 aprobada en la 74ª Sesión Plenaria [Internet]. New York: Onu; 2021. [citado 18 mar 2022]. Disponible en:
https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021_political

47. Organización Panamericana de la Salud. Directrices sobre la autodetección del VIH y la notificación a parejas o compañeros. Suplemento a las directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH. [Internet]. Washington, DC: Ops; Dic 2016 [citado 16 mar 2022]. [aprox.11 p]. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50521/978927320396_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
48. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021: Hacia el fin del sida. [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c2016 [citado 20 mar 2022]; [aprox.15 p]. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-sector-salud-contra-vih-2016-2021-hacia-fin-sida-2016>
49. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Estrategia ONUSIDA 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el sida. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2016. [citado 23 mar 2022]. Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf
50. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Hoja de ruta de prevención del VIH para el 2020: Acelerar la prevención del VIH para reducir el número de nuevas infecciones en un 75%. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2017. [citado 25 mar 2022]. Disponible en:
https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/03/JC2909_INCLUSION-GAP_002_ES.pdf

51. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre los servicios de detección del VIH para una epidemia cambiante. [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c2019 [citado 23 mar 2022]. Disponible en:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341927/WHO-CDS-HIV-19.31-spa.pdf?sequence=1>

52. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, DC: Ops; 2019 [citado 20 Jun 2020]; [aprox.16 pantallas]. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y

53. Global HIV Prevention Coalition. Cómo prevenir las infecciones por el VIH ante una nueva pandemia. Informe de síntesis sobre las interrupciones y adaptaciones en los servicios del programa de prevención del VIH durante la pandemia de COVID-19. [Internet]. Ginebra: GPC; 2020. [citado 4 abr 2022]. Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Status%20of%20HIV%20Prevention%20Services%20in%20the%20Time%20of%20COVID-19_es_web.pdf

54. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach [Internet]. Geneva, Switzerland: Who; 2021 [citado 6 Abr 2022]. Disponible en:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1354979/9789240031593-eng.pdf>
55. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Estrategia Mundial contra el sida. Acabar con las desigualdades, acabar con el sida.2021-2026 [Internet] Ginebra: Onusida; 2021. [citado 6 abr 2022] [aprox. 164 pág.]. Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global/AIDS-str
56. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Estrategias Mundiales del sector salud para el VIH, hepatitis vírica y las infecciones de transmisión sexual 2022-2030 [Internet] Ginebra: Onusida/Oms; 2022 [citado 6 abril 2022]. [aprox. 134 pág.] Disponible en:
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240063779>
57. Peña Herborn J. Perspectivas acerca de la Influencia de los Medios de Comunicación de Masas en la Opinión Pública. Rev Mad [Internet]. 2000 May [citado 2 Oct 2023]; (2): [aprox. 2 p.]. Disponible en:
<http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/02/paper06.htm>

58. Mann J. La conciencia colectiva como apuesta contra la epidemia del miedo. En: Conferencia Internacional de Sida, San Francisco, California. 23 de junio de 1990. Disponible en:
https://www.revistacienciasunam.com/es/búsqueda/titulo/169_revistas/revista-ciencia-21.html
59. Coates TJ. Prevención del sida: Logros y prioridades. Rev Latinoam. de Psicología [Internet].1992 [citado 31 oct 2023]; 24(1-2):17-33. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80524203.pdf>
60. Ochoa Soto R. Bases teórico metodológicas para la prevención del VIH en Cuba. 1986-2006. [tesis maestría en salud pública]. La Habana: Ensap; 2008.
61. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Acción acelerada para la prevención combinada [internet] Ginebra: Onusida; 2015 [citado 7 octubre 2023]; [aprox. 56 pág]. Disponible en:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tr
62. Gil-Girbau M, Pons-Vigués M, Rubio-Valera M, Murrugara G, Masluk B, Rodríguez-Martín B et al. Modelos teóricos de la promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. Gac. Sanit. [Internet]. 2021 Feb [citado 09 En 2024]; 35(1):48-59. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000100048&Ing=es
63. Rojas Ochoa F. Salud Pública y Medicina Social. La Habana: Ecimed; 2009.

64. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Hoja informativa 2023. Estadísticas mundiales sobre el VIH. [internet] Ginebra: Onusida; 2023 [citado 31 octubre 2023] Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Factsheet_2023.pdf
65. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida El camino que pone fin al sida. Actualización mundial sobre el sida 2023. [internet] Ginebra: Onusida; julio 2023 [citado 31 octubre 2023] Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatement>
66. Organización Panamericana de la Salud. Epidemia del VIH y respuesta en América Latina y el Caribe. Cascada de atención al VIH en América Latina y el Caribe. 2019-2022. [Internet]. Washington, DC: Ops/Oms; 2023 [citado 4 octubre 2023] [diapositiva 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/epidemia-vih-respuesta-america>
67. Organización de las Naciones Unidas en la lucha contra el SIDA. Situación del VIH en Brasil. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2020. [citado 20 abril 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/brazil>
68. Organización Panamericana de la Salud. Brasil inició la implementación de PrEP para prevenir nuevos casos de VIH entre la población con mayor riesgo e infección; [Internet]. Washington, DC: Ops; 2018. [citado 23 Abr 2023]; [aprox. 7 p]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/3-1-2018-brasil-inicio-implementacion-prep-para-prevenir-casos-vih-entre-poblacion>

69. Center for Disease Control and Prevention. Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2020. HIV surveillance report. 2020 [Internet]. Atlanta, GA: Cdc; 2022 [citado 25 ene 2023]; [aprox. 21 pantallas]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-2020-updated-vol-33.pdf>
70. U. S. President's Emergency Plan for AIDS Relief. Reimagining PEPFAR's Strategic Direction: Fulfilling America's Promise to End the HIV/AIDS Pandemic by 2030. [Internet]. Pefpar; 2022. [citado 25 Ene 2023]. Disponible en: https://www.state.gov/wp-content/uploads/2022/09/PEPFAR-Strategic-Direction_FINAL.pdf
71. Bravo García E, Villafuerte García A, Magis Rodríguez C. El impacto de la pandemia de COVID 19 en el cumplimiento de las metas 95-95-95 del VIH en México. Boletín COVID 19 [Internet]. México: Unam; 15 de dic 2022; [citado 25 sept 2023]; 3(30) Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx>
72. Ministerio de Salud Pública. Informe anual sobre situación epidemiológica del VIH. Departamento Nacional de las ITS-VIH y hepatitis. La Habana: Minsap; 2022.
73. Organización Panamericana de la Salud. Informe de los avances en la respuesta. La Habana: Ops; 2022.
74. Informe sobre la Transmisión materno-infantil del VIH y sífilis congénita. Departamento Nacional de las ITS-VIH y hepatitis. La Habana: Minsap; 2023.

75. Fariñas Acosta L. Cuba mantiene eliminada la transmisión materno-infantil de VIH y la sífilis congénita. [Internet]. Granma. 22 sept 2019 [citado 25 sept 2023]; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://salud.msp.gob.cu/cuba-mantiene-eliminada-transmisi3n-materno>
76. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Orientaciones terminol3gicas de ONUSIDA. [Internet]. Ginebra: Onusida; 2015. [citado 3 abr 2022]; [aprox. 59 p]Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
77. Ortiz E. Los niveles te3ricos y metodol3gicos en la investigaci3n educativa. Cinta de moebio. [Internet]. 2012 [citado 16 oct 2022]; 43:14-23. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielophp?script:sci_arttext&pid=S0717-554X2012
78. Machado Vilorio M. Aplicaci3n del m3todo hermen3utico. Una mirada hacia el horizonte. Red social educativa [Internet]. 2017. [citado 16 de Oct 2022]. Disponible en: <https://redsocial.rededuca.net/node/6274/aplicacion-del-metodo-hermeneutico>
79. De la Peaa Consuegra G, Vel3zquez 3vila RM. Algunas reflexiones sobre teor3a general de sistemas y enfoque sist3mico en la investigaci3n cient3fica. Rev. Cubana Educaci3n Superior [Internet]. 2018 [citado 16 oct 2022]; 37(2):31-44. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v37n2/rces03218.pdf>

80. Jara Holliday O. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Colombia: Cinde; 2017.
81. Expósito Unday D, González Valero JA. Sistematización de experiencias como método de investigación. Gac. Med Espirit [Internet]. 2017 Ago. [citado 16 Oct 2023]; 19 (2):10-16. Disponible en:
https://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000200003&lng=es
82. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Batista Lucio P. Metodología de la investigación 6th ed. McGraw Hill: Interamericana Editores, S.A. DE C.V; 2014.
83. Ferrer Díaz Y, Ramírez Cruz M, Pérez Pravia M, Ortiz Cárdenas T. El método criterio de expertos en las investigaciones educacionales: visión desde una muestra de tesis doctorales. Revista Cubana de Educación Superior [Internet]. 2020 [citado 25 ene 2022]; 39(1): [aprox.10. p.]. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rces/v39n1/0257-4314-rces-39-01-.pdf>
84. López Falcón A, Ramos Serpa G. Acerca de los métodos teóricos y empíricos de investigación: significación para la investigación educativa. Revista Conrado [Internet]; 2021 Dic [citado 4 octubre 2023]; 17(S3), 22-31
Disponible en: <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/Conrado/article/view/2133>

85. Beltrán LR. La salud y la comunicación en Latinoamérica: políticas, estrategias y planes. En: Por una política de comunicación para la promoción de la salud en América Latina. Quito: Unesco. 1993, 28-89.
86. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. Aprobados en el VI Congreso del PCC. La Habana; 2011. Disponible en: <https://www.tsp.gob.cu/sites/default/files/documentos/1%20lineamientos-politica-partido-cuba.pdf>
87. Código de las familias. Ley 156/2022. Publicado en la Gaceta Oficial No. 99 ordinaria de 27 de septiembre de 2022 (GOC-2022-919-099). La Habana: Minjus; 2022. Disponible en: <https://www.tsp.gob.cu/sites/default/files/documentos/goc-2022-o87.pdf>
88. Código del trabajo. Ley 116/2013. Publicado en la Gaceta Oficial No. 29 extraordinaria del 17 de junio de 2013. La Habana: Minjus; 2013. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/ley-no-116-codigo-de-trabajo>
89. Programa nacional para el adelanto de las mujeres. Decreto presidencial 198/2021. Publicado en la Gaceta oficial No 14 el 8 de marzo del 2021 extraordinaria. (GOC-2021-215-Ext14). La Habana: Minjus; 2021. Disponible en: <https://www.tsp.gob.cu/sites/default/files/documentos/goc-2021-ex14.pdf>

90. Programa Nacional contra el Racismo y la Discriminación aprobado por el Consejo de ministros en noviembre del 2019. La Habana: Mincult; 2019.
Disponible en:
<https://www.ministeriodecultura.gob.cu/es/actualidad/noticias/programa-nacional-contra-el-racismo-y-la-discriminacion-racial>
91. Informatización de la sociedad cubana. Decreto Ley 370/2018. Publicado en la Gaceta Oficial No 45 ordinaria del 4 de julio de 2019 (GOC-2019-547-O45) aprobado en el Consejo de Estado de la República de Cuba (CERC). La Habana: Minjus; 2018. Disponible en:
https://www.mincom.gob.cu/sites/default/files/marcoregulatorio/dl_370-18_informatizacion_sociedad.pdf
92. Asociación Cubana de Comunicadores Sociales. ¿Qué Política se plantean el Estado y el Gobierno para la Comunicación Social?; Cuba: Cubadebate [Internet]. c2019 [actualizado 23 Dic 2021; citado 5 feb 2022]. [aprox.15 pantallas]. Disponible en:
<http://www.cubadebate.cu/especiales/2019/07/17/politica-de-comunicacion-social-del-estado-y-el-gobierno-cubanos/>
93. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000. La Habana: Minsap; 1991.

94. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública cubana para el 2015. [Internet]. La Habana: Minsap; 2015. [citado 3 feb 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Cuba_2015.pdf
95. Ochoa Soto R, Pérez, Pérez F, Valdés Triguero JR. Manual de planificación estratégica para los sectores. La Habana: Editorial LazoAdentro; 2007.
96. Vela J. Formación de médicos para los servicios de salud en Cuba. (1959-2014) [tesis doctoral en ciencias de la salud]. La Habana: Ensap; 2016.
97. Pérez Porto J, Merino M. Estrategia-Qué es, en la educación, definición y concepto. [Internet] actualizado el 7 de febrero de 2022 [citado 23 Feb 2023]. Disponible en: <https://definicion.de/estrategia/>
98. Organización Panamericana de la Salud. VIH/sida: 40 años de la respuesta a una epidemia que marcó a la humanidad [Internet]. Washington, DC: Ops; [citado 23 Feb 2023]; [aprox.5 pantallas]. Disponible en: <https://www.paho.org/historias>
99. Organización Mundial de la Salud. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 [Internet]. Ginebra, Suiza: Oms; c2022 [citado 7 feb 2022]; [aprox.15 pantallas]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/full-final-who-ghss-hiv-vh-sti_1-june2022_es.pdf?sfvrsn=7c074b36_9

100. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Los “Tres uno” principios fundamentales. [Internet]. Onusida; 2004. [citado 8 feb 2022].
Disponibile en:
https://data.unaids.org/pub/brochurepamphlet/2004/threeones_keyprinciples_flyer_es.pdf
101. Puig Meneses Y, Diaz-Canel M. La ciencia y la innovación tienen respuesta para todos. [Internet]. Cuba: Presidencia y Gobierno de Cuba; 2022. [citado 7 feb 2022]. Disponible en: <https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/diaz-canel-la-ciencia-y-la-innovacion-tienen-respuestas-para-todos/>
102. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EÁ. La intersectorialidad y el desarrollo de la Salud Pública en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Ene-Mar [citado 16 oct 2023]; 35 (1):1-10: [aprox. 21 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n1/spu04109.pdf>
103. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Grupos de poblaciones clave. Onusida [Internet] 2023 [citado 16 octubre 2023] Disponible en: <https://www.unaids.org/es/topic/key-populations>
104. Chávez Negrín E. Población y crisis económica en Cuba: la familia y la dinámica demográfica del “período especial”. [Internet]. Clacso nov 2000 [citado 20 en 2022]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/1819C021.pdf>

105. Delgado García G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 1998 [citado 23 feb 2023]; 24(2):110-8.
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v24n2/spu07298.pdf>
106. Estruch Rancaño L, Ochoa Soto R, Villalón Oramas M. Epidemia de VIH/sida en Cuba: 30 años de experiencia. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2016.
107. León Díaz ME, Hernández Fernández M. Encuesta de indicadores de prevención de infección por el VIH/sida. La Habana: Ops; 1996.
108. Verdasquera Corcho D, Ramos Valle I, Rumbaut Castillo R, Pérez Ávila JL, Alfonso Berrio L, León Cabrera P et al, Capacidad de respuesta y desafíos del sistema de salud cubano frente a las enfermedades transmisibles. Rev. Panam Salud Pública [Internet] Abril 2018 [citado 25 feb 2023]; 24;42:e30.
Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34901>
109. Terry Molinert H. Comunicación personal. La Habana: 10 dic. 2017.
110. Rodríguez Roch L. El sida en Cuba. Rev. Papers [Internet]. 1997 [citado 14 en 2022]; 52:177-86: [aprox.18 p.]. Disponible en:
<https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n52/02102862n52p177.pdf>
111. Granich R, Jacobs B, Mermin J, Pont A. National AIDS Program. The first Decade. West J Med 1995; 163(2):139-44.

112. Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Informe técnico. Programas de VIH a escala por y para las poblaciones clave.2023-2025. Ginebra. [internet] 2022 [citado 15 en 2023]. Disponible en:
https://www.theglobalfund.org/media/6300/core_keypopulations_technicalbrief_es.pdf
113. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Contribución de la mujer que vive con VIH, a la certificación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita en Cuba. Serie Aprendiendo y compartiendo. La Habana: Pnud; 2016,
114. Aragonés López C, Díaz JR, Sánchez Valdés L. Grupos de prevención del sida GPSida [internet] Pnud; 2013. [citado 8 feb 2022]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0375-0760200
115. Ministerio de Salud Pública. Informe anual sobre la situación epidemiológica de las ITS-VIH/sida. La Habana: Minsap; 1996.
116. Mesa Lago C. Problemas social y económico en Cuba durante la crisis y la recuperación. Rev. de la CEPAL. [Internet]. Agosto 2005 [citado 16 Oct 2022]; (86):183-205. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11076/1/086183205_es.pdf

117. Delgado García G. Etapas del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana. Rev. Cub Salud Pública [Internet] 1996 Jun [citado 29 Sep 2023]; 22(1):21-22. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-3466196000100011&ing=es
118. Ministerio de Salud Pública. Informe anual sobre la situación epidemiológica de las ITS-VIH/sida La Habana: Minsap; 2007.
119. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mercadeo Social del condón masculino para posicionar prácticas sexuales seguras en la prevención del VIH/sida. Cuba 2001-2010. Serie Aprendiendo y Compartiendo. [Internet]. La Habana: Pnud; 2011. [citado 20 Ene 2022]. Disponible en:
<https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/cu/Serie-Aprendiendo-y-compartiendo---2.-Mercadeo-Social-de-Condomes.pdf>
120. Centro Nacional de Prevención del VIH. Más de 10 años en respuesta a la epidemia. Informe ejecutivo. La Habana: LazoAdentro; 2010.
121. Ministerio de Salud Pública, Informe anual de la situación epidemiológica del VIH/sida. La Habana: Minsap; 2008.
122. Maluwa M. Informe regional sobre la situación epidemiológica de las ITS y VIH/sida en Cuba. Trinidad y Tobago: Onusida; 2007.
123. Ministerio de Salud Pública. Informe. sobre la revisión de las trece tareas. La Habana: Minsap; 2007.

124. Torres Pérez R. Los cambios económicos en Cuba y su posible influencia en el comercio con América Latina y el Caribe. En: Bazque H, Cárdenas N, Díaz Fernández I, Fernández M, Pérez Villanueva OE, Sánchez A, et al. Cuba y América Latina: impacto de las reformas en el comercio de bienes y servicios. [Internet]. Barcelona: Icarías Editorial; 2013. [citado 10 Feb 2022]. Disponible en: <http://www.cries.org/wp-content/uploads/2013/12/libro-Cuba-AL-web-1.pdf#page=13>
125. Domínguez Alonso E. Zacca Peña E. Sistema de salud de Cuba. Rev. de Salud Pública de México. [Internet]. 2011 [citado 7 Feb 2022]; 53(Suple 2): S168-76: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/12.pdf>
126. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha Mariño C, Valdivia Onega N, Druyet Castillo D, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. Rev. Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 10 Feb 2022]; 42:e25. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e25/>
127. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico Nacional para la prevención de las ITS-VIH/sida. 2013-2017. La Habana: Editorial LazoAdentro; 2013.

128. Sánchez Fuentes J. Prevención. diagnóstico y atención del VIH en grupos de población clave. Pautas para la atención primaria de salud. [Internet] Cuba: Ecimed; 2021. Disponible en:
<http://www.undp.org/es/cuba/publicaciones/prevencion-diagnostico-y-atencion-del-vih-en-grupos-d3e-poblacion-clave-pautas-para-la-atencion-primaria>
129. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. 90-90-90 Avanzamos, pero el mundo sigue lejos de conseguir los objetivos para el 2020 [Internet] Onusida, 2020 [citado 10 Feb 2022]. Disponible en:
https://www.unaids.org/es/resources/presscenter/featurestories/2020/september/2020921_90-90-90
130. Resolución ministerial 139/2011: Programa de educación de la sexualidad con enfoque de género y derechos sexuales en el sistema nacional de educación [Internet]. La Habana: Mined; 2012 [citado 10 Feb 2022]; [aprox.12 p]. Disponible en:
<https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/resolu>
131. Ministerio de Salud Pública. Estrategia de género en apoyo al componente educativo de la Respuesta Nacional a las ITS-VIH/sida. La Habana: Editorial LazoAdentro; 2012.

132. Ministerio de Salud Pública. Modelo Igualdad de Género es Salud. Experiencia demostrativa de un sistema de gestión en igualdad de género para instituciones del sector salud en Cuba. La Habana: Editorial LazoAdentro; 2013.
133. Rodríguez JL, Odriozola S. Impactos Económicos y Sociales de la COVID 19 en Cuba: Opciones de políticas. [Internet]. Pnud; 2020 [citado 10 Ene 2021]. Disponible en:
<https://www.undp.org/content/dam/undp/library/covid19/266%20IMPACTOS%20DE%20LA%20COVID-19%20EN%20CUBA-24%20JUNIO-2020.pdf>
134. Gamboa Díaz Y, Lugo Valdés M, García Vargas A, Domínguez Arencibia B. Impacto económico de la COVID-19 en el sistema de salud cubano y su capacidad de respuesta. Información para directivos de la Salud. [Internet]. 2022 Ene-Mar [citado 23 Feb 2023]; 37: e1131. Disponible en:
<https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1131/1589>
135. Ministerio de Salud Pública, Cuba renueva su compromiso de continuar garantizando el disfrute del derecho a la salud de todo nuestro pueblo. [Internet]. La Habana: Minsap; 2021 [citado 30 Octubre 2023]. Disponible en:
<https://salud.msp.gob.cu/cuba-renueva-su-compromiso-de-continuar-garantizando>
136. Ministerio de Salud Pública. Informe de la situación epidemiológica del VIH. La Habana: Minsap; 2023.

137. González Martínez MCG, Keeling Álvarez M, Pérez Lemus L. El aporte científico en las investigaciones educativas: algunas consideraciones. Rev Angolana de la ciencia [Internet]; Jul 2022 [citado 02 Nov 2023], 4(2)1-10. [aprox. 15 p.]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/7041/704173402002/html/>
138. Alonso Betancourt LA, Leyva Figueredo PA, Mendoza Tauler LL. La metodología como resultado científico: alternativas para su diseño en el área de las ciencias pedagógicas. Opuntia Brava [Internet]. 2019 [citado 02 Nov 2023]; 11(2) 231-247. [aprox.32 p.]. Disponible en:
<https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/915>
139. Organización Mundial de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en Las Américas. Washington, DC: Ops [Internet]. 2020 [citado 02 dic 2023]; Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.25/9789275322659>
140. Castell-Florit Serrate P, La intersectorialidad, una tecnología que despega con fuerza. Rev. Cub Salud Pública [Internet]. 2010 [citado 02 nov 2023]; 36(2):101. [aprox.15 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-34662010000200001&Ing=es

141. Sosa Lorenzo I, Rodríguez Salvá A, Álvarez Pérez A, Bonnet Gorbea M. Intersectorialidad y participación en la planificación y evaluación de intervenciones de salud en Cuba. Medisan [Internet] 2013 Abr [citado 0 Nov 2023]; 17(4):650-660:[aprox.17 p.]. Disponible en:
https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000400012&Ing=es
142. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA, Álvarez Lauzarique ME, Santana Espinosa MC, Hernández Ferro P. Perspectiva teórica del empoderamiento intersectorial por la salud pública en directivos y líderes comunitarios. Rev. Cub Salud Pública [Internet]. 2022 Mar [citado 2 Nov 2023]; 48(1): e3182. [aprox.9 p.].Disponible en:
[https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-34662022000100011&Ing=es.](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-34662022000100011&Ing=es)
143. Barboza A, Ochoa I. Modelos de gestión del conocimiento O&B y capital intelectual O&B para organizaciones. Universidad de Zulia, Venezuela. [Internet] 2016 [citado 5 Nov 2023]. Disponible en:
<http://ojs.urbe.edu/index.php/revecitec/article/view/129/4159>
144. Santana Ramos A, Cruz Cabrera BC, Castillo Leal M, Toledo López A. Modelo de organización comunitaria y desarrollo sostenible en Ixtlán de Juárez. Oaxaca. Signos [Internet] 2019 [citado 5 Nov 2023];11(2):155-159: [aprox.10 p.]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/5604/560460636008/html/>

145. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El voluntariado: hacer las cosas de otra manera. La Habana: Pnud; 2013.
146. Oficina Nacional de Estadísticas e Investigaciones. Encuesta sobre indicadores de prevención de infección por el VIH/sida. La Habana: Onei; 2017.
147. Miller Moya, LM. Acción colectiva y modelos de racionalidad. Estudios fronterizos [Internet]. 2004 Ene-Jun [citado 5 Nov 2023]; 5(9): [aprox.23 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx>
148. De Francisco A. Modelos de acción colectiva: modelos de cambio social. Papers. [internet] 1994 [citado 20 dic. 2023] 44: 77-85 Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862n44/02102862n44p77.pdf>
149. Suk-Young Chwe, M Communication and Coordination in social networks. Review of economic Studies [internet] 2016 [citado 20 dic. 2023] 67 1-16 Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/2567025>
150. Durston J. ¿Qué es el capital social comunitario? CEPAL Santiago de Chile [Internet]. 2020 [citado 14 Nov 2023]. Disponible en: https://www.depal.org/sites/default/files/publication/files/5969/S0007574_es.pdf
151. Association of Business Process Management Professionals. Guide to the BPM common body of knowledge. [internet] 2019 [citado 22 dic 2023] Disponible en: <https://ignaciogavilan.com/una-guia-al-conocimiento-en-la-disciplina-de>

152. Rojo Pérez N, Esquivel Lauzarique M, Valenti Pérez C, Sánchez Frenes P, Torres Rojo Y. Abordaje integral de los problemas de salud en el sistema sanitario cubano. En: Colectivo de autores. Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud en Cuba. [Internet] Morales Suarez I, Pérez Carreras A, Rojo Perez N, coordinadores. [citado 9 Ene 2023]. [aprox.17 p.]. La Habana: Ecimed; 2022. p.31-37 Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/ciencia-tecnología-e-innovación-para-la-salud-en-cuba>
153. Rojo Pérez N, Valenti Pérez C, Martínez Trujillo N, Morales Suarez I, Martínez Torres E, Fleitas Estévez I, et al. Ciencia e Innovación tecnológica en la salud en Cuba: resultados en problemas seleccionados. Rev. Pan Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 14 Nov 2023];42: e32: [aprox.17 p.]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34903>
154. Organización de las Naciones Unidas. Declaración y plataforma de acción de Beijing. [Internet]. New York: Onu; 1995 Sep. [citado 6 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/digital-library/publications/2015/01/beijing>
155. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Estrategia de Igualdad de género [Internet] New York: Pnud; 2022 [citado 5 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.undp.org/sites/g/files/es/publicaciones/estrategia-de-igualdad-de-genero>

156. Organización de las Naciones Unidas para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Modelo de gestión de calidad con Equidad de Género: experiencias y aprendizaje compartidos luego de una década de trayectoria. [Internet] New York: Onu mujeres; 2021 [citado 6 Dic 2023]. Disponible en:
<https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migración/uy/undp>
157. Estrategia integral de prevención y atención a la violencia de género y en el escenario familiar. aprobada en Gaceta Oficial No.101 Extraordinaria del 9 de diciembre del 2021(GOC-2021-1100-Ex101). La Habana: Minjus; 2021.
Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2021-acuerdo9231_cub.pdf
158. Organización Panamericana de la Salud Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B; [Internet]. Washington, DC: Ops; 2022 [citado 6 Nov 2023]. [aprox. 9 p]. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56219/9789275325858_s
159. Ministerio de Salud Pública. Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en Cuba. La Habana: Minsap; 1987.
160. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional 2024-2028. La Habana: Minsap; 2023.

161. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile: Cepal [Internet]; 2022 [citado 30 dic 2023]. Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48706/4/S2200730_m
162. Álvarez Aldana D. Consideraciones para una propuesta de periodización histórica de la endocrinología en Cuba. Rev Cuba de Salud Pública [Internet]; 2019 mar [citado 30 dic 2023]; 45(1):e1030. Disponible en:
https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-34662019000100014&Ing=pt
163. Ruiz Hernández JR. Periodización de la Salud Pública cubana. (1959-2009). Mediocentro electrónica [internet]; 2010. [citado 30 dic 2023.];14(3) Disponible en: <https://mediocentro.sld.cu/index.php/mediocentro/article/download/133-348-1-SM.pdf>
164. Fuentes Beltrán L, Castro Peraza M, Pérez Chacón D, Rodríguez Delgado F, Núñez Mederos C, Bolaños MR. Enfoque de género en la evolución de las estrategias de prevención y control del VIH/sida en Cuba. Rev. Cub. Med. Trop. [internet] 2019 dic [citado 2023 sept.] 28:71 (3). Disponible en:
https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO375-07602019000300002Ing=es

165. Bloch C. Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia del VIH/sida. Actualización en sida [Internet] sept 2010 [citado 18 dic 2023]; 69:104-114. Disponible en:

<https://huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-69-104-114.p>

166. Rojo Pérez-.et al N. Evaluación Multisectorial integrada para la Prevención y Control del problema de Salud Pública VIH/sida en Cuba, 2004-2013. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [Internet]; 2016 [citado 18 dic 2023]; 5(3) Disponible en:

<https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/293>

Anexo 1. Principales estrategias, declaraciones y directrices de prevención del VIH emitidas por los Organismos Internacionales. 1983-2022.

Año	Organización	Estrategias, declaraciones y directrices	Características
1987	OMS.	Programa Especial sobre sida. ²⁵	Respalda los programas nacionales de prevención y control del sida y fomenta la cooperación internacional.
1988	Naciones Unidas.	Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA. ²⁶	Afirma la importancia de la información y la educación en ausencia de una vacuna.
2000	Naciones Unidas.	Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ²⁷ .	El ODM 7 contiene indicadores para evaluar a detención del VIH.
		Sesión extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas. ²⁸	Los acuerdos de la Asamblea General enfatizan en la realización de estrategias y planes multisectoriales nacionales.
2001	Naciones Unidas.	Declaración Política de las Naciones Unidas. ²⁹	Reconoce que la prevención es la base de para la acción.
2003	OMS.	Tres millones para el 2005 ³⁰	Plantea que tres millones de personas con VIH tengan acceso al tratamiento antirretroviral.
2003-2007	OMS.	Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/sida (2003-2007). ³¹	Enfatiza en las alianzas y la acción e incluye la estrategia Tres Millones para el 2005
2004	ONUSIDA.	Los tres en uno en acción. ³²	Orienta que cada país tenga un organismo nacional, un marco estratégico nacional y un sistema de monitoreo y evaluación.
2005	Naciones Unidas.	Cumbre Mundial de las Naciones Unidas. ³³	Enfatiza en aumentar la prevención, el tratamiento y apoyo a las personas con VIH.
2006	Naciones Unidas.	Declaración Política de las Naciones Unidas. ³⁴	Plantea ampliar las respuestas globales sostenibles, cobertura multisectorial y participación activa de las comunidades afectadas.
2008	Naciones Unidas.	Declaración de los Ministros de Salud y Educación de las Américas y el Caribe Prevenir con educación. ³⁵	Posicionar en el ámbito escolar la educación integral de la sexualidad.
2011	Fondo Mundial.	Marco para el Fortalecimiento de los Sistemas Comunitarios (FSC). ³⁶	Reconoce el papel fundamental que tienen las redes y organizaciones comunitarias en la prevención.
2011-2015	OMS.	Estrategia Mundial para la prevención del VIH (2011-2015). ³⁷	Orienta la respuesta del sector salud "Llegar a cero".
2013	OMS.	Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales y el tratamiento y la prevención de la infección por las recomendaciones para un enfoque de la salud pública. ³⁸	Orienta fundamentalmente el uso de los antirretrovirales (ARV) en embarazadas y menores de 5 años inmediato al diagnóstico.

Año	Organización	Estrategias, declaraciones y directrices	Características
2014	Alcaldes.	Declaración de París. Acción acelerada de las ciudades Poner fin a la epidemia del sida (2014). ³⁹	Plantea poner fin a la epidemia de sida en las ciudades para el año 2030.
	ONUSIDA-OPS/OMS.	Estrategia 90-90-90. ⁴⁰	Establece que el 90% de personas que viven con el VIH conozcan su diagnóstico; que el 90% de personas que conocen su diagnóstico reciban tratamiento antirretrovírico y que el 90% de las personas en tratamiento antirretroviral tengan un nivel de carga vírica indetectable.
2014-2017	Fondo Mundial	Plan de acción para poblaciones clave ⁴¹	Fortalece las estrategias relativas a la igualdad de género y la orientación sexual e identidades de género (SOGI).
2015	Naciones Unidas.	Objetivos de Desarrollo Sostenible. ⁴²	Llamamiento universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad.
	ONUSIDA.	Prevención Combinada en la infección por VIH. ⁴³	Integra estrategias de comportamiento, biomédicas y estructurales para disminuir el número de nuevas infecciones.
2016	OMS.	Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. ⁴⁴⁻⁴⁵	Actualiza las medidas de prevención enfatizando en el tratamiento la profilaxis pre exposición (PrEP) y post exposición (PEP).
	Naciones Unidas.	Declaración Política de las Naciones Unidas. ⁴⁶	Establece metas de impacto, cobertura, productos, políticas y financiación para el año 2020 y pronostica el fin de la epidemia para el año 2030.
	OPS.	Directrices sobre la autodetección del VIH y la notificación a parejas o compañeros sexuales. ⁴⁷	Provisión de servicios de pruebas de VIH por prestadores no profesionales capacitados y autodetección.
2016-2021	OMS.	Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH en la ruta acelerada para terminar con el sida. ⁴⁸	Promueve un enfoque centrado en las personas, basado en los principios de los derechos humanos y la equidad sanitaria.
	ONUSIDA.	Acción acelerada para acabar con el sida. ⁴⁹	Se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y ratifica poner fin a la epidemia de sida para el 2030.
2017	ONUSIDA.	Hoja de ruta de prevención para el 2020. ONUSIDA (2017). ⁵⁰	Plantea ampliar los programas de prevención del VIH como parte de una respuesta acelerada.
2019	OMS.	Directrices unificadas sobre los servicios de detección del VIH para una epidemia cambiante. ⁵¹	Orienta la vinculación de la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH.
2019	OPS	Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. ⁵²	Establece mejorar la disponibilidad y cobertura de los servicios de VIH e ITS dirigidos a las poblaciones clave, sistemas de monitoreo que sean sostenibles.

Año	Organización	Estrategias, declaraciones y directrices	Características
2020	ONUIDA/Global HIV Prevention Coalition.	Informe de síntesis sobre las interrupciones y adaptaciones en los servicios del programa de prevención durante la epidemia de COVID-19. ⁵³	Analiza el estado de los programas de prevención del VIH en tiempos de COVID-19, identifica vulnerabilidades y riesgos clave e interrupciones importantes del servicio y documenta las respuestas en variedad de entornos.
2021	OMS.	Directrices consolidadas sobre prevención del VIH, pruebas, tratamiento, servicio, entrega y seguimiento. Recomendaciones para un enfoque de Salud Pública. ⁵⁴	Actualiza las directrices consolidadas de la OMS en el 2016.
2021-2026	ONUSIDA.	Estrategia Mundial contra el sida. Acabar con las desigualdades, acabar con el sida. ⁵⁵	Pretende reducir las desigualdades que fomentan la epidemia del sida.
2022-2030	OMS.	Estrategias mundiales del sector salud para el VIH, hepatitis vírica y las infecciones de transmisión sexual. ⁵⁶	Destaca el papel del sector salud en el control de la epidemia, del enfoque multisectorial de salud en todas las políticas y promueve las sinergias entre la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud.

Fuente: Elaborado por la autora.

Anexo 2. Principales modelos de estrategias de prevención del VIH en el mundo.

Principales modelos de estrategias de prevención del VIH en el mundo				
Modelos	Año	Origen	Características	Análisis crítico
San Francisco. ⁵⁷	1982.	Instituto de Salud Pública Estados Unidos.	Utiliza el modelo de Comunicación persuasiva de William McGuire, de la comunicación personal y medios de divulgación.	La polarización de las acciones hacia los HSH, redujo la percepción del riesgo en el resto de la población. Primó el enfoque de riesgo y de responsabilidad individual.
Harold Estrada. ⁵⁸	(Década 80). Epidemiológico conductual.	Universidad de Colombia.	Centrado en conductas individuales de riesgo, se basa en la teoría de creencias en salud.	Centrado la responsabilidad individual, no aborda los determinantes estructurales e intermedios.
	(Década de los 90). Antropológico Cultural.	Universidad de Colombia.	Tiene en cuenta los significados que le dan los sujetos a las prácticas preventivas a partir de su pertenencia y su contexto sociocultural.	Generaliza las prácticas y conductas predisponentes de la transmisión y no las situaciones específicas de las personas.
	(Inicios década 2000). Político económico.	Universidad de Colombia.	Sustituye el enfoque individual por la vulnerabilidad. Promueve el activismo comunitario e incentiva al cambio social.	En las transformaciones de relaciones de género solo incluye a las mujeres y no a los HSH y trans, enfatiza en el determinismo económico social y desestima el papel de los individuos en la resistencia al cambio.
Reducción de riesgos. ⁵⁹	Década de los años 90.	Estados Unidos.	Postula 3 etapas de cambio.	Depende del reconocimiento del UDI de su comportamiento de alto riesgo y su disposición al cambio.
Jonathan Mann. ⁶⁰	1993).	Estados Unidos.	Cada uno de estos programas responde a diferentes niveles de conceptualización de la prevención de enfermedades. Informativas. Facultadores. Comunitarios.	Enfatiza más en la información y comunicación, percepción del problema por la sociedad, participación de los líderes y formulación de políticas, pero desestima el papel de los elementos estructurales y su abordaje.

Principales modelos de estrategias de prevención del VIH en el mundo				
Modelos	Año	Origen	Características	Modelos
Modelo de cambio de comportamiento Prochaska y Diclemente. ⁶⁰	1992,	Estados Unidos.	Pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.	Hace énfasis en la responsabilidad individual de las personas.
Modelo de estrategia de prevención VIH basado en la amplia cobertura de fármacos para atención integral. ⁶¹	Brasil, 1997.	El gobierno de Brasil forzado por la presión del movimiento social, decidió generalizar a todo el país la fabricación de las versiones genéricas de los fármacos contra el sida.	Basado en suministro de drogas ARV, políticas sociales progresistas enfocadas a los grupos de riesgo y colaboración con ONGs. Promoción del uso del condón y fuertes campañas de comunicación.	Las carencias del sistema público de salud en el Brasil dificultan un correcto seguimiento a las personas que mantienen el tratamiento antirretroviral.
Modelo de prevención del VIH. priorizando PrEP. ⁶¹	2010.	Estados Unidos Producto de entrevistas realizadas a las personas viviendo con VIH y consultores en el tema.	Basada en 4 componentes prevención, atención, reducción de las disparidades entre las poblaciones clave.	Dificultadas para un esfuerzo concertado Los esfuerzos individuales deben dar paso a una integración más sostenida y uniforme de programas y agencias.

Fuente: Elaborado por la autora

Anexo 3. Principales teorías utilizadas en la prevención del VIH.⁶⁰

Teorías	Conceptos clave	Características Generales	Aplicación	Autores
Creencias en Salud intrapersonal.	Susceptibilidad percibida, gravedad, beneficios, barreras, señales, auto eficacia.	Plantea que las personas conozcan información sobre la enfermedad para aumentar su percepción de gravedad, convencer a las personas de su susceptibilidad de explicar las conductas preventivas y los beneficios de la nueva conducta.	Cuando el comportamiento o situación suscita una motivación de salud.	Hochbaum, Rosenstock, Leventhal, Kegeles, Becker (1974).
Procesamiento de la información Intrapersonal.	Procesamiento, búsqueda de información y reglas de decisión.	Plantea que la información es una herramienta importante para la educación sanitaria y para la toma de decisiones en materia de salud.	Para seleccionar los aspectos más importantes a comunicar de forma que atraiga la audiencia.	James Bettman (1979).
Etapa de cambios Intrapersonal.	Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.	Señala que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto, y que los individuos se hallan en diferentes niveles de motivación y disposición a cambiar.	Para incrementar la conciencia, motivar, ayudar a la preparación para el cambio y reforzar las conductas positivas a la salud.	Prochaska y DiClemente, (1992).
Aprendizaje social Interpersonal.	Capacidad conductual, expectativa, Auto eficacia, modelaje, Refuerzo.	Plantea que las personas próximas afectivamente pueden ser capaces de generar cambios de comportamientos en determinados individuos, basándose en valores y el sistema de interpretación individual.	Para abordar los factores psicosociales que determinan el comportamiento y las estrategias para promover el cambio.	Banduras, (1977, 1986, 1988).
Locus de control Interpersonal.	Locus externo de control. Locus interno de control.	Los acontecimientos son resultado de las acciones de uno mismo, son gobernados por fuerzas independientes de uno.	Derivado de la teoría de aprendizaje social.	Wallston, 1978, Lau, (1982).

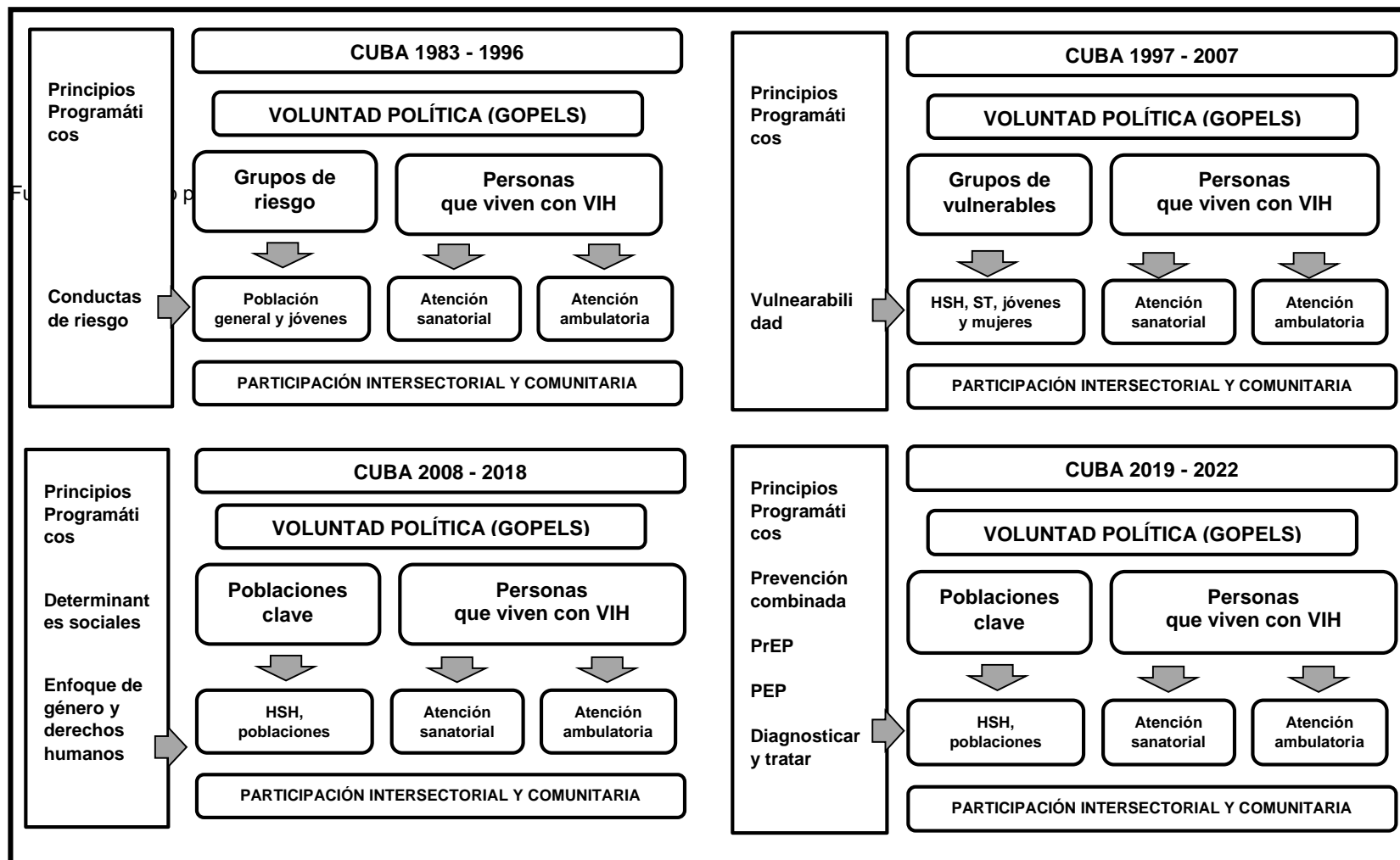
Teorías	Conceptos clave	Características Generales	Aplicación	Autores
Acción razonada Interpersonal.	Actitudes, normas subjetivas.	Los elementos influyentes para el cambio de conducta son una percepción del individuo de las normas o creencias sociales sobre lo que hacen o piensan con respecto a un comportamiento particular las personas que son importantes para él.	Para actuar sobre as actitudes y normas sociales del grupo de referencia que influyen en el comportamiento de las personas.	Ajzen Fishbein, 1975.
Organización comunitaria.	Desarrollo de la localidad, planificación social, acción social.	Tiene sus raíces en la teoría ecológica, la de los sistemas sociales, redes sociales y el apoyo social.	Dar a las comunidades herramientas para diagnosticar, identificar metas, planificar, priorizar problemas y tomar decisiones.	Basado en varias teorías.
Difusión de innovaciones (Comunitario).	Características de la innovación, canal de comunicación (lideres).	Señala que algunas personas influyentes de una población determinada actúan como agentes del cambio de comportamiento divulgando información e influyendo en las normas de grupo en su comunidad.	Cuando se quiere difundir nuevas ideas, productos o prácticas sociales en una sociedad o de una sociedad a otra.	Rogers Evers, 1983.
Cambio organizativo comunitario.	Definición del problema, inicio de la acción, implantación del cambio, institucionalización del cambio.	El cambio organizativo puede promover mejor si se trabaja a varios niveles dentro de la organización. Se basa en la teoría de etapas y en la teoría de desarrollo organizativo.	Para lograr el desarrollo organizacional tomando en cuenta el comportamiento y motivación de las personas.	Basado en varias teorías.

Teorías	Conceptos clave	Características Generales	Aplicación	Autores
Empoderamiento Comunitario.	Percepción del riesgo. Clima social normativo. Reducción de la vulnerabilidad. Provisión de servicios.	Plantea que los factores estructurales como la cultura, condiciones socioeconómicas y redes de apoyo pueden determinar condiciones de vulnerabilidad social.	Reconoce que la cultura, las condiciones socioeconómicas y presencia de redes de apoyo determinan las condiciones de vulnerabilidad social.	McAlister y PekkaPuska, (1987) Green y colbs, 1980. Mullen y colbs, (1987).
Mercadeo social Comunitario.	Uso de tecnologías para influir en el comportamiento de las audiencias destinatarias producto, precio, posicionamiento y publicidad.	El proceso está impulsado por el consumidor. Proporciona a la audiencia los beneficios que ésta considera que valen lo que cuestan y le permita al vendedor seguir proporcionándolo y mejorar la oferta de forma eficiente.	Desarrollar, evaluar, controlar programas de cambio de comportamiento mediante la creación e intercambios. Se fundamenta en las 4P (producto, precio, publicidad, promoción).	Kotler, Andreasen.
PRECEDE-PROCEDE	P: predisponentes R: reforzadores E: facilitadores C: causas E: educacional. D: diagnóstico. E: evaluación.	Dirige la atención del educador a planificar los procesos empezando por los resultados y no por las actividades. Consta de 7 fases: diagnóstico social, diagnóstico de salud, diagnóstico de conductas, identificación de factores predisponentes, facilitadores y de refuerzo.	Se utiliza para la planificación de estrategias de educación para la salud y para el análisis de políticas en este campo.	Green Lawrence, (1980).
Educación Participativa.	Colaboración. Participación. Responsabilidad social. Comunicación.	Postula que la falta de poder efectivo a nivel comunitario o de grupo y las condiciones económicas y sociales, son factores de riesgo para una salud deficiente.	Para la movilización y educación en salud de las comunidades.	Freire, (1970) – Amaro, (1995).

Teorías	Conceptos clave	Características Generales	Aplicación	Autores
Educación de Pares.	Se fundamenta en la teoría de aprendizaje social, Teoría de acción razonada, Difusión de Innovación y Educación Participativa.	Afirma que sus miembros pueden influir en el cambio de comportamiento de sus iguales.	Para la transmisión de información, modificación de actitudes y comportamientos.	Banduras (1986). Fishbein & Ajzen (1975). Rogers (1983). Amaro (1995) – Freire (1970).
Líderes de opinión	Se basa en la teoría de Banduras (modelaje)	Se basa en que existen personas en las comunidades, que tiene prestigio, popularidad y son apreciados por ello son escuchados y sus opiniones y creencias tienen influencia en los demás.	Para motivar y promover el cambio de comportamiento.	Paul Félix Lazarsfeld (2013).
Anticipación social al riesgo.	Riesgo Modificación de comportamientos Entorno social y cultural.	Se fundamenta en que los valores culturales de los individuos y comunidades condicionan representaciones sociales, que pueden aumentar el riesgo a adquirir la infección.	Para determinar cuáles son los riesgos y cómo se pueden modificar los cambios y conductas de las personas, en su propio entorno social y cultural.	Basado en la teoría de Moscovici (1979).

Fuente: Elaborado por la autora

Anexo 4. Modelo utilizado en la estrategia de prevención del VIH en Cuba 1983-2022.



Fuente: Elaborado por la autora

Anexo 5. Guía de observación.

Objetivos de la observación:			
Constructo a observar:	estrategia de prevención del VIH		
Período de observación:	1983-2022		
Sujetos a observar:			
<input type="checkbox"/> políticos	<input type="checkbox"/> directivos	<input type="checkbox"/> sectores sociales	<input type="checkbox"/> sociedad civil
Dimensiones:			
I.-Generales			
1.1. Fecha	1.2. Lugar	1.3. Actividad(es)	1.4. Participantes
II.- Entorno y relaciones			
2.1. Ambiente físico:		2.2. Ambiente social:	
III.- Antecedentes históricos			
3.1. ¿Qué actividades realizan y cómo las hacen?			
3.2. Cronología de los hechos			
IV Fundamentos teóricos			
4.1 Modelos y teorías utilizadas			
V.- Fechas y actividades que marcaron cambios			
VI.- Momentos relevantes			
VII.- Resultados significativos			
VIII.- Observaciones			

Anexo 6a. Documentos revisados

.II.3.1.1 Políticas gubernamentales:

- La Constitución de la República de Cuba promulgada en abril del 2019.
- Política para la comunicación establecidas por el gobierno para la prevención y control del VIH/sida.
- informes de reuniones nacionales de reuniones del Grupo Operativo para el Control y Lucha contra el sida (GOPELS).
- Acuerdos de las reuniones de gobierno en el chequeo del Programa de VIH/sida del país (presidentes de gobierno municipales, Consejo de Estado).
- Políticas públicas gubernamentales: Código del trabajo (2013), Programa contra el racismo y la discriminación racial (2019), Programa de Adelanto a la Mujer (2021) Código de las Familias (2022).

II.3.1.2 Documentos del Ministerio de Salud Pública.

- Objetivos de trabajo del MINSAP anuales
- Planes de trabajo, proyecciones estratégicas, objetivos, metas y directrices; transformaciones necesarias de la Salud Pública;
- Informes de balance
- Documentos de los Fondos del Historiador del MINSAP en el período que abarcó la investigación.

II.3.1.3 Documentos generales del Programa Nacional de Prevención de las ITSVIH/sida.

- Bases de datos del Programa Nacional de Prevención del VIH (PNPVIH) del Ministerio de Salud Pública (MINSAP),
- Informes de la situación epidemiológica del VIH. 1986-2021.
- Informes de evaluaciones del PNPVIH.
- Planes estratégicos nacionales.
- Informes de balance del MINSAP.
- Actas de los consejos del viceministerio de Higiene Epidemiología.
- Presentaciones y ponencias del programa nacional de prevención y control de las ITS- VIH.

II.3.1.4 Documentos del Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH.

- Informes de balance e investigaciones realizadas.
- Informe ejecutivo más de 10 años: en respuesta a la epidemia.
- Documentos normativos y técnicos.
- Publicaciones.

II.3.1.5 Documentos publicados por los organismos internacionales radicados en Cuba.

- Serie Aprendiendo y compartiendo. PNUD.
- Buenas prácticas en la prevención del VIH
- La estrategia cubana de respuesta al VIH. Organización No Gubernamental OXFAM.

- Estrategias, directrices y declaraciones emitidas por los organismos internacionales sobre el VIH.

II.3.1.6 Documentos de proyectos. Se obtuvo información de los proyectos realizados en el período estudiado, su imbricación con el desarrollo de las políticas gubernamentales y sectoriales.

II.3.1.7 Otros documentos revisados fueron:

- Reglamentos de los promotores de salud;
- Informes de reuniones nacionales con la sociedad civil.
- Informe de resultados y del monitoreo y evaluación.
- Artículos publicados en revistas cubanas e internacionales.
- Publicaciones realizadas por el CNP.

II.3.1.8 Productos comunicativos impresos de carácter público en diferentes momentos históricos: trabajos periodísticos y materiales educativos.

II.3.1.9 Documentos jurídicos (resoluciones emitidas vinculadas al VIH).

II.3.1.10 Tesis doctorales.

II.3.1.11 Referencias orales y escritas.

II.3.1.12 Documentos de Archivo personal.

Anexo 6b. Guía de análisis de contenido para la revisión documental

1. Fecha del documento.
2. Fecha de la revisión del documento.
3. Fuente: ____ primaria ____ secundaria ____ terciaria
4. Título del documento:
5. Clasificación del documento.
 - 5.1 Documento normativo (nacional, internacional).
 - 5.2 Informes (nacional, provincial), (semestrales, anuales); (sobre las áreas de epidemiología, educación, atención médica, vigilancia epidemiológica, integral) (enviado a GOPELS, MINSAP, organismos internacionales, interno)
 - 5.3 Documento técnico (periodo que abarca, línea que aborda, fecha de aprobación).
 - 5.4 Evaluación (aspectos que incluye, periodo que abarca, resultados).
 - 5.5 Investigación (tema, autores/as, periodo que abarca, población a la que va dirigida, resultados, salidas).
 - 5.6 Publicaciones (libros, revistas, manuales, otros cuáles),(nacionales e internacionales),(impresos , online).
 - 5.7 Presentaciones (en eventos científicos, reuniones nacionales, MINSAP, otros sectores).
 - 5.8 Planes estratégicos nacionales.
 - 5.9 Hecho histórico (Escritura textual del hecho o acontecimiento como aparece en la fuente).
 - 5.10 Otro, ¿cuál?
6. Documentos no publicados.
7. Fuente donde evidenció: Folio, tomo, páginas: Editorial, Año, Lugar.
8. Evidencia: Foto: ____ Fotocopia: ____ Copia original: ____ Otras: ____

ANEXO 7. Cálculo del coeficiente de competencia de los expertos

Secuencia de pasos a seguir:

1. Confeccionar una lista inicial de personas posibles de cumplir los requisitos para ser expertos en la materia a trabajar.
2. Realizar una valoración sobre la experiencia que poseen, para evaluar de esta forma los niveles de conocimientos que poseen sobre la materia. Se realiza una primera pregunta para una autoevaluación del grado de información y argumentación que tienen sobre el tema en cuestión. En esta pregunta se les pide que marquen con una (X) en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que tienen sobre el tema a estudiar.
3. A partir de aquí se calcula fácilmente el Coeficiente de Conocimiento o Información (Kc), a través de la siguiente fórmula:

$$Kc = n (0,1)$$

Donde:

Kc: Coeficiente de Conocimiento o Información.

n: Rango seleccionado por el experto.

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

4. Se realiza una segunda pregunta que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar.

5. Se determinan los aspectos de mayor influencia. A partir de estos valores reflejados por cada experto en la tabla se contrastan con los valores de una tabla patrón sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar:

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por usted	0,3	0,2	0,1
Su experiencia obtenida	0,5	0,4	0,2
Trabajos de autores nacionales	0,05	0,05	0,05
Trabajos de autores extranjeros	0,05	0,05	0,05
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero	0,05	0,05	0,05
Su intuición	0,05	0,05	0,05

6. Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el Coeficiente de Argumentación (K_a) de cada experto:

$$K_a = (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6)$$

Donde:

K_a : Coeficiente de Argumentación

n_i : Valor correspondiente a la fuente de argumentación i (1 hasta 6)

7. Una vez obtenido los valores del Coeficiente de Conocimiento (K_c) y el Coeficiente de Argumentación (K_a), se procede a obtener el valor del Coeficiente de Competencia (K), que es el Coeficiente que determina en realidad qué experto se toma en consideración para trabajar en esta investigación. Este coeficiente (K) se calcula de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (K_c + K_a)$$

Donde:

K : Coeficiente de Competencia

K_c : Coeficiente de Conocimiento

Ka: Coeficiente de Argumentación

8. Posteriormente obtenido los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0,8 < K < 1,0$ Coeficiente de Competencia Alto.

$0,5 < K < 0,7$ Coeficiente de Competencia Medio.

$K \leq 0,4$ Coeficiente de Competencia Bajo.

Se utilizan para la consulta expertos que tienen competencia alta.

Anexo 7a. Listado de expertos

No.	Cargo	Experiencia	Tiempo(Años)
1	Viceministro	Epidemiología Adm. de Programa	33
2	Jefe de programa VIH	Epidemiología Adm. de Programa	33
3	Director Sanatorio Santiago de las Vegas	Atención Medica Adm. Programas	40
4	Directora CNP	Prevención	21
5	Jefa de Atención Médica VIH. MINSAP	Atención. Médica	36
6	Especialista VIH MINSAP	Epidemiología	36
7	Jefe Programa VIH, La Habana	Epidemiología Adm. Programa	25
8	Coordinadora de la Red de Personas viviendo con VIH	Prevención Sociedad civil	23
9	Director CNP PROSALUD	Prevención Sociedad civil	22
10	Coordinadora de la Red de Mujeres con VIH	Prevención Sociedad civil	23
11	Directora municipal de salud Holguín, Alcides Pino.	Trabajo en servicios	23

Fuente: Elaborado por la autora.

Anexo 7b. Consentimiento informado

Yo, _____

Por voluntad expresa doy mi consentimiento a participar en la investigación Aportes de la Estrategia de Prevención del VIH: a los conocimientos y la practica la Salud Pública cubana 1983-2022. Doy fe que he recibido la información sobre el estudio y que la información obtenida sólo se utilizará con fines científicos. Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere inadecuada y para que así conste firmo:

a los ____ días del mes _____ del _____..

Firma del participante

Anexo 7c. Cuestionario de autoevaluación de competencias de los expertos

Se realizará la investigación sobre la Estrategia de prevención del VIH en Cuba en el periodo 1983-2021. Su experiencia en el tema sería de gran valor por lo que se ha confeccionado un listado de posibles expertos, donde usted está incluido. Si está de acuerdo en participar le agradecemos responda las siguientes preguntas:

Objetivo: Determinar los expertos que validarán la estrategia de prevención del VIH.

Al aplicar el método de criterio de expertos en la investigación que se realiza, resulta de gran valor que usted se autoevalúe en cuanto al nivel de conocimientos que posee sobre el tema de VIH.

1. Nombres y Apellidos _____
2. Área de experticia : _____
3. Años de experiencia: _____
4. Publicaciones en revistas especializadas:
Internacionales: _____ Nacionales: _____
5. Participación en eventos científicos:
Internacionales: _____ Nacionales: _____

Marque con una (X), en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que usted posee sobre la estrategia de prevención del VIH en el período 1986-2021.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

6. Marque con una X cómo usted valora su nivel de argumentación o fundamentación sobre el tema sobre la estrategia de prevención del VIH.

Muchas Gracias

Anexo 7d. Resultados del cálculo del coeficiente de competencia de Kappa

No.	Cargo	Kc	Ka	K
1	Viceministro	1	0.9	0.9
2	Jefe de programa VIH	0.8	0.8	0.8
3	Director Sanatorio Santiago de las Vegas	1	1	1
4	Directora CNP	0.8	1	0.9
5	Jefa de Atención Médica VIH. MINSAP	0.9	0.9	0.9
6	Especialista VIH MINSAP	1	1	1
7	Jefe Programa VIH, La Habana	0.9	1	1
8	Coordinadora de la Red de Personas viviendo con VIH	0.7	0.9	0.8
9	Director CNP PROSALUD	0.7	0.9	0.8
10	Coordinadora de la Red de Mujeres con VIH	0.8	0.9	0.8
11	Directora municipal de salud Holguín, Alcides Pino.	0.8	0.8	0.8

Fuente: Elaborado por la autora.

Anexo 7e. Guía para la entrevista a expertos

Nombre y apellidos:

1. ¿Le presentamos una propuesta de periodos de la estrategia de prevención del VIH en Cuba dada su experiencia en el tema?

1983-1996 ---- Preparación y primeros pasos

1997-2007 ---- Fortalecimiento de la estrategia de prevención

2008-2018 ---- Consolidación de la estrategia de prevención

2019-2021 ---- Reorientación de la estrategia de prevención del VIH en el contexto de la COVID 19.

a. ¿Considera usted. que reflejan los períodos antes descritos la realidad?

_____ si _____ no ¿Por qué?

b. ¿Tiene alguna nueva propuesta?

_____ si _____ no ¿Cual?

2. ¿Considera usted que la estrategia de prevención ha estado siempre en correspondencia con el comportamiento de la epidemia de VIH?

3. ¿Cómo valora en los diferentes periodos la participación de: (fundamente su respuesta)?

3.1 Gobierno

3.2 Directivos del sector salud

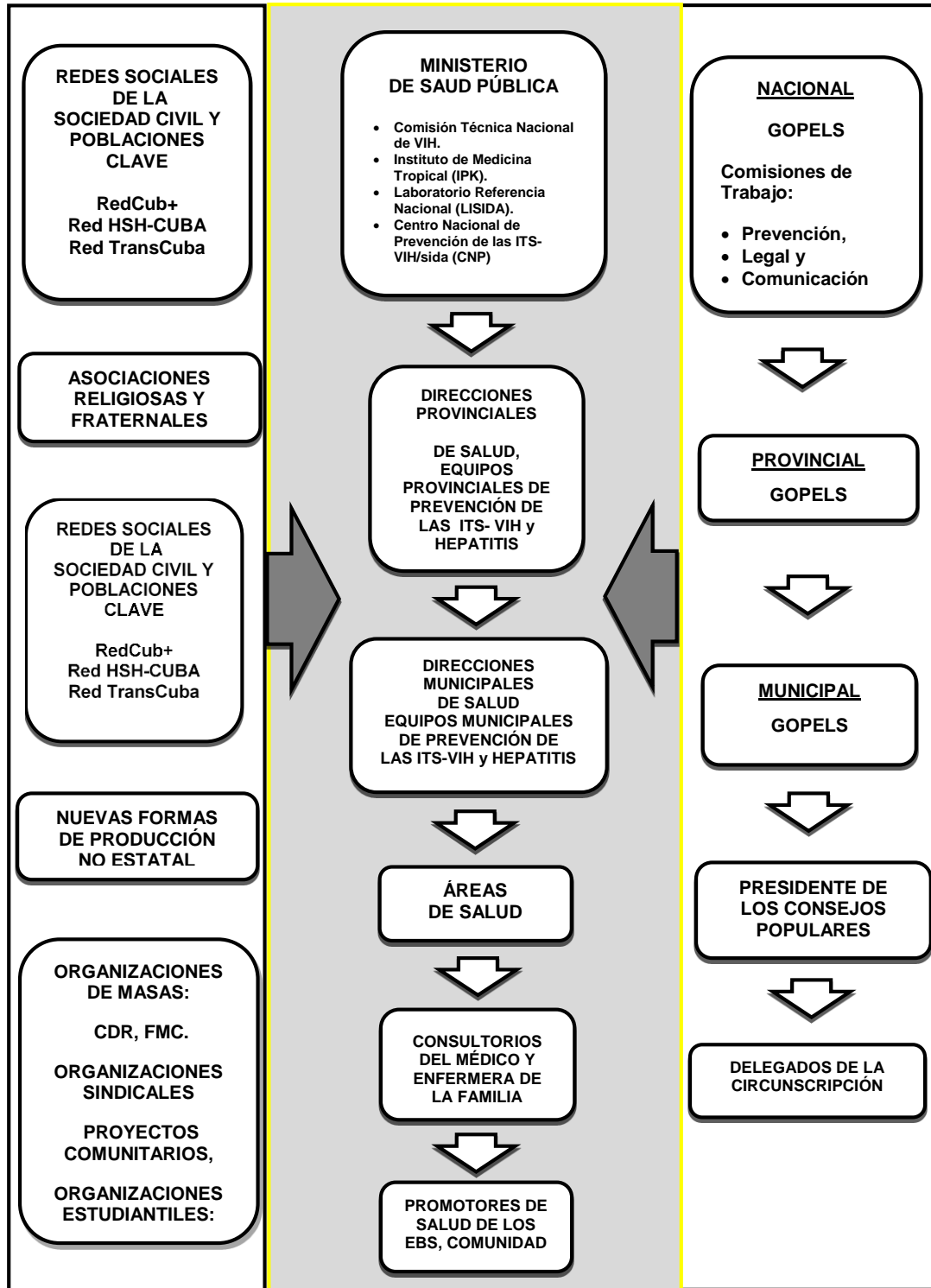
3.3 Otros sectores. ¿Cuáles?

3.4 Poblaciones clave

4. ¿A su consideración debe adicionarse alguna actividad más en cada uno de los periodos?

5. Identifique resultados, deficiencias y barreras que en la estrategia de prevención del VIH/sida, según periodos.
6. ¿Qué resultados usted considera pueden constituir un aporte a la Salud Pública Cubana?

Anexo 8. Estructura de la estrategia de prevención de VIH



Fuente: Elaborado por la autora

Anexo 9. Resultados de la estrategia de prevención del VIH según períodos. Cuba 1983-2022.

RESULTADOS	Periodo 1983-1996	Periodo 1997-2007	Periodo 2008- 2018	Periodo 2019-2022
	Creado el sistema de vigilancia epidemiológica.	Contenida la transmisión por sangre y TMI.	Cuba certificada por eliminar la TMI y sífilis congénita.	Mantiene Cuba la prevalencia más baja de la región de América Latina y el Caribe del VIH.
	Disminuida la transmisión por sangre y TMI. Recursos humanos formados	Caracterizada, Organización e Integradas las poblaciones más afectadas por el VIH.	Transversalización del enfoque de género	Recertificado el país como eliminada TMI y sífilis congénita.
	Atención médica gratuita a todos los diagnosticados/as.	Seis medicamentos ARV en el país.	Avances en las metas 90-90-90.	Implementado plan de continuidad y mitigación de riesgos ante epidemias
	Uso de los medios masivos de comunicación Prioridad a la atención. Creado GOPELS	Realizadas campañas de comunicación e investigaciones.	Realizada vigilancia de resistencia a los ARV.	Implementados servicios diferenciados para poblaciones clave en municipios afectados
		Integrado el enfoque sociocultural en la estrategia de prevención.	Reorganizada y regionalizada la atención a las PVV.	Montaje de sistema de monitoreo de los servicios de prevención en APS.
		Incremento del uso del condón Prioridad a la prevención	Fortalecimiento de la intersectorialidad.	Extensión de los servicios de PrEP y PEP en el país
		Disminuida de la prevalencia en la población de 15 a 24 años.	Ampliado paquete de prevención en población clave. Iniciada la prueba piloto de la PrEP.	

Fuente: Elaborado por la autora

Anexo 10. Hitos y aportes principales según períodos identificados. Cuba 1983- 2022

Periodos	Hitos	Aportes
Preparación y primeros pasos 1983-1996.	Política sanatorial centralizada 1986. Creación de GOPELS 1986. Atención ambulatoria 1993. Realización de estudios en población como Vigilancia de 2da generación 1996-2021.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la estrategia de prevención del VIH. • Gestión de GOPELS a todos los niveles. • Gestión del conocimiento. • Vinculación de la atención con la alta tecnología y bio tecnología. • Prioridad a la prevención.
Fortalecimiento de la estrategia de prevención del VIH 1997-2007.	Apertura del CNP 1998. Producción cubana de ARV 2001. Enfoque sociocultural a la prevención del VIH, 1999. Oficialización del trabajo con las poblaciones clave 2003. Aprobación del proyecto Fondo Mundial 2003. Aprobación de la estrategia de prevención en HSH, 2005. Inicio de la descentralización de la atención, 2006.	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la estrategia de prevención del VIH • Incorporación de las poblaciones clave a los procesos de toma de decisiones relacionados con el VIH. • Organización de la sociedad civil. • Aplicación de la vigilancia epidemiológica de primera y segunda generación. • Atención a las redes de la sociedad civil. • Vinculación de la alta tecnología y biotecnología con la APS.
Descentralización de los servicios de atención y prevención 2008-2018.	Seguimiento a la Declaración de Ministros de Salud y Educación, 2008. Apertura de centros hospitalarios regionales, 2010. Diseñadas las marcas cubanas de condones, 2009-2010. Elaboración de la Estrategia de género y el modelo IGES, 2012. Cuba obtuvo Certificación de eliminación de la TMI y sífilis congénita, 2015. Prueba piloto PrEP en Matanzas y Cárdenas, 2018.	<ul style="list-style-type: none"> • Institucionalización del enfoque de género al componente educativo del PEN. • Metodología para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y sífilis congénita.

Periodos	Hitos	Aportes
Reorientación de la estrategia de prevención post COVID-19 2019-2022.	<p>Revalidación de la certificación de eliminada la TMI y sífilis congénita (2019).</p> <p>Reenfoque de la prevención hacia la evaluación de riesgo sustancial y entrega de paquetes mínimo de prevención.</p> <p>Desarrolladas estrategias de atención y prevención a poblaciones clave, en periodo de epidemia de COVID-19.</p> <p>Fortalecimiento del enfoque de derechos y género (servicios SOJ).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la organización de la sociedad civil en redes que ofrecen servicios comunitarios de atención y prevención. • Extensión de los avances científicos tecnológicos.

Fuente: Elaborado por la autora.