ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Situación de la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH y sifílis congénita
en los países de Centroamérica

El Salvador, Agosto 2011

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

MCR
Mecanismo de Coordinación Regional
Grupo Técnico Asesor en VIH

COMISCA
Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Situación de la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH y sifílis congénita en los países de Centroamérica

El Salvador, Agosto 2011

Equipo Coordinador

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

Dra. María Dolores Pérez-Rosales
Asesora Subregional Centro América ITS/VIH

Dr. Raúl Gonzáles
Asesor Regional para PTMI y VIH Pediátrico

Suzanne Jacob Serruya
Asesora Regional de Salud Reproductiva
Centro Latinoamericano de Perinatología/
Salud de la Mujer y Reproductiva
(CLAP/SMR)

Dra. Mónica Alonso
Asesora Regional de Vigilancia Epidemiológica ITS/VIH

Dra. Maritza Romero
Asesora Subregional de FCH

UNICEF

Lic. Cecilia Sánchez
ITS/VIH

Colaboradores

Secretaría Ejecutiva de la COMISCA

Dr. Rolando Hernández
Secretario Ejecutivo

Dra. Nuria Canizales
Coordinadora de Gestión y Monitoreo
de Procesos regionales en Salud

Mecanismo de Coordinacion Regional (MCR)

Dra. Ana Isabel Nieto
Jefa del Programa Nacional ITS/VIH/Sida
Presidenta del MCR
El Salvador

Dr. Héctor Galindo Castellanos
Jefe Del Programa Nacional ITS/VIH/Sida
Secretario Del MCR
Honduras

Dr. Marvin Manzanero
Jefe Del Programa Nacional ITS/VIH/Sida
Tesorero Del MCR
Belice

Lic. Alejandra Acuña
Jefa de La Unidad de Planificación Estratégica
de la Producción Social de la Salud
Costa Rica

Dra. Claudia Samayoa
Jefa del Programa Nacional ITS/VIH/Sida
Guatemala

Dr. José Antonio Izazola
Jefe del Programa Nacional ITS/VIH/Sida
México

Dr. Enrique Beteta
Secretario General del Ministerio de Salud
Nicaragua

Dr. Luis Ernesto Feliz
Jefe del Programa Nacional ITS/VIH/Sida
República Dominicana

Sr. Otoniel Ramírez
Secretario Regional Red Centroamericana de Personas Positivas (RedCa+)

Visión Mundial

CDC/GAP-CA

ONUSIDA

OPS/OMS

USAID

Consultora

Dra. Rosa Polo
Jefe de Área Asistencial y de Investigación
Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida
Madrid, España

Diseño Gráfico
Mauricio Ponce

Abreviaturas

CDC	Centre for Disease Control and Prevention. Atlanta
COHSOD	Council for human and social development (CARICOM)
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
FESAL	Encuesta de Salud familiar de El Salvador
FTA-ABS	Examen de sangre para detectar anticuerpos contra la bacteria Treponema pallidum que produce la sífilis
IDG	Índice de desigualdad de género
IE	Iniciativa para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis Congénita en América Latina y el Caribe
IDH	Índice de Desarrollo humano
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa conjunto de Naciones Unidas obre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORAS	Organismo Andino de Salud
PANCAP	Pan Caribbean partnership against HIV and AIDS
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el desarrollo
PTMI	Prevención de la Transmisión Materno-Infantil
RPR	Reagina plasmática rápida
TARV	Tratamiento antirretroviral
UNGASS	Sesión extraordinaria de la Asamblea de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia,
USAID	Agencia de Cooperación de los Estados Unidos de América
VDRL	Prueba serológica para la sífilis

Contenido

I. Resumen ejecutivo

II. Introducción

III. Antecedentes relevantes

- Objetivos de la Declaración del Milenio. Año 2000
- Compromisos UNGASS. Años 2001 y 2006
- Guía para la PTMI. ONUSIDA, OMS y otras agencias

IV. Marco conceptual: la prevención de la transmisión materno infatil del VIH y eliminación de la sífilis congénita en América Latina y Caribe

- Situación actual
- Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América latina y el Caribe
  - a) Viabilidad coste-beneficio
- Estrategia de Monitoreo Regional
- Guía Clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe

V. Situación de la transmisión materno infantil del VIH y sifilis y su prevención en los países de centroamérica

- Consideraciones generales
  - a) Aspectos demográficos y socioeconómicos
  - b) Situación del VIH/Sida en países de Centroamérica
  - c) La salud materno-infantil y la transmisión del VIH en países de Centroamérica
  - d) Costa Rica
  - e) El Salvador
  - f) Guatemala
  - g) Honduras
  - h) Nicaragua
  - i) Panamá
  - j) Resumen de existencia de Guías para la PTMI

- Migración, Género y VIH. Un desafío subregional

VI. Conclusiones

VII. Recomendaciones

I. Resumen ejecutivo

El informe que se presenta a continuación con el título de "Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis en Centroamérica" pretende recopilar la situación actual en relación con la prevención materno-infantil del VIH y de la Sífilis en países de Centroamérica con el fin de establecer unas estrategias de trabajo conjuntamente con los países incluidos (Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Guatemala y Panamá).

Existe un marco conceptual en el que se observa que en ausencia de intervenciones eficaces de prevención que incluyan TARV y sustitución de la lactancia materna, entre el 35% y el 50% de los hijos/as de embarazadas con VIH, serán infectados/as, siendo entre el 5% y el 10% durante el embarazo, entre el 10% y el 20% durante el trabajo de parto, y entre el 5% y el 20% durante la lactancia materna. El tratamiento con Penicilina con esquemas adecuados a embarazadas elimina la transmisión a sus hijos/as. En ausencia de dicho tratamiento, entre el 50% y el 80% de los casos de Sífilis gestacional acabarán en forma adversa, sea por aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita por *T. pallidum* en diversos grados de afectación clínica.

Por todo ello, el éxito en la PTMI del VIH y de la sífilis implica el efecto sinérgico de diferentes estrategias de intervención, que el sistema de salud debe ejecutar de forma coherente, a fin de conseguir los siguientes resultados simultáneos (**1**):

1. Prevención primaria de la infección por VIH y sífilis en mujeres en edad reproductiva.

2. Prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres con VIH.

3. Prevenir la transmisión del VIH de una mujer con VIH a sus hijos/as.

4. Prevenir la transmisión de la sífilis de madres infectadas a sus hijos/as.

5. Provisión de adecuado tratamiento, cuidados y apoyo a las madres con VIH, sus hijos/as, parejas y familiares.

El objetivo del documento es dar a conocer la situación actual de la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en la subregión de Centroamérica, identificar barreras para su implementación y establecer recomendaciones acordes con la Iniciativa Regional para la eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita.

En la subregión de Centroamérica se dispone de medidas de tratamiento y herramientas de diagnóstico simples y asequibles que resultan eficaces para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita.

En este documento se identifican las principales estrategias y acciones con un enfoque integrado para lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en América Central por medio del cual se aprovechen todas las oportunidades de diagnóstico en la mujer embarazada.

1. WHO. - Strategic Approaches to the prevention of HIV infection in infants: Report of a WHO meeting. Geneva 2002.

II. Introducción

La infección por el VIH y la sífilis congénita son dos graves problemas de salud pública que afectan especialmente a mujeres y niños/as y tienen consecuencias sociales y económicas para toda la población.

A nivel mundial, según el Informe de ONUSIDA 2010, se estima que en el año 2009 había 2,5 millones de niños y niñas viviendo con el VIH, de los cuales, en ese mismo año, unos 370.000 fueron infectados por transmisión materno-infantil. Esta cifra representa un descenso en el número de infecciones por esta vía de un 24% en relación a cinco años atrás. En el caso de las mujeres, para esta misma fecha, representaban el 52% del total de personas con infección por VIH. (**2**)

En América Latina y el Caribe viven un total de 1,640 millones de personas con el VIH y, de ellos, aproximadamente unos 53.000 son niños/as, de los cuales sólo en América Latina 4.000 son nuevas infecciones del año 2009. A pesar de que esta cifra no es muy elevada, la cobertura de la prevención de la transmisión materno-infantil sigue siendo baja en la Región, ya que solamente un 57% de las mujeres embarazadas recibieron counselling y se les realizó el test del VIH y sólo un 54% (39-83%) de las mujeres embarazadas con VIH habían recibido tratamiento antirretroviral para evitar la transmisión vertical en el año 2009. (**3**)

En relación a la sífilis congénita, América Latina y el Caribe es la región que presenta la tasa más alta a nivel mundial. Se estima que en el año 2007 nacieron más de 164.000 niños/as con sífilis congénita. (**4**)

Las consecuencias que tienen ambas enfermedades en la vida de los niños y niñas son importantes: la infección por VIH implica la adquisición de una enfermedad crónica que potencialmente acorta la esperanza de vida y la toma de un tratamiento desde el inicio de su vida lo que supone un enorme coste humano, social y económico.

Respecto a la sífilis, en ausencia de tratamiento, hasta un 80% de los embarazos en mujeres con sífilis activa acabarán de forma adversa, bien produciéndose un aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer o infección congénita. (**5**) En América Latina y el Caribe la mediana de seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 3,9% (0,7-7,2%). La mayoría de los países reportan tasas de prevalencia inferiores a 5%, aunque para algunas poblaciones notifican tasas hasta del 14%.(**4**).

En la actualidad, se dispone de intervenciones eficaces para la prevención de la transmisión materno-infantil de ambas enfermedades que contribuyen considerablemente a la reducción de la morbi-mortalidad materna, infantil y neo-

2 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

3 WHO, UNICEF and UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html, accessed 17 October 2010).

4 OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009

5 OPS, UNICEF. Estrategia de Monitoreo Regional. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, 2009.

natal y que han demostrado ser costo-efectivas por el ahorro potencial en la atención sanitaria de los casos evitables de niños y niñas y en el tratamiento de los mismos. (**6**)

Con el fin de contribuir al fortalecimiento de estas acciones preventivas, la OPS/OMS y UNICEF promovieron en el año 2006 una iniciativa conjunta, en el marco de la cual los países asumieron la realización de una evaluación que sirviera de base para definir y aplicar planes específicos de PTMI. (**7**)

El presente informe pretende realizar una revisión de las acciones puestas en marcha para la eliminación de la transmisión materno-infantil y de la sífilis congénita y exponer la situación actual en cada uno de los países centroamericanos comprometidos con la *Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita*, así como los desafíos pendientes y las recomendaciones a seguir.

Los países incluidos en este informe son: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá y el informe está dirigido a las Autoridades nacionales de salud, organismos de cooperación internacional y otros agentes involucrados en la PTMI en dichos países.

6 OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009.

7 OPS/UNICEF. Alianza para la Prevención de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en Centroamérica y República Dominicana. 2006

III. Antecedentes relevantes

Los países latinoamericanos y del Caribe han demostrado su preocupación por estos problemas desde hace años. En el año 1994, en la *XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana* se hizo un llamado a la eliminación de la Sífilis Congénita como problema de Salud Pública y, en 1995 se formuló el primer Plan de Acción. (**8**) A pesar de ello, no se lograron avances significativos hasta que en el 2005, se estableció un Marco de Aplicación y se formuló el *Plan Regional para VIH e ITS para el Sector Salud* (**9**). En este Plan, los países de las Américas se comprometieron a lograr reducir a menos del 5% la transmisión materno-infantil del VIH y a menos de 0.5 casos de sífilis congénita por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2015.

Posteriormente, a la luz de los recientes avances científico-técnicos y del desarrollo de los sistemas de salud, la meta de PTMI del VIH ha sido revisada para la Región de las Américas estableciéndose para el 2015 una transmisión menor del 2%.(**10**, **11**)

Consultas técnicas a autoridades de salud y personas expertas en VIH, Salud Materno Infantil y Salud Reproductiva, realizadas en 2008 y 2009, ratificaron la factibilidad de estas Metas y, a partir de ahí, se sentaron las bases de una Iniciativa para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita, en la Región de las Américas. (**12**)
Estos avances han sido incorporados en tres documentos clave, publicados a fines del 2009 y comienzos del 2010, que en conjunto conforman las bases de la Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe (IE), que son: *Un Documento Conceptual*(**13**) que establece las líneas estratégicas para el logro de los resultados, una Guía Clínica(**14**) que contribuye a unificar los criterios para el diagnostico, manejo clínico y tratamiento, y una Estrategia Regional de Monitoreo(**15**) que define los indicadores de impacto, de producto y de resultados que servirán para monitorear los avances y eventualmente para certificar que los países han alcanzado los objetivos previstos.

8 OPS. Resolución 116ª. Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington,DC: OPS; 1995 (Documento oficial CD38/15)

9 OPS. Plan Regional para VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015. Washington 2005.

10 Roses Mirta. Directora de la OPS/OMS. Discurso ante la XVII International AIDS Conference, AIDS 2008 August 3-8, 2008. México City. August 5, 2008.

11 OPS/OMS. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Nuevas recomendaciones globales. Semana virtual 2009: VIH y el sector salud. Washington, 25 de junio de 2009.

12 OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009.

13 OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009.

14 OPS, UNICEF. Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, enero 2010.

15 OPS, UNICEF. Estrategia de Monitoreo Regional. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, 2009.

Objetivos de la Declaración del Milenio. Año 2000

La Declaración del Milenio fue aprobada en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000 en la que se definieron ocho objetivos para ser alcanzados en el año 2015. (**16**)

De las metas establecidas en esta Declaración cuatro son las relacionadas con la promoción de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita y se presentan a continuación:

ODM3	Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer
ODM4	Reducir la mortalidad infantil
ODM5	Mejorar la salud materna
ODM6	Combatir el VIH/Sida y otras enfermedades.

Concretamente, el Objetivo 5 de esta misma Declaración planteaba Mejorar la salud materna con las siguientes metas.

Meta 5A:

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicadores:

5.1 Tasa de mortalidad materna

5.2 Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

Meta 5B:

Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

Indicadores:

5.3 Tasa de uso de anticonceptivos

5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes

5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas)

5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Asimismo, el Objetivo 6 de dicha Declaración pretendía Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades y, en relación con el VIH se plantearon las siguientes metas:

Meta 6A:

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicadores:

6.1 Prevalencia del Sida entre la población 15 a 24 años

6.2 Uso del preservativo en prácticas sexuales de alto riesgo

6.3 Porcentaje de población de entre 15 y 24 años con un conocimiento adecuado e integral del VIH/SIDA

6.4 Relación entre los niños/as de 10 a 14 años huérfanos y no huérfanos matriculados en el curso escolar.

Meta 6B

Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten

Indicadores:

6.5 Porcentaje de personas con infección avanzada por VIH con acceso a los medicamentos antirretrovirales

16 ONU. Asamblea General. Declaración de los Objetivos del Milenio. Nueva York, septiembre 2000.

Compromisos UNGASS. Años 2001 y 2006

En el marco de la Sesión especial sobre el Sida de la Asamblea General de Naciones Unidas (UNGASS) en el año 2001, los gobiernos de 189 países definieron las siguientes metas:

*"Para 2005, reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y para 2010 en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentado la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y brindando acceso a ese tratamiento a las mujeres infectadas con VIH y a sus hijos lactantes, así como mediante intervenciones eficaces para las mujeres infectadas con el VIH que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente a la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención."(***17***)*

"Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud y de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género" (**18**)

Para lograr estas metas se propuso un enfoque global del problema basado en un Marco de acción (**19**) para la prevención del VIH en la mujer y el niño/a con las siguientes líneas de acción:

- Prevención del VIH en la mujer en edad reproductiva
- Prevención de los embarazos no deseados en la mujer VIH positiva
- Prevención de la transmisión del VIH de madre infectadas a sus hijos/as:
  - Provisión de TARV
  - Prácticas seguras de parto
  - Consejería y apoyo para la nutrición de los niños/as
  - Seguimiento de la mujer con VIH y su hijo/a

Este marco de acción propuso seis indicadores básicos para el monitoreo y evaluación de los programas de la PTMI del VIH encaminadas a lograr los acuerdos de UNGASS 2001:

1. Disponibilidad de Normas Nacionales de atención que cubran los cuatro puntos del marco de acción para la PTMI.
2. Disponibilidad de trabajadores de la salud capacitados.
3. Disponibilidad de establecimientos que brinden los paquetes básicos de atención para la PTMI.
4. Número de mujeres que completan la consejería y se toman la prueba.
5. Disponibilidad de antirretrovirales para la PTMI.
6. Número de niños/as infectados hijos de madres VIH positivas.

17 ONU. UNGASS. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida. Nueva York, junio 2001.

18 Idem

19 ONU. Marco de Acción de las Naciones Unidas para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2001.

En el año 2005, en la Cumbre Mundial sobre Resultados en las respuestas ante el VIH, realizada en el contexto de la Asamblea General de Naciones Unidas (**20**), se acordó:

"Desarrollar e implementar un conjunto de acciones para la prevención, tratamiento y cuidado del VIH, con el propósito de aproximar lo más posible la meta de ***acceso universal al tratamiento para el año 2010*** *para todos quienes lo necesiten, incluyendo el incremento de recursos y trabajar para la eliminación del estigma y la discriminación, fortalecer el acceso a medicamentos de costos alcanzables, la reducción de la vulnerabilidad, en particular de los niños huérfanos y vulnerables, y las personas de edad avanzada".* (Traducción libre del original en inglés).

Posteriormente, en junio de 2006, una nueva Declaración política fue aprobada por los Estados miembros de las Naciones Unidas durante la Reunión de alto nivel sobre el Sida de la Asamblea General. (**21**)

En esta Reunión se asumió el compromiso de *"asegurar que las embarazadas tengan acceso a los cuidados prenatales, información, atención psicológica y otros servicios relacionados con el VIH, a aumentar la disponibilidad, así como el acceso de las mujeres que viven con el VIH y los bebés a ellos, de tratamientos eficaces para reducir la transmisión de madre a hijo y a asegurar intervenciones eficaces dirigidas a las mujeres que viven con el VIH, entre ellas la atención psicológica y los análisis a título voluntario y confidencial, con su consentimiento informado, el acceso al tratamiento, especialmente a la terapia antirretroviral durante toda la vida y, cuando corresponda, a sustitutos de la leche materna, así como a la prestación de una atención continuada"*

Teniendo como marco estos compromisos, en el año 2006 se formuló la Iniciativa Centroamericana sobre la PTMI (**22**) y en ella, los países asumieron el compromiso de realizar una evaluación de base, así como de formular y aplicar planes específicos para lograr la eliminación de la Sífilis Congénita y reducir la transmisión materno infantil del VIH a menos del 5% (posteriormente revisada a menos del 2%) de los hijos/as de madres con VIH. La OPS/OMS, UNICEF y otras agencias y organismos de cooperación han unido sus esfuerzos para apoyar las acciones de los países.

Guía para la PTMI. ONUSIDA, OMS y otras agencias

En 1999, ONUSIDA elaboró un documento de orientación sobre estrategias para la PTMI (**23**), con los conocimientos y recursos técnicos disponibles en ese momento. El desarrollo de estos recursos ha permitido revisar periódicamente las opciones estratégicas y técnicas para fortalecer la efectividad de la PTMI.

En el año 2007, un equipo interagencial reunido por la OMS e integrado por ONUSIDA, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, USAID, CDC, Family Health Internacional y otros organismos de cooperación internacional bilateral y multilateral, así como Organizaciones No Gubernamentales, elaboró la Guía para la Intensificación de la PTMI, en la cual se definieron los principales componentes de un esfuerzo más efectivo de PTMI. (**24**)

En el año 2010 se ha publicado una nueva versión de la Guía de tratamiento antirretroviral para mujeres embarazadas y la prevención de infecciones por VIH en niños y niñas. (**25**)

20 ONU. Asamblea General. 60/1. Documento final de la Cumbre Mundial 2005. 24 de octubre de 2005

21 ONU. Asamblea General. 60/262. Declaración política sobre el VIH/Sida. Junio, 2006.

22 OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009.

23 ONUSIDA. Prevención de la Transmisión materno-infantil del VIH. Opciones estratégicas. Ginebra, 1999.

24 WHO/UNICEF. Guidance on Global Scale-Up of the Prevention of Mother to Chile Transmission of HIV. With The Interagency task team (IATT) on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children. 2007

25 WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants. Recomendations for a public health approach. 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf

IV. Marco conceptual: La prevención de la transmisión materno infatil del VIH y eliminación de la sífilis congénita en América Latina y Caribe

Situación actual

En ausencia de intervenciones eficaces de prevención que incluyan TARV y sustitución de la lactancia materna, entre el 35% y el 50% de los hijos/as de embarazadas con VIH, serán infectados/as, siendo entre el 5% y el 10% durante el embarazo, entre el 10% y el 20% durante el trabajo de parto, y entre el 5% y el 20% durante la lactancia materna.(**26**) Esta frecuencia puede ser reducida a menos del 2% si se aplican adecuadamente y con cobertura universal, el conjunto de intervenciones que conforman la PTMI (**27**,**28**) incluyendo la sustitución de la lactancia materna por formulas lácteas cuando sea AFASS (Aceptable, Factible, Accesible, Segura y Sostenible). Si la sustitución de la lactancia materna no es AFASS, la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses manteniendo durante este tiempo el TARV a la madre es considerada la opción más efectiva y recomendable.(**29**) Por ello, para la prevención de la transmisión vertical, se deberían dirigir los esfuerzos a la prevención primaria del VIH y de la sífilis en mujeres en edad reproductiva, a la identificación de las embarazadas con VIH y a la mejora de su acceso a las mejores pautas terapéuticas disponibles, incluyendo el acceso universal a TARV y la sustitución segura y sostenida de la lactancia materna.

Respecto a la sífilis congénita, la definición de caso que se estableció fue "cada producto del parto (nacido vivo o mortinato) de una mujer con prueba serológica de sífilis positiva en el parto que no recibió un tratamiento adecuado durante el embarazo". Esta definición planteó dificultades en el contexto de los países de la Región, ya que es muy difícil la notificación de nacidos muertos/abortos si el parto no es institucional, por lo que se convocó una Reunión Regional de expertos/as para definir las bases para la implementación del programa de eliminación de la sífilis congénita en la región.(**30**)

El tratamiento con Penicilina con esquemas adecuados a embarazadas elimina la transmisión a sus hijos/as. En ausencia de dicho tratamiento, entre el 50% y el 80% de los casos de sífilis gestacional acabarán en forma adversa, sea por aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita por *T. pallidum* en diversos grados de afectación clínica. (**31**)

26 WHO, UNICEF and UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html, accessed 17 October 2010).

27 WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants. Recomendations for a public health approach. 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf

28 WHO/ UNICEF. Herramientas de Consejería en VIH y Alimentación Infantil. Guía de capacitación. 2008.

29 OPS, UNICEF. Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, enero 2010.

30 Valderrama J, Zacarías F, Marzin R. Sífilis materna y sífilis congénita: un problema grave de solución sencilla. Rev Panamá Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(3), 2004

31 OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009.

Los esquemas adecuados de TARV y de Penicilina en embarazadas, para los fines de PTMI, han sido actualizados en la Guía Clínica para PTMI ya mencionada anteriormente.

El éxito en la PTMI implica el efecto sinérgico de diferentes estrategias de intervención, que el sistema de salud debe ejecutar de forma coherente, a fin de conseguir los siguientes resultados simultáneos (**32**):

1. Prevención primaria de la infección por VIH y sífilis en mujeres en edad reproductiva.

2. Prevención de los embarazos no deseados entre las mujeres con VIH.

3. Prevención de la transmisión del VIH de una mujer con VIH a sus hijos/as.

4. Provisión de adecuado tratamiento, cuidados y apoyo a las madres con VIH, sus hijos, parejas y familiares.

Se considera que la PTMI logra su mayor efectividad cuando forma parte de un enfoque integrado de salud sexual y reproductiva que se realiza de manera descentralizada desde los servicios de Atención primaria coordinando las acciones entre los diferentes niveles y servicios del sistema de salud, garantizando el acceso universal de la población.(**33**,**34**,**35**)

En América Latina y el Caribe, a pesar de que la cobertura de la atención prenatal alcanza el 94%, en ocasiones las atenciones no siempre se brindan con una adecuada calidad ni se contabilizan las visitas de la misma manera llegándose a contabilizar el momento del parto como visita. En este sentido, es preciso resaltar que en algunos países la cobertura de partos institucionales sigue siendo baja lo que dificulta la aplicación de la estrategia.

En el año 2009 el porcentaje de mujeres gestantes tamizadas para VIH fue de 57%, la cobertura de algún tipo de profilaxis para la PTMI no supera en la Región el 54% y la prevalencia estimada de VIH en mujeres gestantes se estima en 0,3%.(**36**).

La prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas en la región es de 3.9%, con variaciones entre los países que oscilan entre 0.7% y 7.2%. De acuerdo a esta cifra se estima que en la Región se producen cada año unos 460.000 casos de sífilis gestacional.

32 WHO. - Strategic Approaches to the prevention of HIV infection in infants: Report of a WHO meeting. Geneva 2002.

33 OPS. Eliminación de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Marco de referencia para su implementación. 2005.

34 WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS and UCSF. Sexual and Reproductive Health and HIV. Linkages: Evidence Review and Recommendations. 2009.

35 WHO. - Strategic Approaches to the prevention of HIV infection in infants: Report of a WHO meeting. Geneva 2002.

36 WHO, UNICEF and UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html, accessed 17 October 2010).

Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe

Con la Iniciativa de Eliminación (IE) se busca superar el enfoque centrado en la enfermedad pasando a un enfoque centrado en la persona que permita abordar de manera conjunta la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. En el documento conceptual que describe la Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América latina y el Caribe(**37**), desarrollado para la Región de las Américas, se identifican las principales estrategias y acciones con un enfoque integrado para lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en América Latina por medio del cual se aprovechen todas las oportunidades de diagnóstico en la mujer embarazada.

El objetivo del documento es brindar recomendaciones y directrices que orienten y apoyen el desarrollo de planes estratégicos y operativos nacionales con el objeto de eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita como problema de salud pública en los países de América Latina y el Caribe.

Los principios rectores de la Iniciativa de Eliminación de la transmisión de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita son:

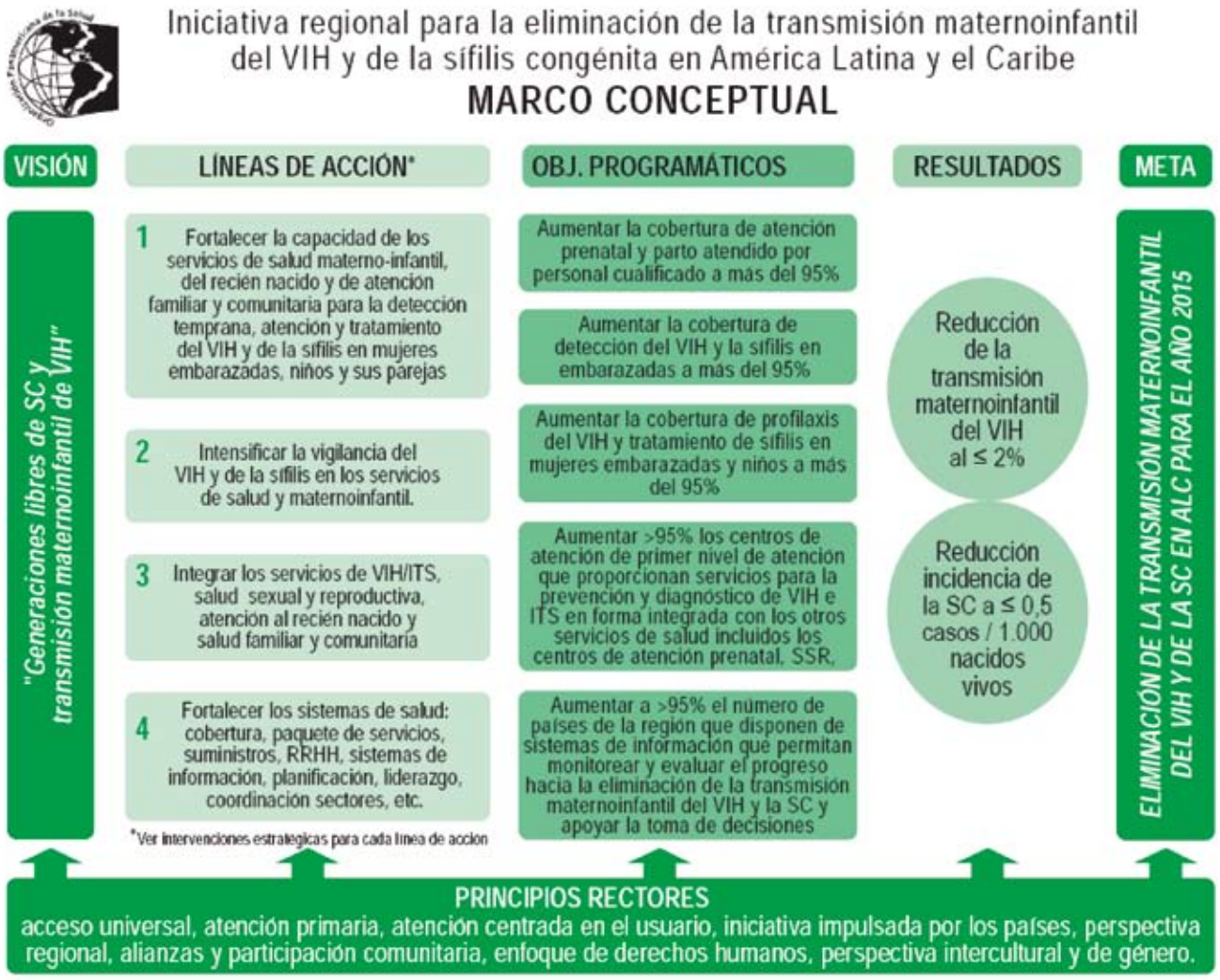
- El acceso universal a servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita.
- Reforzar la Atención Primaria integrando la oferta compartida de los servicios de SSR/VIH/ITS ofreciendo un amplio conjunto de servicios con especial atención a la familia y a los grupos más vulnerables.
- Centrada en el usuario/a garantizando la disponibilidad de un paquete integral de servicios para la mujer embarazada, su pareja y su familia, que incorpore un sistema eficaz de remisión contando con los agentes comunitarios e incorporando la perspectiva de género en la prestación de los servicios.
- Impulsada por los países y adaptada al contexto específico de cada país y territorio considerando la situación de la epidemia de VIH y de la sífilis, el sistema de salud, la organización de sus servicios materno-infantil y la cobertura.
- Perspectiva regional impulsándose de manera global para la Región de las Américas con el fin de permitir el intercambio de recursos y de buenas prácticas. Se aprovecharán las redes de colaboración y estructuras existentes como el COHSOD, el PANCAP en el Caribe, la COMISCA en Centroamérica, el ORAS en la subregión andina y el MERCOSUR. Los elevados niveles de migración entre los diferentes países, especialmente en el Caribe y Centroamérica, hacen que se considere prioritario el enfoque subregional.
- Alianzas y participación comunitaria: se impulsan procesos dirigidos por los países, desde ONG, sociedad civil y sector privado y se promueve una asociación interagencial liderada por OPS y UNICEF que optimice los recursos técnicos y financieros y que estimule la participación de todos los sectores de la sociedad.
- Enfoque de derechos humanos: Un enfoque de derechos humanos garantiza a todos los individuos el acceso a servicios con calidad, asegurando la confidencialidad y autonomía en la toma de decisiones sobre alimentación, tratamiento, vida reproductiva y sexual.
- Perspectiva intercultural, poniendo especial atención a los diferentes grupos étnicos que viven en la región teniendo en cuenta sus necesidades específicas y llevando a cabo intervenciones culturalmente apropiadas que

37 OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009.

respeten su cosmovisión, sus saberes tradicionales, formas de organización y diversidad de respuestas a la epidemia.

- Perspectiva de género fomentando la formulación de políticas y programas que fomenten la participación activa de los hombres y la reducción de la violencia de género.

Figura 1. Marco conceptual de la IE



Viabilidad coste-beneficio

El diagnóstico de la situación de los países de América Latina revela que existe disponibilidad de medios eficaces para eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita y que se dispone de medidas de tratamiento y herramientas de diagnóstico simples y asequibles.

La relativa alta cobertura de los servicios de salud materno-infantil, la disponibilidad de técnicas de diagnóstico, de TARV, la capacidad de realizar cesáreas, la capacidad de sustituir la lactancia materna por fórmulas lácteas, la disponibilidad de penicilina, VDRL, RPR, pruebas virológicas y test rápidos para la detección del VIH, además del compromiso de los países de la región hacen viable esta iniciativa.

En relación al análisis costo-beneficio, las estimaciones de costes incluyen la evaluación de los costes y ahorros relacionados con la atención prenatal, la atención al parto, la atención post-parto y servicios para el recién nacido, el tratamiento del VIH y de la SC, los costes del parto prematuro, los costes derivados del bajo peso al nacer, el aborto en condiciones inseguras, la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal. En este sentido, los estudios disponibles demuestran que la estrategia de la prevención de la transmisión materno-infantil es costo-efectiva.

La Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe ha supuesto una alianza entre los socios que trabajan en la región con el apoyo de las autoridades competentes en salud para realizar un análisis de la situación de los servicios de Prevención de la Trasmisión Materno Infantil (PTMI) del VIH y Sífilis congénita. Ha sido promovida por OPS y UNICEF en estrecha colaboración con otras agencias del Sistema de Naciones Unidas como ONUSIDA y UNFPA y pretende apoyar a los países de la región de América Latina y el Caribe en el desarrollo de estrategias dirigidas a la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita.

Estrategia de Monitoreo Regional (38)

Marco conceptual

El monitoreo y la evaluación son el eje central de los sistemas de salud pública ya que proporcionan información y evidencia sobre las mejores prácticas y las lecciones aprendidas.

La Estrategia de Monitoreo Regional brinda los fundamentos básicos y las orientaciones para el seguimiento del progreso de la Iniciativa Regional y recomienda la presencia de un conjunto común de indicadores en los planes nacionales que permita evaluar los esfuerzos regionales y establecer comparaciones a nivel de país y entre los países en cuanto al avance de metas.

El objetivo principal de la Estrategia de Monitoreo es la valoración del progreso en la eliminación de la SC y la transmisión materno-infantil del VIH en América Latina y el Caribe.

A continuación se presentan los indicadores de impacto que propone la estrategia resumidos en una tabla:

Tabla 1. Indicadores de impacto*

Indicador	Numerador	Denominador	Observaciones
1.1 Casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos	Casos reportados de SC según la definición de caso nacional	Número estimado de nacidos vivos.	OPS calculará este indicador en base a la metodología de OPS para los nacidos vivos estimados
1.2 Tasa reportada de transmisión maternoinfantil del VIH: porcentaje de niños nacidos de madres infectadas con VIH, que son positivos para el VIH	Número de niños que nacen de madres infectadas con VIH positivos para VIH diagnosticados mediante pruebas virológicas o pruebas serológicas a los 18 meses	Número comunicado de niños nacidos de madres infectadas con VIH .	En los lactantes alimentados a pecho: las pruebas deben tener lugar 6 semanas después de terminar las prácticas de amamantamiento.

Fuente: Guía de monitoreo de la Iniciativa para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. 2010

38 OPS, UNICEF. Estrategia de Monitoreo Regional. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, 2009

Figura 2. Mapa de los indicadores de monitoreo y evaluación de la Iniciativa Regional para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita

El indicador de productos es una medida cuantitativa o cualitativa de las actividades, productos de trabajo o acciones.
Los productos generalmente "cuentan cosas" producidas por los recursos del programa o servicios de salud. Están destinados a medir productos de la ejecución o actividades de un rograma. También se pueden referir a mediciones de procesos.
El indicador de resultados (outcome) mide los beneficios observables o los cambios para los individuos, comunidad o sociedad como resultado del programa que potencialmente contribuye a mejorar la salud pública.

Guía Clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe(39)

En el año 2010 se elaboró una Guía Clínica dirigida a trabajadores y trabajadoras de la salud y tomadores de decisiones con el fin de orientar las intervenciones para la eliminación de la transmisión materno-infantil y de la sífilis congénita e integrar la detección y el tratamiento de las madres infectadas.

Los principales objetivos de la Guía son:

- Extender la cobertura y fomentar el uso más frecuente y precoz de los servicios existentes para la atención del embarazo a fin de mejorar la calidad y el acceso de la atención prenatal, del parto, postparto y de los servicios de asesoramiento nutricional para la madre y de soporte nutricional para el niño/a.
- Conseguir un manejo integrado de la prevención de la transmisión del VIH y de la SC estandarizando el tratamiento
- Promover el uso racional de pruebas, medicamentos e intervenciones encaminadas a la prevención de la SC y la transmisión del VIH.

39 OPS, UNICEF. Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, enero 2010.

V. Situación de la transmisión materno infantil del VIH y sifilis y su prevención en los países de Centroamérica

Consideraciones generales

En América Latina y el Caribe se estima que en el año 2009 ocurrieron 109.000 nuevas infecciones por VIH y se calcula que había 1,6 millones de personas con VIH, y ocurrieron unas 70.000 muertes en ese año. (**40**).

En América Central se llevó a cabo una evaluación de la PTMI del VIH y la sífilis congénita por primera vez en Guatemala donde se desarrolló un instrumento para la evaluación en conjunto con UNICEF, OPS/OMS y el Programa Global de SIDA oficina de Centroamérica y Panamá de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC/GAP). (**41**)

En el año 2006 en Honduras se conformó un equipo de trabajo integrado por el Programa Nacional del SIDA, la Unidad de Atención a la Mujer, UNICEF, OPS, ONUSIDA, PNUD/Fondo Global y Sociedad Civil, con la finalidad de realizar el análisis de la situación de la PTMI de VIH y Sífilis (**42**).

Por otro lado, en Panamá la colaboración del Ministerio de Salud, OPS/OMS y UNICEF realizó el "Diagnóstico Rápido de Situación de la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y Sífilis en seis Regiones de Salud del Ministerio de Salud, República de Panamá" en 2006.(**43**)

El ministerio de salud pública de El Salvador, apoyado por OPS/OMS y el equipo conjunto de NN. UU. Realizó la evaluación del programa de PTMI y la sífilis congénita en 2009 (**44**)

Por último, cabe resaltar que en los países centroamericanos las debilidades de los sistemas de información y de vigilancia epidemiológica del VIH obstaculizan una comprensión actualizada de las epidemias en esta subregión.

40 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

41 Grupo de Trabajo PNSIDA, UNICEF, OPS/OMS, ONUSIDA-CDC/GAP/CAP. Análisis de la situación de los servicios de PTMI del VIH y Sífilis. Nivel local (3er borrador). Guatemala, Julio 2006

42 Secretaria de Salud de Honduras y Grupo de Trabajo Inter Agencial. Informe Análisis de Situación de los Servicios de de PTMI del VIH y Sífilis. 2006

43 MINSA/OPS/UNICEF. Informe de hallazgos y resultados del Diagnóstico rápido de situación de la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y sífilis en seis regiones de salud del Ministerio de Salud de la República de Panamá. 2006

44 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Evaluación del Programa de prevención de la transmisión del VIH y sífilis de la madre al hijo en El Salvador. 2009

Aspectos demográficos y socioeconómicos

Los países de Centroamérica conforman una unidad territorial e histórica a la vez que mantienen una importante diversidad en su riqueza cultural, en rasgos específicos nacionales de sus respectivas historias, en sus economías, en los niveles de desarrollo humano, así como en sus respectivos sistemas de salud. Así mismo, existen importantes diferencias al interior de cada país en relación al acceso, oportunidad y calidad de los servicios y atenciones que conforman las intervenciones de PTMI.

Se estima que en los 6 países considerados (más Belice), hay una población total de 4,4 millones de personas (Tabla 3), de las cuales 13,1 millones son mujeres en edad fértil y 14,3 millones son menores de 15 años (30,3%). Ocurren alrededor de 1,2 millones de nacimientos por año, para una Tasa Bruta de Natalidad conjunta de 25,7 nacidos vivos por cada 1000 habitantes. Guatemala es el país con mayor proporción de menores de 15 años y con mayores tasas de natalidad y de fecundidad, mientras que El Salvador tiene las más bajas. Las menores tasas de mortalidad infantil ocurren en El Salvador y Costa Rica, países que igualmente han alcanzado la mayor Esperanza de Vida al nacer (**45**). El mayor PIB Per cápita, al igual que los mejores Índices de Desarrollo Humano, corresponden a Costa Rica y Panamá, esto último se mantiene al ajustarlo por género. También son los países con menor Índice de Pobreza Humana.

El Índice de desarrollo humano es una medida del avance de cada país a través de tres dimensiones que son: salud (basado en la esperanza de vida al nacer), educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación de educación primaria, secundaria y superior así como los años de duración de la educación obligatoria) y el ingreso (medido por el PIB Per cápita). Según el Informe de Desarrollo Humano de 2010(**46**), el Índice de Desarrollo Humano varía entre los países del Istmo centroamericano oscilando entre 0,560 para Guatemala a 0,755 para Panamá.

Si observamos el Índice de desarrollo humano ajustado por desigualdad que mide el nivel de desarrollo humano de las personas de una sociedad teniendo en cuenta su grado de igualdad en el que en una sociedad con perfecta igualdad el IDH y el IDH-D tendrían el mismo valor. En este sentido, observamos que en todos los países al ajustarlo por desigualdad el índice es menor, oscilando entre 0,372 en Guatemala a 0,576 en Costa Rica.

Otra medida que tiene en cuenta la desigualdad es el Índice de Gini, que se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos y es un número entre 0 y 1 donde 0 es la igualdad perfecta (todas las personas tienen los mismos ingresos) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y los demás ninguno). En el caso de los países incluidos en este informe, el índice oscila entre el menos desigual que es El Salvador con 0,47 y el más desigual que es Honduras con 0,55.

Si tenemos en cuenta las desigualdades por razón de género, observamos el Índice de desigualdad de género, el cual refleja la desventaja de la mujer en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral. El índice muestra la pérdida en desarrollo humano debido a la desigualdad entre los logros de mujeres y hombres en dichas dimensiones y oscila entre cero, cuando las mujeres tienen las mismas oportunidades que los hombres a 1 cuando existen grandes diferencias entre los dos sexos en esas tres dimensiones.

En los países centroamericanos, el Índice de desigualdad de género varía desde el más desigual en Guatemala con un 0,713 al más equitativo en Costa Rica con un 0,501.

A continuación se muestra una tabla con los índices mencionados anteriormente para cada uno de los países:

45 OPS. Situación de salud de las Américas Indicadores básicos .2009.

46 PNUD. Informe de Desarrollo Humano. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. 2010

Tabla 2. Índices de desarrollo por país

PAÍS	IDH	IDH-D	INDICE DE GINI	IDG
Costa Rica	0,725	0,576	0,489	0,501
El Salvador	0,659	0,477	0.469	0,653
Guatemala	0,560	0,372	0,537	0,713
Honduras	0,604	0,419	0,553	0,680
Nicaragua	0,565	0,426	0,523	0,674
Panamá	0,755	0,541	0,549	0,634

Otros Indicadores demográficos y sociales se muestran a continuación en la tabla 3.

Tabla 3. Indicadores demográficos y sociales seleccionados. Países Centroamericanos.

INDICADOR	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	TOTAL
Población total (2010) (1)	4.694.623	7.453.303	14.361.666	7.614.345	5.815.524	3.496.796	43.436.257
Población Femenina en edad fértil (2010) (1)	1.272.187	3.901.572	3.540.861	1.969.538	1.565.421	914.338	13.163.917
Población< de 15 años (2010) (3)	1.211.213	1.281.968	5.974.453	2.809.693	2.006.356	1.014.071	14.297.753
% Pob.< de 15 años (2010) (3)	25,8	17,2	41,6	36,9	34,5	29,0	30,3
% Pob. 15-64 años	67,9	70,4	54,1	58,9	61,0	64,4	
% Pob. 65 y +(3)	6,3	12,4	4,3	4,2	4,5	6,6	
Nacimientos anuales (2005-2010) (3)	80.000	116.000	450.000	201.000	139.000	70.000	1.056.000
Nacimiento en < 20 años (2005-2010) %(3)	19,1	15,7	17,7	18,8	24,8	17,6	
Tasa bruta natalidad x1000h (Circa 2006) (2)	17,8	23	33,6	28	24,9	20,9	25,7*
Tasa Global fecundidad 2009(2)	1,9	2,3	4	3,2	2,7	2,5	
Tasa mortalidad < 1 año x 1000 NV 2006 o más reciente (2)	11	22	31	23	29	20,9	22,4*
Tasa Mortalidad materna x 100.000 nv (2005) (2)	30	170	290	280	170	130	
Esperanza de Vida al nacer (Informe PNUD 2010) (1)	79,1	72	70,8	72,6	73,8	76	
IDH 2010 (1)	0,725	0,659	0,560	0,604	0,565	0,755	
IDH ajustado por desigualdad (1)	0,576	0,477	0,372	0,419	0,426	0,541	
Índice de desigualdad de género (1)	0, 501	0,653	0,713	0,680	0,648	0,634	

* Incluye Belice

Fuentes:

1. PNUD. Informe de desarrollo humano. Nueva York, 2010
2. OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores 2009.
3. CEPAL. Proyecciones de población. Observatorio Demográfico 3. Santiago, Chile. Abril.2007

Situación del VIH/Sida en países de Centroamérica

Según la información disponible, el primer caso reportado ocurrió en 1983, en pacientes hemofílicos en Costa Rica. Se estima que en los 6 países considerados en el presente informe (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá) hay más de 200.000 personas con VIH. Honduras y Guatemala son los dos países donde la prevalencia de VIH es más alta superando el 1.6% en Honduras y el 0,8% en Guatemala.

La proporción hombre-mujer de casos de VIH es de 2: 1. (**47**)
La vía de transmisión es principalmente la vía sexual mayoritariamente la heterosexual, con la excepción de Costa Rica donde las infecciones en HSH representan una mayor proporción en las personas infectadas que en otros países.

En el año 2008 en América Latina del total de personas que necesitan TARV lo recibieron el 48% y, en el 2009 un 50%. Debido al cambio que se ha producido en el 2010 en las guías de OMS en relación con un inicio de TARV más temprano con cifras de CD4<350, se espera que se produzca un aumento en el número de pacientes en TARV (**48**).

47 ONUSIDA, OPS, UNICEF. Retos planteados por la epidemia en América Latina y el Caribe. 2009

48 WHO, UNICEF and UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html, accessed 17 October 2010).

La salud materno-infantil y la transmisión del VIH y sífilis congénita en países de Centroamérica

Se estima que hay 13,1 millones de mujeres en edad reproductiva. En estas mujeres, la cobertura de anticoncepción oscila entre el 43% y 80% según los países, indicando una importante brecha. Cada año ocurren alrededor de 1.056.000 nacimientos de los que entre el 15,7% y el 24,8% ocurren en mujeres menores de 20 años y hay una Tasa Bruta de Natalidad de 24,31 por mil habitantes.

Según la información disponible, Panamá reporta una incidencia de Sífilis congénita entre 0.5 y 1 por 1.000 nacidos vivos durante el período 1990-2005(**49**), Honduras ha reportado 10.8 en el 2006(**50**) y en el 2008 1,4(**51**), El Salvador ha reportado 1.4 (2003)(**52**) y Costa Rica 0.9 en el año 2009 (Informe epidemiológico, Ministerio de Salud de Costa Rica), todos por 1.000 nacidos vivos. No se encontró información de los otros países. Sin embargo, estas cifras manifiestan importantes deficiencias.

El número de embarazadas con VIH promedio anual estimado por los países es alrededor de 3.764. En el conjunto de América Latina el porcentaje de transmisión materno-infantil de VIH es muy alto, superando la mayoría de los países el 2%, aunque los métodos para calcular este dato varían mucho de un país a otro. (**53**)

49 MINSA/OPS/UNICEF. Informe de hallazgos y resultados del Diagnóstico rápido de situación de la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y sífilis en seis regiones de salud del Ministerio de Salud de la República de Panamá. 2006

50 Secretaría de Salud de Honduras.- Plan de Acción Nacional del Programa de PTMI del VIH y Sífilis Congénita 2099 - 2012. Tegucigalpa, Honduras 2009.

51 Secretaria de Salud de Honduras y Grupo de Trabajo Inter Agencial. Informe Análisis de Situación de los Servicios de de PTMI del VIH y Sífilis. 2006

52 Datos oficiales de los países sobre sífilis reportados a OPS

53 ONUSIDA. Epidemia del sida en América Latina. (avance del resumen UNGASS 2011. http://www.onusida-latina.org/index.php?content=article&id=18

En la región de América Latina en el año 2008 sólo a un 46% de las embarazadas se les realizó la prueba del VIH siendo de los países de la subregión, Costa Rica el que reportó mayor cobertura superando el 80%. (**54**). Según el Informe de ONUSIDA de 2010, de los países de la subregión, durante el año 2009 Panamá es el que reportó el porcentaje de tamizaje de mujeres embarazas más alto con un 85%, el resto de países presentaron las siguientes coberturas: Guatemala 23%, Nicaragua 58%, Honduras 51% y El Salvador 53% (**55**)

La cobertura de atención prenatal en estos países puede ser considerada alta, superior al 90 % (84,3 – 94,0). Respecto a la cobertura de TARV de las mujeres embarazadas, los países presentaron las siguientes: Costa Rica (17-53%), El Salvador (19-71%), Guatemala (15-56%), Honduras (2o-82%), Nicaragua (45-95%) y Panamá (19-95%).(**56**)

La población menor de 15 años en el conjunto de los países estudiados, asciende a unos 30,3 millones. Se estima que existen alrededor de 10.014 niños/as en estas edades con VIH, para una prevalencia estimada de 0,07 %. Según el Informe del UNGASS 2010, en el año 2009 existía en Honduras 2210 niños/as con VIH y, según estimaciones del MSPAS de Guatemala se estimaba en este país en el 2010 un total de 2928 niños/as con VIH. Es importante tener en cuenta que en el caso de Guatemala se trata de estimaciones y no se garantiza que los procedimientos de estimación sean los mismos en cada unos de los países.

No se pudo obtener información sobre las cesáreas realizadas en embarazadas con VIH, ni sobre el número y proporción de hijos/as de ellas que reciben atención integral y alimentación sustitutiva ya que este dato no se registra de esta manera en los países incluidos en el informe.

54 ONUSIDA, OPS, UNICEF. Retos planteados por la epidemia en América Latina y el Caribe. 2009

55 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

56 Idem

Tabla 4. Indicadores relacionados con VIH y Sida

INDICADOR	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Tasa de incidencia de VIH (100.000 hab.) 2009	5,9 (2008)	20	0,8	0,66	15,1	27,9*3
Razón Hombre/mujer (1)	4,50	1,7/1	2,5/1	1,4/1	1,8/1	3/1
% atención prenatal (3) (al menos 4 visitas	90% (al menos 1 vista, nd al menos 4)	79%	66%	81%	78%	nd
% atención al parto por personal capacitado	94%	84%	41%	67%	74%	91%
Nº personas con VIH (ONUSIDA, 2010)	9.800	34.000	62.00	39.000	6.900	20.000
Casos acumulados VIH/Sida (1)	5.339	24.098	20.488	27.714	3.849	10.381
Prevalencia VIH 15-49 años (1)	ND	0,31	0,34	0,7	0,2	1
Prevalencia de VIH en mujeres 15 y más años(1)	0,21	0,25	0,71	0,14	0,13	0,60
Nº estimado de personas que necesitan TARV	2.800	11.000	20,484	12.000	1.700	7.200
Nº personas que reciben TARV (1)	3.188*1	5.497	7.800	7.075	500	4.000
% de embarazadas VIH+ que reciben TARV (1)	80%	94%	24,85%	28%	100%	54.9%
% de lactantes infectados por VIH que nacieron de madres infectadas (2009)(1)	0%	10.9%	30%	ND	17.5%	ND
Tasa de transmisión materno-infantil(1)	0%	0,5	4,89	6,1%	1%	3,2%
% Cobertura TARV (2009)(1)	94%	74.5% adultos 93% niños	59%	53%	88.3%	21.4%
Año registro primeros casos de Sida (2)	1983	1984	1984	1985	1987	1984
% sangre tamizada VIH (1)	100%	100%	74,21%	48%	100%	47.01%
Cobertura anticoncepción	80	72	43	65,2	68,6	

*1 Datos a junio de 2010
*3 USAID, Ministerio de Salud. Política Pública Nacional sobre el VIH y Sida. Panamá 2008
Fuentes: Elaboración propia con datos de las siguientes fuentes:
(1) Reportes UNGASS Anuales de los países 2010
(2)Informes de evaluación de PTMI de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua (Línea de base) y Panamá (diagnóstico rápido) y Plan estratégico de Costa Rica 2011-2015
(3) OMS Estadísticas sanitarias mundiales. 2010

Los avances en la PTMI no han sido homogéneos entre los países, por lo que se hace necesario redoblar los esfuerzos para alcanzar las metas establecidas de reducir la transmisión materno-infantil del VIH hasta menos de 2 % y la incidencia de sífilis congénita hasta menos de 0.5 por mil nacidos vivos.

A continuación se presenta un resumen por cada uno de los países tratando de mostrar las brechas que aun deben ser superadas para alcanzar las metas de impacto y programáticas establecidas.

Costa Rica

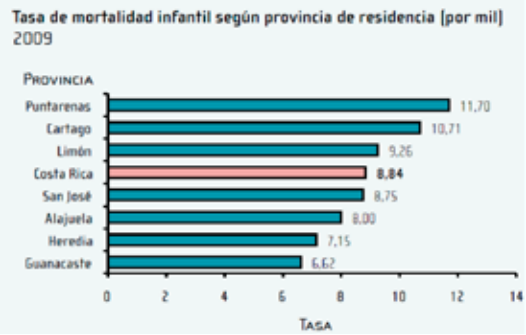
La población total del país para el año 2010, es de 4, 5 millones de habitantes, de los cuales 1,2 millones son menores de 15 años. Unas 2.700 mujeres de 15 años y más viven con VIH, para una prevalencia estimada del 0,2% de las 1,3 millones de mujeres en edad reproductiva. (**57**)

Cada año nacen alrededor de 80.000 niños y niñas. La cobertura de atención prenatal reportada está entre 92% y 99%(**58**,**59**). Según el Ministerio de Salud de Costa Rica, el tamizaje de VIH para embarazadas es del 100%, pero en el Informe de ONUSIDA de 2010 no aparecen datos para este país. (Información del Ministerio de saluden enero de 2011)

La provisión de AZT en embarazadas con VIH se inició en el 1995.(**60**) En el año 2008 se reportaron 38 embarazadas con VIH de las cuales 31 recibieron TARV para prevenir la transmisión materno-infantil. (**61**)

El número estimado de menores de 15 años con VIH según el Ministerio de Salud de Costa Rica es de 52(**62**), no obstante, se considera que esta cifra pudiera ser inferior a la real, dado que se ha detectado un importante subregistro de recién nacidos con infección por VIH según la proyección de OPS (datos no publicados). El número de hijos/as de embarazadas con VIH que recibió profilaxis con Trimetroprim-sulfametoxazol, e igualmente a los que se les realizó prueba virológica de VIH antes de los 2 meses de edad, era de 40 y el total estimado de niños/as que requerían tratamiento era de 52. (**63**)

En Costa Rica, el Sistema de Salud y de Seguridad Social tiene cobertura universal, lo que es una fortaleza para del país para la PTMI.



Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica

La tasa de Mortalidad Infantil (menores de un año) para 2009 fue de 8,8 por mil nacidos vivos (**64**). Tres provincias (Punta Arenas, Cartago y Limón) presentan tasas superiores al promedio nacional (11,7, 10,7 y 9,26 respectivamente), mientras Guanacaste y Heredia tuvieron 7,1 y 6,6. (Grafico producido por INEC).

En Costa Rica todavía no se ha realizado una evaluación sobre la implementación de la Iniciativa para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita que muestre cómo está la situación y qué intervenciones de prevención tanto a nivel prenatal, como en el parto y en el seguimiento de los recién nacidos y sus madres se llevan a cabo.

El gasto nacional en intervenciones relacionadas con el VIH, reportada para el año 2009 fue de US$ 18,884 millones. El 32% fue destinado a prevención, pero no fue posible establecer el monto de la inversión específicamente en PTMI. El 64,6% fue destinado a atención y tratamiento.(**65**)

57 Ministerio de Salud. UNGASS Country Progress Report. San José Costa Rica 2008

58 WHO, UNICEF and UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html, accessed 17 October 2010).

59 OPS, UNICEF. Estrategia de Monitoreo Regional. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, 2009.

60 Ministerio de Salud. Plan Estratégico VIH/SIDA 2006-2010. San José Costa Rica 2005

61 UNICEF, UNAIDS, WHO.- Children and AIDS Country Fact Sheets. New York 2008.

62 Ministerio de Salud. Plan Estratégico VIH/SIDA 2006-2010. San José Costa Rica 2005

63 UNICEF, UNAIDS, WHO.- Children and AIDS Country Fact Sheets. New York 2008.

64 INE. Mortalidad infantil. Tendencias recientes Año 16. Vol.10. San José Costa Rica

65 Ministerio de Salud. UNGASS Country Progress Report. San José Costa Rica 2008

Según el Ministerio de Salud, en el 2004 123 bebés nacieron con sífilis (2,9 por cada mil nacimientos) y esta cifra bajó para el 2007 a 93 (2,08 por cada mil nacimientos), a 83 en el 2008 (1,1 por cada mil nacimientos) y a 68 casos para el 2009 (0,9 por cada mil nacimientos).

Por regiones, la provincia con más incidencia es Limón con 12,1 casos por cada mil nacimientos y le siguen Puntarenas y Guanacaste con 7,3 casos por cada mil nacimientos. La provincia con menos casos es Heredia con 3,6 por cada mil nacimientos.(**66**) (Datos recopilados sobre el terreno con información directa de la Ministra de Salud Dª Ana Morice)

Principales brechas y desafíos identificados

Brechas nacionales

1. Profilaxis y tratamiento de la sífilis en embarazadas: A pesar de la amplia cobertura prenatal, durante el año 2010 se detectaron 80 casos de sífilis congénita (1 de cada 1000 partos atendidos). En el país existen normas de diagnóstico y tratamiento durante el embarazo, las pruebas se realizan pero no todos los casos positivos reciben tratamiento. Según la normativa del Ministerio de Salud, para administrar penicilina es necesario contar con un "carro de resucitación cardíaca" y éste no existe en todos los EBAIS (Equipo básico de atención integral en salud) por lo que la medicación no es administrada.

2. A pesar de tener la más alta cobertura de atención prenatal entre los países incluidos, hay una brecha del 20% de las mujeres embarazadas con VIH que no reciben TAR.

3. Existe una debilidad en el Sistema de Información que dificulta el seguimiento de las mujeres embarazadas y de sus hijos/as cuando nacen.

Brechas territoriales

A pesar de la alta cobertura del Sistema de salud costarricense, se encontraron importantes diferencias territoriales en la incidencia de la sífilis congénita, siendo a nivel nacional de 0,9 por 1,000 nacidos vivos y en la Región de Limón de 12,1, en Puntarenas y Guanacaste de 7,3 por 1,000 nacidos vivos.(39)

66 Diario La Nación. Artículo País lucha contra la sífilis congénita en bebés. Consultado 22 d e marzo de 2011. http://www.nacion.com/2011-01-01/AldeaGlobal/NotaPrincipal/AldeaGlobal2609288.aspx

El Salvador

La consolidación del proceso de paz, logrado con posterioridad a los acuerdos de Esquipulas II (1987), ha coincidido con un mejoramiento sustancial de la mayoría de los indicadores de salud materno-infantil y de la PTMI en los últimos decenios, lo que se evidencia en una importante tendencia favorable en la mayoría de los indicadores nacionales de salud. La persistencia de importantes brechas diferenciales territoriales y sociales representa un desafío que aún debe ser superado.

El Sistema de Salud es público-privado, estando el público cubierto por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que tiene asignada la cobertura del 79,5% de la población, el Instituto de Seguridad Social que cubre a un 18,4%, que son trabajadores/as de empresas privadas y empleados del Estado y el 2,1% de la población que tienen un seguro privado. A pesar del carácter universal del Sistema en el que toda persona es atendida esté asegurada o no, existen problemas de cobertura que se han ido tratando desde el año 2005 con un programa de ampliación de la cobertura (FOSALUD). (**67**)

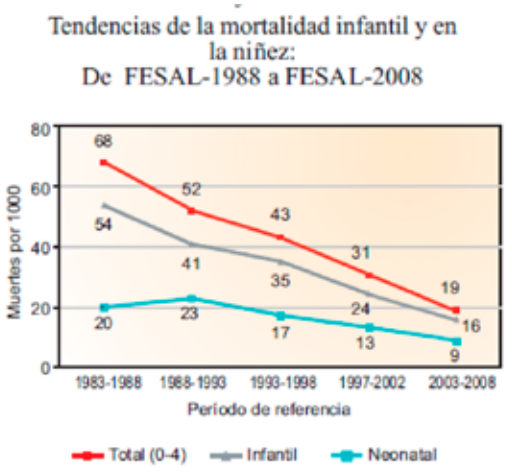
La población total del país para el año 2005 fue de 6,8 millones, de los cuales 3,2 millones son mujeres de 15 años o más y 1,3 millones son menores de 15 años.(**68**) Hasta noviembre de 2009 se han reportado 23.731 casos de VIH en el país de los cuales el 63% son hombres y el 37% mujeres. El mecanismo de transmisión más frecuente es la vía sexual con un 99,5% de casos y la transmisión vertical ocupa el 0,5%. Del total de embarazadas con VIH, el 94% recibió TARV para la prevención de la transmisión materno-infantil. (**69**). Según el Informe de ONUSIDA de 2010, 216 niños y niñas nacidos/as de madre VIH + recibieron TARV, lo que supuso un 46% de cobertura. (**70**)

67 OPS. Perfil del Sistema de Salud de El Salvador 2000-2005: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington, 2007

68 Idem

69 UNGASS. Informe de país. El Salvador. 2010

70 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010



El país ha sido exitoso en reducir la mortalidad en la infancia. En 20 años, la tasa de Mortalidad Infantil bajo de 54 a 16, y la correspondiente a menores de 5 años de 68 a 19, ambas por mil nacidos vivos.

La encuesta FESAL correspondiente al 2008 encontró 94% de cobertura de atención prenatal, y el 77% había iniciado su atención en el primer trimestre de embarazo, y el 84% de los partos eran institucionales.(**71**). La prevalencia de VIH en embarazadas es de 0,22%, (año 2004) como cada año ocurren entre 116.000 y 125.000 nacimientos (**72**,**73**), se puede estimar unas 625 embarazadas promedio anuales con VIH para el período 2005-2010. El número de infantes que recibieron prueba de VIH antes de los 2 meses es de 1716 (34%)(**74**). Aunque la FESAL reporta un 25% de cesáreas en embarazadas en general, no se encontró información sobre la realización de cesáreas en embarazadas con VIH.

71 Academia Demográfica Salvadoreña/Ministerio de Salud. San Salvador.- Encuesta FESAL 2008. El Salvador 2008.

72 OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009.

73 WHO, UNICEF and UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html, accessed 17 October 2010).

74 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

La Política Nacional de Salud, publicada en el 2008, incluye como una importante prioridad la cobertura universal de atención de salud y destaca el compromiso de desarrollar un Programa Nacional de Maternidad Segura.(**75**) El Plan Estratégico Nacional de VIH e ITS 2005-2010, reporta la existencia de 123 laboratorios que realizan pruebas de VIH, y destaca que la prioridad de los mismos es la realización de pruebas en embarazadas, las cuales corresponden al 42,9% del total de pruebas VIH realizadas. También afirma que se asigna productos lácteos sustitutivos a las embarazadas con VIH para la alimentación de sus hijos, sin embargo no se encontró información sobre la cobertura de esta importante intervención. (**76**)

La inversión reportada en 2009 para intervenciones sobre el VIH alcanzó a US$ 41,232 millones. (**77**)

En el año 2003 el Plan Nacional de Sida coordinó el lanzamiento de la Estrategia de país para la Prevención materno-infantil del VIH. En ese año se inició también la descentralización de la terapia antirretroviral incluyéndose establecimientos de segundo nivel de atención.

Dentro de los logros de esta estrategia se destacaron en el año 2007: (**78**)

1. La reducción del 88% en el número de casos de niñez nacida con VIH

2. La reducción del índice de positividad de VIH-Sida en el embarazo del 0.33% en 2002 a 0.08% en el 2006, equivalente a una reducción del 75%

3. Un incremento en el número de pruebas de VIH realizadas del 2001 al 2006.

4. Descentralización y ampliación de la cobertura en centros de tercer nivel de atención para la PTMI pasando de contar con un hospital en el año 2001, a 13 hospitales en el 2006.

75 Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Diario Oficial. San Salvador 1º de septiembre 2008.

76 Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional de VIH e ITS 2005-2010. San Salvador. 2005.

77 UNGASS. Informe de país. El Salvador. 2010

78 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Evaluación del Programa de prevención de la transmisión del VIH y sífilis de la madre al hijo en El Salvador. 2009

En diciembre de 2010 se lanzó el Plan estratégico nacional multisectorial de la respuesta al VIH/SIDA e ITS 2011-2015, que incluye la PTMI del VIH y la sífilis congénita.

Como acciones específicas para la PTMI del VIH se realizan las siguientes:

Prevención Primaria

- Intervención en adolescentes en riesgo
- Intervención en mujeres adultas en riesgo
- Grupos de más alto riesgo a quienes se toma la prueba VIH
- Consejería Pre-prueba VIH
- Toma voluntaria de la prueba de VIH en embarazadas
- Toma voluntaria de la prueba de VIH en población de más alto riesgo
- Consejería post prueba VIH
- Planificación familiar y disponibilidad de condones
- Consejería sobre alimentación infantil
- Disponibilidad de medicamentos contra ITS
- Comunicación y movilización social

Prevención Secundaria

PTMI en los futuros padres y madres infectados

- Seguimiento a personas VIH/Sida
- Evitar embarazos no deseados en mujeres VIH positivas

Prevención de la transmisión de la madre embarazada infectada al hijo/a

• Embarazo, trabajo de parto

- Control Prenatal a embarazadas VIH positivas
- Tratamiento de anemia y de ITS
- Suplementación con hierro, ácido fólico y vitaminas

- Atención psicosocial y grupos de apoyo
- Atención nutricional
- Promoción del condón
- Consejería de alimentación infantil
- TARV para la PTMI

• Parto seguro

- Realizar cesárea en madres VIH positivas
- Evitar procedimientos obstétricos invasivos innecesarios

• Postparto

- Consejería de alimentación infantil con sustitución de la lactancia materna por alimentación con sucedáneos.
- Planificación familiar
- Atención psicosocial y grupos de apoyo
- Apoyo a largo plazo
- Manejo y seguimiento integrado del niño/a.

En el año 2004 se realizó un análisis en el país sobre los principales problemas que contribuían a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública y se encontraron los siguientes:(**79**)

1. Cobertura de control prenatal es 52,5% con baja captación antes de las 12 semanas

2. No existen datos de casos de sífilis materna a nivel central.

3. La cobertura de serología de RPR es de 82% a nivel nacional, de las inscritas en control prenatal.

4. Se realizó solo un tamizaje de VDRL/RPR en los establecimientos de salud.

5. Solo un 32% de RPR + son confirmadas con FTA-ABS.

6. Escasez de reactivos de RPR y medicamentos en algunos establecimientos.

9. Un 12% de casos de sífilis congénita y materna asociados al VIH/SIDA.

10. Limitada coordinación entre los niveles de atención para el seguimiento de los casos de la Sífilis Congénita y Materna

11. El personal de salud no está completando los datos requeridos por el Formulario de

Notificación y la Hoja de Estudio Epidemiológico de Caso.

12. Subregistro de los casos de Sífilis Congénita registrados a nivel local y los notificados a nivel nacional.

13. Falta de una boleta específica de VDRL/RPR en embarazadas.

14. Falta de seguimiento de los casos de sífilis materna y congénita, así como de los contactos.

En el año 2005 se elaboró en conjunto con la sociedad civil, el ISSS, el MSPAS, Agencias de Cooperación Internacional como GTZ y USAID y Agencias del Sistema de Naciones Unidas como la OPS y el PNUD a través del Fondo Global, un diseño de estrategias que se ejecutan a través del programa de prevención materno infantil del VIH y el Plan de Prevención y Control de la Sífilis materna y Sífilis congénita e involucra una serie de acciones a diferentes niveles del sistema de salud.

En el año 2009 se realizó una evaluación del Programa de Prevención de la Transmisión del VIH y Sífilis de la madre al hijo en El Salvador en la que se visitaron 14 hospitales los cuales ofrecían atención a la embarazada VIH positiva con control prenatal y acceso a tratamiento antirretroviral y en el 92,3% de los casos se ofrecía seguimiento al recién nacido hijo/a de madre VIH positiva.

Respecto a la disponibilidad de serología para la sífilis, todos los centros evaluados disponían de laboratorio para realizar RPR haciendo la confirmación con FTA-ABS en el laboratorio central con una demora de 2 meses.

Todos los centros evaluados disponían de consejería previa a la toma de prueba de VIH pero no todos ofrecen consejería posterior.

79 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Evaluación del Programa de prevención de la transmisión del VIH y sífilis de la madre al hijo en El Salvador. 2009

En relación al tratamiento de la mujer embarazada, en el caso de mujer en labor de parto con serología VIH desconocida, en los hospitales del MSPAS realiza una prueba rápida de VIH en el momento del parto, pero en el caso de las clínicas del ISSS solamente se indica si la embarazada tiene factores de riesgo.

El manejo de la embarazada con VIH se realiza de acuerdo a las normas establecidas por el MSPAS pero no ocurre lo mismo con el recién nacido, ya que un 25% de los centros evaluados no ofrecen tratamiento a esta población y no todos facilitan fórmulas lácteas maternizadas para estos niños/as.

Respecto al los conocimientos previos de las mujeres embarazadas sobre el VIH, al 67% de ellas se les había hablado del VIH en el establecimiento de salud, sin embargo, el 97,7% de la población consideró importante hacerse la prueba durante el embarazo.

En relación a los sistemas de información, existe una fragmentación de los mismos, teniendo cada programa el suyo propio y, en el caso de la vigilancia del VIH y de sífilis se hace con el estudio epidemiológico de caso pero éste no cuenta con un apartado que identifique el caso como una embarazada.

En el caso de la Vigilancia del VIH, desde el año 2005 existe el Sistema único de monitoreo, evaluación y vigilancia epidemiológica del VIH (SUMEVE) que permite identificar a las embarazadas VIH positivas. El SUMEVE es una aplicación Web realizada por OPS que integra información de laboratorio, vigilancia epidemiológica, atención de pacientes y actividades de prevención. Así mismo, permite clasificar los casos como: nuevos, conocidos y en seguimiento y caracterizar los casos confirmados por tiempo y lugar. Esta herramienta permite análisis específicos sobre HSH, personas privadas de libertad, embarazadas y otras poblaciones, posibilitando dar respuesta a indicadores nacionales e internacionales.

Se dispone también de un “Plan Nacional de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica de VIH-Sida e ITS”, aunque los indicadores incluidos no están muy claros y en las entrevistas realizadas en la evaluación no se mencionaron como metas establecidas en los programas.

En los centros evaluados se observó también que la cobertura de atención prenatal presenta dificultades, ya que se observó que en algunos de estos centros a más del 34% de las embarazadas no se les había realizado la prueba del VIH en ninguna de las fases del embarazo, parto o postparto. En el caso de la sífilis, ocurría lo mismo en algunos hospitales hasta en el 45% de los casos.

Principales brechas y desafíos identificados

Brechas nacionales

La cobertura de atención prenatal es elevada, aunque persisten brechas. Sin embargo la cobertura de anticoncepción reportada, aunque se ha elevado considerablemente en los últimos años, muestra una brecha cercana al 28% de las mujeres en edad reproductiva con parejas.

- La proporción de embarazadas que reciben pruebas de VIH ha aumentado considerablemente en los últimos años (FESAL reporta alrededor del 80% para 2008), aunque todavía hay un 20% de los embarazos sin tamizar.
- La totalidad de establecimientos evaluados ofrecen control prenatal y postparto, sin embargo, los servicios de laboratorio sólo son ofrecidos en el 74% de las unidades de salud del MSPAS y el 60% de los centros del ISSS
- La cobertura de TARV reportada sólo alcanza al 20% de las embarazadas con VIH estimadas por el país.
- Sólo al 17,8% de los recién nacidos de embarazadas con VIH se les realizó seguimiento a los 2 meses de edad, el 16% fue protegido con Trimetroprim-sulfametoxazol y el 17,1% recibió TARV.
- La capacidad disponible para realizar cesáreas parece suficiente, si se considera que alrededor del 25% de los nacimientos ocurren por este procedimiento. Sin embargo,

no pudo obtenerse información sobre la proporción de embarazadas con VIH a las que se les practicó esta técnica.

- El acceso a servicios integrales de salud reproductiva y materno-infantil se ha elevado considerablemente en los últimos quinquenios, por ejemplo el 67,5% de las mujeres sexualmente activas encuestadas por la FESAL declaró haberse practicado un examen de citología cervical en los últimos 4 años y el 15,7 % de las mujeres entre 40 y 49 años, declaró haberse practicado una mamografía en los últimos dos años. Considerando la elevada cobertura de control prenatal y atención calificada del parto, esta brecha de servicios de salud reproductiva evidencia debilidades en la integración de los servicios en el primer nivel de atención que pueden ser superadas.

Según el Programa Nacional de ITS, VIH/Sida la incidencia de sífilis congénita es de 1,40 por 1,000 nacidos vivos.(**80**)

- La violencia de género aun debe ser reducida. Según el Instituto Salvadoreño de la Mujer (ISDEMU) ha atendido 6 mil 320 casos de violencia contra las mujeres, entre los que predomina la violencia intrafamiliar, maltrato a la niñez, agresión, acoso sexual y laboral, explotación sexual así como también tráfico de personas, datos registrados de enero al 5 de noviembre de 2010.

- No obstante, los importantes avances en el desarrollo de los sistemas de información en salud, persisten debilidades que dificultan obtener información confiable e integrado que permita dar seguimiento a las cohortes de embarazadas antes, durante y con posterioridad al nacimiento de sus hijos, así como a la atención de estos, que podrían ser superadas si, como componente de los Sistemas de Información en Salud ya existentes, y articulado con ellos, se generaliza la aplicación del Sistema Informático Perinatal que ha sido recomendado.

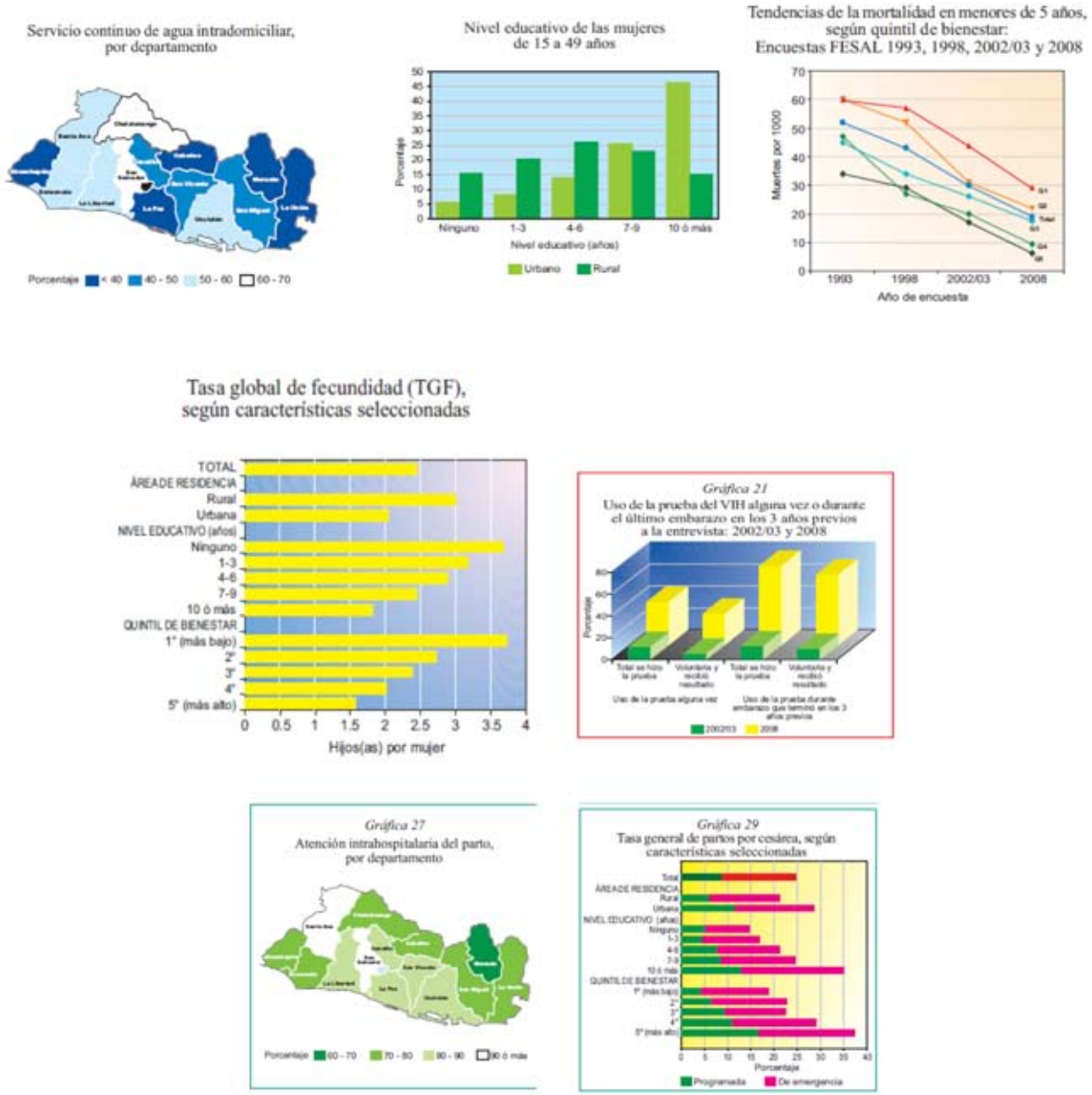
Brechas sociales y territoriales

- Según la encuesta FESAL 2008, muchos de los indicadores relacionados con la salud materno-infantil y la PTMI habrían mejorado considerablemente en los últimos años, sin embargo persisten diferencias importantes entre las zonas urbanas y rurales, entre familias según su nivel socioeconómico y entre la región metropolitana y las regiones paraoriental y oriental. Estas brechas han sido documentadas en el nivel educativo de las mujeres, en el acceso a servicios de agua y disposición sanitaria de residuos y excretas, en el acceso a servicios de anticoncepción, lo que se expresa en la fecundidad, en la cobertura de atención prenatal y en varias de las intervenciones clave de la PTMI.

80 Valderrama J, Zacarías F, Marzin R. Sífilis materna y sífilis congénita: un problema grave de solución sencilla. Rev Panamá Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(3), 2004

Figura 5

Informaciones sobre brechas en salud materno infantil y PTMI según la encuesta Fesal 2008



Fuente: Encuesta FESAL 2008.

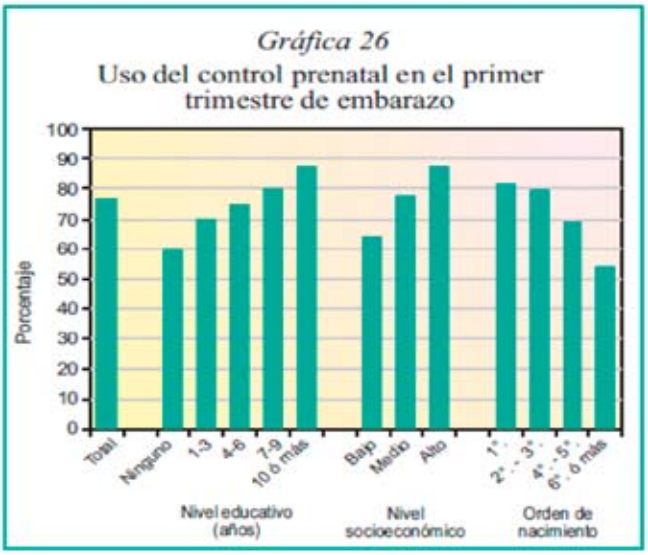
- La tasa de fecundidad, aún cuando ha descendido considerablemente a nivel nacional en los últimos quinquenios (2,5 hijos según FESAL 2008), continua siendo mayor, en al menos 1 hijo por mujer en el medio rural, de alrededor de 2 hijos entre mujeres según niveles extremos de nivel educativo y del quintil de bienestar.

- Las brechas de atención prenatal, medidas por la proporción de embarazadas que tuvieron su primer control en el primer trimestre, son importantes encontrándose diferencias entre el Área urbana con una cobertura del 82% y en el área rural que es menor del 73%. A nivel regional, en las regiones Metropolitana es del 82%, en la Paraoriental y Oriental llega alrededor del 72%. En relación al nivel educativo, en las mujeres de mayor nivel y mejores ingresos es superior al 80%, entre las de menor educación e ingresos es alrededor de 60%.

- La atención hospitalaria de los nacimientos es elevada (84% según FESAL 2008), sin embrago la probabilidad de acceder a estas atenciones es de 93% en zonas urbanas y 73% en rurales. Esta probabilidad se incrementa según el nivel educativo y socioeconómico, y presenta grandes diferenciales territoriales (94% en la región metropolitana y 66% en algunos Departamentos de las región Oriental, como Morazán.

- Uno de cada cuatro nacimientos ocurrió por cesárea, pero entre las mujeres de mayor nivel educativo es casi uno de cada dos y casi uno por cada seis entre las de menor nivel. Este fuerte gradiente diferencial ocurre tanto para las emergencias como para las electivas.

- El 97,4% de los niños/as tuvieron al menos una consulta de control de crecimiento y desarrollo en los primeros 5 años de su vida (FESAL 2008). Sin embargo, solo alrededor del 57% fue atendido en el primer mes. Así mismo, hay una distribución territorial diferencial que, a diferencia de casi todos los demás indicadores, desfavorece a las poblaciones más concentradas urbanas. Mientras en la región oriental este servicio alcanza al 64%, en la Metropolitana es de 50%.



Guatemala

Situación de la transmisión materno inftantil del VIH y sífilis

Guatemala es otro país de Centroamérica que sufrió importantes conflictos armados y violencia social durante varios decenios, y que se ha beneficiado con la consolidación progresiva de los Acuerdos de Paz alcanzados en el contexto de los acuerdos de Esquipulas II en 1987.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene el rol rector de la salud en el país y lleva el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud del gobierno. El Ministerio asume las responsabilidades de regulación y conducción y comparte con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales el aseguramiento, provisión de servicios, financiamiento y funciones esenciales de salud pública. El sistema de provisión de servicios en el país está fragmentado y segmentado, ya que no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas y cada uno de ellos cuenta con una población adscrita o beneficiaria que tiene acceso a servicios diferenciados.([81])

La población total del país es de 14,4 millones de habitantes, de los cuales un 39,4% son menores de 15 años. Hasta noviembre de 2009 se han reportado en el país 20.488 casos de VIH y de sida, dos tercios de los cuales son hombres. ([82]) Según el Informe de ONUSIDA de 2010, en diciembre de 2008 había 9.694 personas en TARV y se estima que alrededor de 24.000 personas lo requeriría. ([83]) Cabe resaltar, por un lado, el subregistro que tiene el país y, por otro que este número se puede ver incrementado por el cambio en las recomendaciones en el umbral (< 350 CD4) del tratamiento La vía de transmisión más frecuente es sexual seguida por la transmisión madre a hijo que representa un 5%.

En relación a las mujeres embarazadas, el 22.95% de las que tenían VIH recibió TARV para prevenir la transmisión materno infantil y el 30% de los niños y niñas nacido/as de madres con VIH, son VIH positivos. ([84])

En el año 2007 se realizaba PTMI en 95 unidades de salud (80 centros de salud y 15 hospitales, pero en julio de 2009 ya se contaba con 31 hospitales, de los 36 que disponen de resolución del embarazo en el país, que ofertan la prueba voluntaria con Pre y consejería en el control prenatal, distribuidas en 29 Áreas de Salud (100%), sin embargo no en todos los distritos de las 29 áreas.

Respecto al tamizaje del VIH, hay 181 servicios de salud que disponen de pruebas en las 29 áreas de salud del país y 13 hospitales cuentan con una Unidad de Atención Integral para VIH (UAI) donde se brinda triple terapia y 17 de los hospitales nacionales han utilizado ARV profilácticos para la madre y el recién nacido. De éstos, cinco tamizan 12 horas diarias en Emergencia y Labor y Parto (Puerto Barrios, Zacapa, Antigua, Regional de Occidente y Mazatenango) y 5 tamizan 24 horas (Roosevelt, San Juan de Dios, Coatepeque, Jutiapa y Huehuetenango). ([85])

El Plan Estratégico VIH 2006-2010 contempla la extensión de PTMI a todos los servicios de salud y, actualmente, se encuentra en proceso de elaboración el Plan Estratégico 2011-2015. Para el 2006, se había incorporado alrededor del 45% de las Áreas de Salud, las cuales producían el 72,7% del total de casos de sida registrados. El Plan Nacional de Salud 2008-2020 contempla una priorización del desarrollo de las redes hospitalarias y de centros de Salud en 125 municipalidades, seleccionadas según la calidad de vida de sus pobladores ([86]). Este desarrollo incluye la ampliación de la cobertura y la ampliación de los servicios a 24 horas diarias. Estos desarrollos tendrían un impacto considerable en la PTMI.

81 OPS/USAID. Perfil de los Sistemas de Salud de Guatemala. Washington, 2007.

82 UNGASS. Informe país. Guatemala 2010

83 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

84 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala.

85 Idem

86 Idem

La inversión nacional reportada en VIH/Sida es de US$ 51,3 millones (2009), de los cuales el 23.3% se destinó a prevención y el 60.3% a atención y tratamiento. No se pudo identificar cual es la proporción dedicada a prevención ni cuanto es destinado a la PTMI. ([87])

En el año 2006 se realizó una evaluación de la PTMI en la que se encontró que el 73% de los casos registrados se concentraron en 6 de los 22 Departamentos (Guatemala, Escuintla, Quetzaltenango, Suchitepquez, San Marcos e Izabal), y el 50% del total correspondieron al Departamento de Guatemala (ciudad capital). La prevalencia VIH en embarazadas fue estimada en 0,5% (entre 0,26% y 1,40% en población urbana y entre 0,13% y 0,16% a nivel rural). ([88])Cabe resaltar que 2 de cada 3 personas desconocen su infección. ([89])

Cada año nacen unos 450.000 niños/as.([90]) Recientemente, el país ha reportado una cobertura de 84% de atención prenatal a nivel nacional([91]). La evaluación realizada en 2006 había encontrado una cobertura alrededor del 40% de las embarazadas estimadas, en el área de influencia de los servicios analizados, y que se iniciaba tardíamente (entre el 40% y 49% comienzan en el segundo trimestre y entre el 25% y 35% en el tercero).([92])

Es destacable que más de una tercera parte de los servicios cuenta con grupos de apoyo voluntario y comunitario y que una proporción similar realiza actividades de promoción de la atención prenatal, aunque básicamente mediante medios de comunicación. ([93])

87 Idem

88 Ministerio de salud y Grupo de Trabajo Interagencial. Informe de Análisis de Situación de los servicios de PTMI del VIH y sífilis. 2006

89 UNGASS. Informe país. Guatemala 2010

90 OPS. Situación de salud de las Américas Indicadores básicos .2009.

91 UNICEF, UNAIDS, WHO.- Children and AIDS Country Fact Sheets. New York 2008.

92 Ministerio de salud y Grupo de Trabajo Interagencial. Informe de Análisis de Situación de los servicios de PTMI del VIH y sífilis. 2006

93 Idem

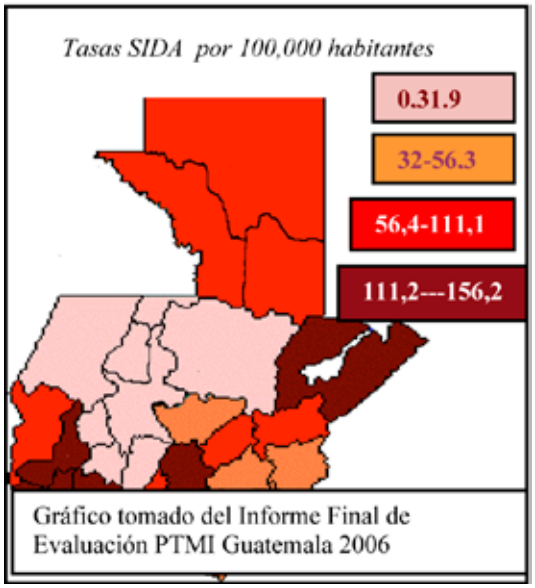


Gráfico tomado del Informe Final de Evaluación PTMI Guatemala 2006

La prevalencia de VIH en embarazadas es de 0,5%([94]), por lo que se puede estimar a 2.250 embarazadas anuales con VIH para el período 2005-2010. El país ha reportado una estimación de 5.300 embarazadas con VIH para el 2008, de las cuales 373 (7,0%) habrían recibido TARV. ([95])

En la evaluación realizada en el 2006 se concluyó que solamente alrededor del 27% de las embarazadas recibieron consejería y prueba de VIH. Sin embargo, en el informe UNGASS de 2010 solamente el 22,95% de las embarazadas con VIH recibieron TARV para prevenir la transmisión materno-infantil y que en el 2009 nacieron 30 niños con VIH de madres VIH positivas ([96])

No obstante, de las que la recibieron, más del 90% aceptaron y se realizaron la prueba del VIH y el 70% de Sífilis, y regresaron a por los resultados (50). Así que las limitaciones parecen ser más de cobertura que de calidad de la consejería pre-prueba.

94 UNGASS. Informe país. Guatemala 2010

95 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala.

96 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

A pesar de que se encontró que el personal de los servicios incorporados a PTMI había sido capacitado y disponía de materiales de apoyo y guías para estos fines, se observó una baja cobertura de consejería y pruebas que parece estar relacionada con la baja cobertura de Atención Prenatal, sobre todo en poblaciones rurales y con las limitaciones de los locales asignados para realizar consejería en condiciones adecuadas (50% de los hospitales y 57% de los Centros de Salud incorporados a PTMI disponen de locales adecuados). ([97])

Según el Informe de UNGASS 2010 del total de personas con infección avanzada por el VIH 69,24% reciben TARV y además en ocasiones, la disponibilidad del mismo es irregular.

Respecto al parto, se ha reportado que para el 2006, el 35% de los partos hospitalarios, y el 22% de los atendidos en maternidades de Centros de Salud, no habían recibido atención prenatal ([98]). Así mismo, en la gran mayoría de las embarazadas, no se tiene información sobre pruebas de VIH y Sífilis antes de llegar para el parto y no todas las parturientas atendidas recibieron consejería y prueba de VIH, debido a que estos servicios no funcionan fuera de horas y días laborales.([99])

Del total de centros evaluados, no todos los que atendían partos disponían de TARV para los recién nacidos. La prevención de infecciones se hace con Trimetoprin Sulfametoxazol. La evaluación encontró que se hace entrega a las puérperas de productos lácteos para la alimentación de los hijos de forma regular. Se considera que las embarazadas reciben la atención de acuerdo a las normas establecidas, por no ocurre lo mismo con sus hijos/as en los que se reporta una cobertura de 27,9% de niños/as con ARV.

Se detectaron debilidades en la vigilancia epidemiológica de Sífilis y en la vigilancia de segunda generación para VIH. Los sistemas de información, aun cuando están establecidos y cuentan con normativas sobre su funcionamiento, con frecuencia no analizan las informaciones para fines de toma de decisiones.([100])

Brechas nacionales

El país ha realizado importantes esfuerzos en los últimos años, que le han permitido en relativamente poco tiempo alcanzar los resultados que se han destacado. Sin embargo, aun deberá realizar un esfuerzo importante para alcanzar las metas definidas de eliminación de la Sífilis congénita y reducción de la transmisión materno-infantil del VIH.

Parte importante de este esfuerzo debería incluir el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la aplicación generalizada del Sistema Informático perinatal, con sus tres componentes, como parte de los sistemas de información del sistema de salud.

Se identificaron debilidades en la cobertura de la atención prenatal y en la articulación entre los centros primarios que realizan estas atenciones y los centros hospitalarios que atienden los partos, así como un débil control de calidad de las pruebas de laboratorio realizadas en el primer nivel y dificultades en el acceso a las mismas.

Según la Encuesta Nacional de Salud materno-infantil (ENSMI) 2008-2009([101]), el porcentaje de mujeres y hombres entre 15 y 49 años de edad a los que se les realizó la prueba del VIH durante el período de tiempo recogido en la encuesta (12 meses) y conoce los resultados fue de 3.71% (4.01% mujeres y 2.90% hombres).

Existe una débil coordinación y respuesta en los distritos de salud y hospitales para brindar una atención integral a la mujer embarazada.

Uno de los datos más importante es que sólo un 22,95% de las embarazadas con VIH reciben TARV.

Estas debilidades señaladas con una perspectiva nacional, en realidad expresan importantes diferencias entre territorios y sectores sociales que caracterizan al país que se ven incrementados por el grado de centralización de la atención sanitaria.

97 Ministerio de salud y Grupo de Trabajo Interagencial. Informe de Análisis de Situación de los servicios de PTMI del VIH y sífilis. 2006

98 UNGASS. Informe país. Guatemala 2010

99 Idem

100 OPS. Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala.

101 Ministerio de Salud, CDC.- Encuesta ENSMI 2008-2009. Resultados preliminares. Guatemala 2010.

Brechas territoriales y sociales

Se presentan desigualdades entre el área rural y urbana, entre la condición de indígena o ladino en las condiciones socioeconómicas de vida (educación, ingresos y otros).

Entre 2002 y 2009, la tasa global de fecundidad nacional se redujo de 4,4 a 3,6 hijos por mujer, sin embargo las brechas entre el medio rural y el urbano continuaron elevadas (42, y 2,9 respectivamente). Entre las mujeres sin educación y las que tienen secundaria o más, las diferencias son aún mayores (5,2 y 2,3 hijos). Las desigualdades por grupo cultural son también importantes entre la población indígena y ladina, aunque tienden a disminuir (4,5 y 3,1). Considerando que cerca del 50% de la población se identifica como indígena, estas diferencias son muy importantes.

El acceso a medios de planificación familiar se ha elevado hasta el 54,1% de las mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas, sin embargo la cobertura urbana (65,7%) es muy superior a la rural (45,6%) y según el nivel de educación estas desigualdades son aún mayores, siendo las de menor estudios de 39,9% y las de mayor de 70,2%. Entre las mujeres indígenas el acceso es de 40,2% y en las no indígenas de 63,3%.

Según la ENSMI 2008-2009, la atención prenatal ha alcanzado al 93% de las embarazadas, la atención institucional del parto a 51,2% y la de postparto a 25,6 %. Sin embargo, mientras el 70% de los partos en población ladina son atendidos por médico, en la población indígena solamente son el 29,5% de los mismos. Cabe resaltar que estos datos son diferentes a los aportados en el Documento de Evaluación del Fortalecimiento de la respuesta del Sistema de Salud al VIH en Guatemala realizado por OPS en el que se recoge que la cobertura de atención al parto institucional en mujeres ladinas es del 57% y sólo un 19% en mujeres indígenas. Respecto al área de residencia, en el área rural el 77% de los partos son institucionales y en el área rural sólo el 36,5%.

Teniendo en cuenta estas desigualdades, se puede observar como la mortalidad infantil ha descendido entre 1987 y 2009 de 73 a 30 por mil nacidos vivos y presenta grandes diferencias por área de residencia, siendo 27 por mil nacidos vivos en el área urbana y 38 por mil nacidos vivos en el área rural. También se observan diferencias entre los niveles educativos extremos (48 y 17 por 1000 NV).

La desnutrición crónica infantil urbana es de 28,8% y la rural de 51,85, entre la población sin educación y la de mayor nivel estas diferencias son de 62,9% y 15,85, y entre la población indígena y no indígena de 58,6% y 30,6% respectivamente.

Han sido sin duda muy importantes los avances logrados en la salud materno-infantil con posterioridad a la firma de los Acuerdos de Paz. Sin embargo, la posibilidad de alcanzar las metas de PTMI planteadas está relacionada con un esfuerzo mayor para continuar reduciendo las desigualdades territoriales, socioeconómicas y entre los sectores indígenas y ladinos que conforman el país casi en proporciones similares. Éstos, junto con la necesidad aumentar la cobertura de atención prenatal y de parto institucional, son los principales desafíos.

Honduras

La población total es de 7, 5 millones, de los cuales el 50% son menores de 18 años ([102]). Según el Informe del UNGASS hay 2210 niños/as con VIH. La prevalencia estimada en embarazadas es de 0,4 % y la de Sífilis es de 0,18%. Para el 2008, el país estimó 650 embarazadas con VIH de las cuales el 34% recibió TARV. Para el año 2006, la evaluación realizada de la PTMI, estimó que la cobertura fue del 27,4%, lo que significaría una mejoría en los últimos años.([103]) Cabe resaltar que en el Informe del UNGASS 2010 se estima un 70% de retraso diagnóstico en todo el país.

Honduras inició en el 2001 un proyecto piloto de PTMI en 15 establecimientos de 3 municipios. En el año 2003 la Secretaría de Salud decidió ampliarlo a nivel nacional y, desde esa fecha se han logrado avances significativos. Para el 2006, el Programa ya había incorporado a 400 establecimientos del sistema de salud a la aplicación de la estrategia nacional de PTMI.([104]) En el año 2008 se formuló un Plan de Acción de PTMI 2009-2012([105]) y se espera que con él se traduzca en una superación de las principales limitaciones detectadas en la evaluación realizada en el año 2006.

La inversión en VIH/Sida reportada es de US$ 28,464 millones en el año 2008 pero no se pudo identificar la proporción destinada a PTMI.([106])

La cobertura de atención prenatal para el 2008 fue de 92%a (73% realizado por médicos), el 81% tuvo 4 o más controles y el 69% comenzaron su control antes del cuarto mes de embarazo. Se considera que alrededor del 90% de las embarazadas con VIH detectadas reciben alguno de los servicios de PTMI: 73% recibe consejería pre pruebas y de ellas el 84% se realiza la prueba de VIH y el 60,87% para Sífilis, sin embargo el 71% de las mujeres adultas no recuerda haberse practicado pruebas de VIH durante su vida ni recuerda el resultado, lo que podría indicar deficiencias en la consejería posprueba.

Según la Secretaría de Salud, al menos el 70% de las embarazadas con VIH detectadas reciben TARV, pero en muchos casos este tratamiento se inicia tardíamente y se encontró que solamente el 19,8% recibió un ciclo completo de profilaxis antivírica de acuerdo a los esquemas nacionales, por 4 semanas o mas. Las razones podrían estar relacionadas con la irregularidad en la asistencia a la atención prenatal y las barreras de acceso oportuno a los resultados de las pruebas. Según el Informe de ONUSIDA 2010, en el 2009 había 255 mujeres embarazadas con VIH que recibieron TARV para prevenir la transmisión materno-infantil, al 51% de las mujeres embarazadas se les hizo la prueba del VIH, el 35% de los niños nacidos de madre con VIH recibieron tratamiento y al 42% se les hizo una prueba virológica para la detección de VIH a los 2 meses de edad.([107]) Del total de casos de VIH/Sida registrados entre 1985 y 2006 (23.111), el 6,5% corresponden a transmisión materno-infantil.([108])

Los principales problemas detectados en la evaluación en cuanto a la atención prenatal, se relacionaron con barreras de accesibilidad, por distancia, pero sobre todo por el cobro de cuotas por algunos servicios prenatales y de laboratorio, a pesar de que está normada la gratuidad para las embarazadas, lo que favorece el inicio tardío y la irregularidad de la atención prenatal.

Para el año 2006, según el análisis de situación realizado, 9 de cada 10 personas no tenían aseguramiento en salud y que el 88% de la población que acudió a servicios pagó de su bolsillo. La inestabilidad y rotación del personal de enfermería asignado a servicios prenatales en centros ambulatorios dificulta mante-

102 Secretaría de Salud. Análisis de Situación de la PTMI a nivel local. Tegucigalpa Honduras 2006.

103 OPS. Perfil de los Sistemas de salud. Honduras. Monitoreo y análisis de los procesos de reforma. 2009

104 Idem

105 III Plan Estratégico de respuesta al VIH y sida en Honduras. 2008-2012. CONASIDA

106 UNGASS. Informe país. Honduras. 2010

107 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

108 Secretaría de Salud. Análisis de Situación de la PTMI a nivel local. Tegucigalpa Honduras 2006.

ner un buen nivel de capacitación y experiencia en PTMI, y la no existencia de pruebas rápidas para VIH y Sífilis en muchos de los centros de atención prenatal obliga a referir a los pacientes a otros centros, con el consiguiente retraso para recibir los resultados, y la pérdida o irregularidad de los pacientes por los costos involucrados.

Desde el año 2008 se realiza promoción de la detección de sífilis en embarazadas en 10 de las 20 regiones de salud lo que ha provocado un aumento del tamizaje del 31% en el 2006 al 42% en el 2010. Según el Programa Nacional de ITS, el 50% del personal está capacitado para la realización de pruebas rápidas y todavía existe el reto de integrar el tamizaje de la sífilis y el VIH de manera universal para todas las embarazadas.

El 64% de los nacimientos son institucionales siendo a nivel urbano el 90%([109]). De acuerdo a la evaluación realizada, el 73% de las embarazadas que acuden para la atención del nacimiento desconoce su estatus de VIH positivo. Los exámenes realizados al momento del trabajo de parto o de la cesárea, bajan esta cifra hasta 10,2%, sin embargo la tardía identificación de las embarazadas con VIH en estos servicios se traduce en que a una baja proporción de ellas se les realice cesárea programada a las 38 semanas.([110])

Así mismo, se encontró que solamente al 13,4% de los recién nacidos de madres VIH, se les practica pruebas de VIH en sangre del cordón (0,11% de positividad para VIH) ([111])

En algunos servicios se detectó resistencia de algunos miembros del personal de salud para el seguimiento de los protocolos de PTMI, alegando sobrecarga de trabajo y en algunos casos razones de bioseguridad.

El 8,2% de los recién nacidos de madres con VIH están infectados al nacer y alrededor del 15,2% de los recién nacidos de madres con VIH reciben tratamiento profiláctico y el 14,9% recibe alimentación sustitutiva ([112]). El 30% de los recién nacidos de madres con VIH fue evaluado con pruebas a los 2 meses.

Los principales problemas detectados en la atención de los partos y los recién nacidos se refieren a la limitada coordinación entre los centros que brindan atención al nacimiento y los responsables de brindar atención a los niños con VIH. Los retrasos para obtener los resultados de laboratorio y en algunos casos irregularidad en el suministro de los productos lácteos sustitutivos de la lactancia materna también afectan. Esto es de gran importancia, considerando que en Honduras el 95% de las madres dan lactancia materna a sus hijos y la duración promedio es de 18.8 meses.([113])

En el año 2001 comenzó el Programa de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y, desde ese momento se puede observar la tendencia en la prevalencia de infección por transmisión vertical. La tasa de transmisión madre a hijo/a ha disminuido de 0,81% en 2001 a 0,57% en 2005.([114])

Respecto al laboratorio, la principal debilidad identificada en el análisis fue el limitado acceso a pruebas rápidas de VIH y Sífilis en los centros que realizan atención prenatal. Superar esta limitación repercutiría muy favorablemente en el cumplimiento de los protocolos de PTMI, ya que los retrasos en entregar los resultados se traducen en deserción de las pacientes, en retraso del inicio de la profilaxis y en irregularidad en la adhesión a las citas de control.([115])

109 OPS. Perfil de los Sistemas de salud. Honduras. Monitoreo y análisis de los procesos de reforma. 2009

110 Secretaría de Salud. Análisis de Situación de la PTMI a nivel local. Tegucigalpa Honduras 2006.

111 Idem

112 Idem

113 INE Honduras, Macro International.- Encuesta nacional de Salud y Demografía 2005-2006. Tegucigalpa 2006.

114 III Plan Estratégico de respuesta al VIH y sida en Honduras. 2008-2012. CONASIDA

115 Secretaría de Salud. Análisis de Situación de la PTMI a nivel local. Tegucigalpa Honduras 2006.

También pudo identificarse cierta irregularidad en el suministro de reactivos a algunos laboratorios y retrasos en el envío de resultados, sobre todo de PCR a los servicios locales responsables de la atención de los niños hijos de madres con VIH.

Principales brechas identificadas

A pesar de los importantes avances obtenidos en los últimos años, Honduras es un país con importantes desigualdades sociales en las condiciones de vida y de salud, que se expresan en los resultados de la PTMI.

Principales brechas nacionales identificadas

- Se identificaron debilidades en la cobertura de atención prenatal relacionadas con barreras para la continuidad de las atenciones prenatales, limitada coordinación y articulación entre los servicios de atención prenatal, los de atención al nacimiento, los de atención postnatal y los de atención a los recién nacidos. También se detectaron limitaciones en los sistemas de información y de vigilancia epidemiológica de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita.

- Según la encuesta ENDESA 2005-2006, solamente el 65,1% de las mujeres sexualmente activas utilizaba algún método de anticoncepción, y el 60,4% utilizaba métodos modernos, predominando el uso de píldoras (34,4%). La tasa global de fecundidad es de 3,4 y a los 19 años el 36,0% de las mujeres ya han tenido al menos un hijo.

- La cobertura de atención prenatal (ENDESA 2005-2006) se ha elevado considerablemente. El 92% de las embarazadas recibieron algún tipo de atención prenatal por personal calificado (71% por médico). El 81% tuvo al menos 3 consultas y poco más de dos tercios hizo su primera visita en el primer trimestre de su embarazo. Sin embargo, existen barreras de costo, de acceso y de continuidad, así como disponibilidad de pruebas de laboratorio y de medicamentos, que afectan a la efectividad de la PTMI.

- El 67% de los partos ocurrieron en instituciones de salud (ENDESA 2005-2006), el 61% en servicios públicos y 5% en privados y solo en el 10,2% de las embarazadas se conoce el estatus VIH al momento de atender su parto.

- El 27% de las embarazadas no recibió atención postnatal alguna.

- El 30% de los hijos/as de embarazadas con VIH fue evaluado a las 8 semanas.

- El 90% de las mujeres encuestadas (ENDESA 2005-2006) reportó haber encontrado algún problema en su acceso a los servicios requeridos siendo el más frecuente la carencia de medicamentos (80%), seguido de ausencia del personal (74%) y de tipo financiero (casi el 60%).

- El 71% de los niños/as entre 12 y 23 meses ha recibido el esquema completo de inmunizaciones del país (ENDESA).

- El 34% de las embarazadas con VIH estimadas recibe TARV, y solamente el 19,8% recibió un ciclo completo según la Norma nacional.

- El 10% de las mujeres parturientas desconoce el estatus VIH positivo y sólo en el 13,4% se practica examen de sangre del cordón umbilical al nacer.

  El 8,2% de los recién nacidos hijos/as de madres con VIH evaluados estaban infectados al nacer (No se encontraron datos sobre método diagnóstico).

- El 15,2% de de los hijos/as de madres con VIH recibió tratamiento profiláctico con TARV y el 14,9% recibió alimentos sustitutos de la lactancia materna.

- Se encontró una disponibilidad limitada de pruebas rápidas en servicios de atención prenatal de primer nivel y considerable retraso en conocer el resultado de sus pruebas de laboratorio por las pacientes. También se detectaron importantes debilidades en los controles de calidad de las pruebas.

- Los sistemas de información no permiten el seguimiento de las cohortes de embarazadas con VIH detectadas, la atención prenatal, atención de los nacimientos y atención postnatal y de los hijos/as. Las diversas fuentes y mecanismos se traducen en pérdida de información, en cantidad y calidad, y limitan la evaluación de los resultados.

Principales brechas sociales y territoriales

- Dado que la implementación de la PTMI es en la mitad de regiones del país y que en ocasiones hay cobro por los servicios prestados, se presentan desigualdades en la atención relacionada con la salud materno-infantil y la PTMI, por territorios y por algunas variables socioeconómicas.

- Según la ENDESA 2006-2008, la Tasa Global de Fecundidad del país se estimó en 3,3 hijos por mujer, pero en zonas rurales fue de 4,1 mientras que en la urbana fue de 2,6.

- Los embarazos en adolescentes constituyen un importante desafío, también vinculado a las desigualdades sociales y territoriales. Al llegar a los 20 años, el 22% de las mujeres ha tenido al menos 1 embarazo, pero en las mujeres sin educación llega al 46% y en las más pobres a 31%. Una adolescente del quintil inferior de riqueza tiene una probabilidad tres veces mayor de embarazarse que una del quintil superior.

- Existen desigualdades en la cobertura prenatal según el nivel educativo y el nivel de ingresos; en las de mayor educación e ingresos la cobertura es de 98% en ambos casos, entre las más pobres y de menor educación se llega a 88% y 79% respectivamente. Estas brechas son mayores cuando se considera la atención por personal médico; mientras en las de mayor educación y de mayores ingresos el 98% son atendidas por médicos, entre las más pobres y menor educación es sólo el 42%.

- El 71% de las mujeres reportó no recordar haberse practicado nunca la prueba de VIH. Estos porcentajes son mayores entre las más pobres y de menor educación (81% y 75%). El 15% reportó haber tenido alguna ITS y la frecuencia fue el doble entre las más pobres y de menor nivel educativo, con respecto a las menos pobres y más educadas.

- En el momento de la encuesta, el 46% de las mujeres no estaban empleadas. El 64% de las ocupadas declararon ingresos inferiores a los de su pareja. Solamente el 53% decidía sobre el uso de sus ingresos. Esta proporción es menor en las más jóvenes, en el medio rural y en las de menor educación, aunque no se encontró diferencias importantes según el nivel de ingresos. Esta subordinación de la mujer, ilustrada por su menor remuneración y la falta de autonomía para decidir sobre su entorno y recursos, podría influir sobre el éxito de la PTMI, al afectar su incorporación a la planificación familiar, a la atención prenatal, y a la atención del parto. La encuesta encontró evidencias de que mientras mayor es la capacidad de decisión de la mujer mayor es su uso de anticoncepción, menor es la fecundidad, mayor y mejor es la utilización de servicios de salud reproductiva, menor la mortalidad infantil y de la niñez.

Nicaragua

El país tiene 5,8 millones de habitantes, de los cuales 2 millones son menores de 15 años. Cada año ocurren unos 139.000 nacimientos (2005-2010)([116]). Se estima que hay 7.700 personas con VIH, de las cuales 7.500 son de 15 a 49 años y 200 menores de 15 años.([117]) La razón hombre/mujer es de 2,4. Se estima que el 3 % de los casos corresponden a transmisión materno-infantil. La prevalencia de VIH en adultos es de 0,2%. La cobertura a TARV se ha incrementado en los últimos años y para 2008 se estimó en 68% de las personas con VIH que la necesitaban. ([118]) A partir de 2010 será necesario tener en cuenta el cambio del umbral de CD4 en las recomendaciones para inicio de TAR y ver si esto repercute de forma real sobre el número de personas en TAR.

Según el Informe del UNGASS de 2010, , en el 2009 se reportaron 176 mujeres embarazadas con VIH, de las cuales 91 recibieron TARV para la prevención de la transmisión materno-infantil.([119])

Las actividades de PTMI se iniciaron en el año 2003. El Plan Estratégico Nacional 2006-2010([120]), incluye lograr la cobertura universal y alcanzar las metas previstas a nivel Regional, en consonancia con la Política Nacional de Salud 2004-2015, la Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida([121]) promulgada en 2006, y la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA, promulgada en 1999.([122])

El país realizó una evaluación de la PTMI en el 2008([123]), que incluyó 6 de los 17 Sistemas Locales de Atención de la Salud (SILAIS), seleccionados por su mayor aporte de casos de Sida, aunque no incluyó la capital Managua. Se incluyeron 56 centros de primer nivel (5.4% del total) y 6 hospitales (18,1% del total nacional). Ese mismo año se formularon las Normas y el Protocolo de PTMI.([124])

En el momento de la evaluación, el país estaba en proceso de transición hacia un modelo de atención de salud familiar y comunitaria en el primer nivel de atención.

En dicha evaluación se identificaron deficiencias importantes en la disponibilidad de personal capacitado y en la capacidad de realización de las pruebas VIH y Sífilis, sobre todo relacionadas con irregularidad en el suministro de reactivos y por la carencia o antigüedad de los equipos. Se encontró que el 79% del personal no había sido capacitado y el 47% de los establecimientos carecía de personal adecuado para la atención PTMI integral.

Según el Informe UNGASS 2010, la inversión en VIH para el año 2008 fue de 4,6 millones de US$, fueron destinados a atención y tratamiento, lo que supuso alrededor de un 25% del gasto total.([125])

Se considera que el 91% de las embarazadas reciben al menos un control prenatal, el 78% recibe 4 o más y el 70% lo inicia en el primer trimestre de su embarazo. El 74% de los nacimientos son institucionales y el 48% de las parturientas tuvieron controles postnatales.([126])

Aun cuando se encontró que prácticamente la totalidad de las embarazadas que acuden a control prenatal recibe consejería prepruebas, solamente en el 60% de ellas se realizaron pruebas de VIH. La principal limitación está

116 OPS. Situación de salud de las Américas Indicadores básicos .2009.

117 UNGASS. Informe país. Nicaragua 2010.

118 Idem

119 Idem

120 Plan Estratégico Nacional de ITS, VIH y sida. Nicaragua 2006-2010.

121 Ministerio de Salud. Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. Managua 2006.

122 Asamblea Nacional.- Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. Ley 238. Managua 1999

123 MINSA.- PTMI. Línea de Base en 6 SILAIS. Managua 2008.

124 MINSA. Normas y Protocolo para PTMI. Managua 2008.

125 UNGASS. Informe país. Nicaragua 2010.

126 Ministerio de Salud. Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA. Managua 2006.

relacionada con la baja disponibilidad de pruebas rápidas en los establecimientos del primer nivel de atención, solamente entre el 18% y el 55% de los establecimientos evaluados, según la región, realizaban dichas pruebas, pero muchos tenían suministro irregular de reactivos. La referencia de las pacientes a otros centros para la realización de las pruebas parece explicar muchas de las pérdidas, además de haber ocasionado retrasos de hasta 3 meses para obtener los resultados. No se encontró información con relación a pruebas de Sífilis y, según el informe de la evaluación, se deduce que es posible que en la mayoría de los casos no se hubiera realizado.

Casi la totalidad de los centros hospitalarios evaluados que atienden partos, tienen capacidad para la realización de cesáreas y cuentan con laboratorios con capacidad para pruebas de VIH y Sífilis. Sin embargo, no se obtuvo información sobre la proporción de embarazadas con VIH a las que se les practicó cesárea ni sobre la realización de pruebas de VIH en embarazadas y en sangre del cordón umbilical.

Se reportó débil coordinación entre los establecimientos de primer nivel y los hospitales que atienden los nacimientos que se observó por la pérdida de información sobre el estatus VIH de las embarazadas al llegar a los centros obstétricos.

Para el 2009 se reportó que al 58% de las mujeres embarazadas se les hizo la prueba del VIH y que el 63% (81 en total) de los hijos/as de madres con VIH recibieron TARV.(2) En la evaluación realizada se encontraron importantes deficiencias en la realización de las pruebas de VIH antes de los dos meses de edad y en las de seguimiento posterior. En aquellos casos en los que se realizó pruebas de PCR, los resultados fueron obtenidos con mucho retraso para adoptar decisiones clínicas oportunas.([127]) No se reportó información sobre el suministro de productos lácteos para substituir la lactancia materna.

Como ya fue señalado, la cobertura de los servicios de laboratorio, sobre todo en pruebas rápidas de VIH y Sífilis, en los establecimientos de primer nivel de atención, y la realización de pruebas en los recién nacidos, parece constituir una de las principales limitantes para el desarrollo de la PTMI. Igualmente se reportaron importantes deficiencias en el aseguramiento de la calidad y en las medidas de bioseguridad.([128])

La evaluación encontró importantes limitaciones en los sistemas de monitoreo y evaluación, incluyendo la carencia de formularios estandarizados, la regularidad en los reportes y el análisis de las informaciones. Igualmente, existen debilidades en la continuidad de la información sobre las embarazadas a lo largo de su atención por centros de diferente nivel, la atención de los nacimientos y la atención de los niños/as, con gran pérdida de información valiosa para la aplicación de las normas nacionales sobre PTMI. Estas limitaciones en la información se reflejan en la vigilancia epidemiológica y en la limitada actividad de monitoreo y evaluación.

Brechas nacionales identificadas

- La cobertura reportada de atención prenatal es de 91%, con 71% iniciado en el primer trimestre y un 78% con 4 o más visitas, pero solamente el 63% del total fueron testeadas para el VIH y se estima que el 45% de las embarazadas VIH positivas recibieron TARV, sin que se haya podido confirmar en cuantas se completaron los esquemas normados en el país.([129]) No se encontró información sobre la prevención de la Sífilis congénita en las embarazadas. Las principales limitaciones estarían en la disponibilidad de pruebas rápidas para VIH y Sífilis, lo que se traduce en dificultades y retrasos considerables en la prescripción e inicio de la terapia TARV y antibiótica.

127 MINSA.- PTMI. Línea de Base en 6 SILAIS. Managua 2008.

128 Idem

129 ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

- No se encontró información sobre la proporción de embarazadas con VIH a las que se les realiza cesárea electiva. Sin embargo, se detectaron debilidades en la coordinación y articulación entre los centros de primer nivel que realizan la atención prenatal y los que atienden los nacimientos, con limitaciones en el flujo de informaciones sobre el estatus VIH de la paciente y la programación de las cesáreas.

- No se obtuvo información sobre la frecuencia de realización de pruebas VIH en el momento de la atención del nacimiento ni sobre la evaluación de los hijos/as a las 8 semanas y sobre la cobertura de la consejería alimentaria y el suministro de productos lácteos.

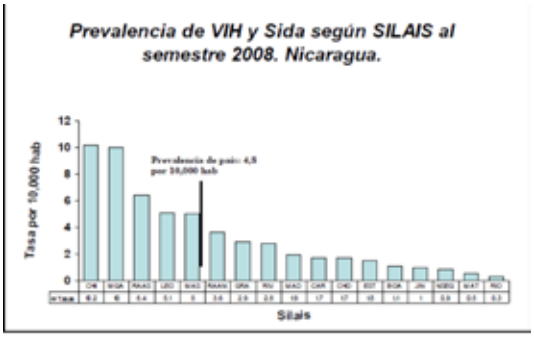
Brechas sociales y territoriales

- Nicaragua es un país con importantes desigualdades territoriales y sociales. De acuerdo con la ENDESA 2006-2007, el promedio nacional de años de estudio de las mujeres en edad reproductiva es de 5,2, en el medio rural es de 3,2 y urbano de 6,7 años, y las desigualdades por Departamentos son aún mayores. Mientras en Managua y Carazo alcanzan 7,1 y 6,1, en Río San Juan, RAAN y Jinotega sólo llegan a 3,5, 3,1 y 3,2 respectivamente.

Estas desigualdades sociales se expresan en la situación de salud de las mujeres y de la infancia. La fecundidad nacional ha descendido desde 5,8 en 1985 a 2,7 hijos por mujer en 2006, pero es de 2,2 en medio urbano y 3,5 rural, de 1,6 en mujeres con educación superior y 4,4 en las de menor educación. A los 20 años el 25% de las mujeres han tenido al menos un embarazo, pero en el medio rural es el 31%.

Al evaluar el acceso a servicios de salud reproductiva, el 90% de quienes tenían educación superior había tenido acceso a actividades educativas y menos del 5% que no tenían educación. De allí que mientras el 70% de estas mujeres utiliza algún método moderno de planificación familiar, en el medio rural es el 68% y solo el 65% de quienes tienen el menor nivel educativo. El acceso a atenciones obstétricas por especialistas es también fuertemente desigual. Mientras la atención prenatal por médicos generales es alrededor del 36% tanto rural como urbana, la atención por médicos especialistas es de 42% y 11% respectivamente, y las enfermeras que a nivel nacional cubren el 28% de las atenciones prenatales, son responsables del 16% en medio urbano y del 39% en medio rural. La atención institucional del parto, que a nivel nacional es de 74%, a nivel urbano es de 93%, mientras rural es 57%.

Según el Ministerio de salud, la incidencia de VIH en el país es de 4,1 x 100.000 habitantes y varía considerablemente entre los Departamentos del país. Mientras para Managua y Chinandega, las ciudades mayores, la incidencia estaría en 8 y 7,2, en el otro extremo, en Matagalpa y Río San Juan seria de 1,2 y 1,9 respectivamente.



Boletin Epidemiologico VIH. MINSA Nicaragua.

Las poblaciones de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), predominantemente indígenas, son consideradas altamente vulnerables por la historia de aislamiento y por la discriminación cultural, étnica y/o racial. Las personas de la Costa Caribe que viven con VIH sufren discriminación múltiple: por ser pobres, por indígenas o afrodescendientes y por vivir con el VIH.([130])

130 UNGASS. Informe país. Nicaragua 2010.

Panamá

El país cuenta con una población estimadas de 3.2 millones de habitantes y tiene una prevalencia para el año 2006 de o,9% entre las personas de 15 a 49 años que corresponde a 18.282 personas infectadas por VIH.((28) Según el Ministerio de Salud, de los casos de infección reportados el 69% fueron de transmisión sexual, el 1,8% por vía sanguínea y el 3,6% por transmisión vertical. La prevalencia de VIH en embarazadas se estima en 0,3 en el 2009. La incidencia de Sífilis congénita se ha reportado entre 0,1 y 0,5 por mil nacidos vivos. La cobertura de atención prenatal reportada es de 85,4% y el 93% de los nacimientos son atendidos institucionalmente por personal calificado. ([131]).

Entre las fortalezas más importantes para la PTMI se encuentra la existencia de un sistema de salud con cobertura prácticamente universal, y una población con niveles promedio de educación y calidad de vida altos en los estándares latinoamericanos, que expresa un 80% de satisfacción por los servicios de salud recibidos ([132]). Desde el 2007 se dispone de un sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta ante el VIH.

En todos los servicios de salud se realizan actividades de prevención de la transmisión, tanto prenatal, en la atención del nacimiento y el seguimiento de los hijos de embarazadas con VIH, incluyendo actividades de educación continua del personal de salud sobre VIH y sobre PTMI. Se considera que este conjunto de actividades debe ser fortalecido y sobre todo articulado normativamente para elevar su efectividad. En el año 2007 se realizó una evaluación rápida de la situación y recientemente, basado en los resultados y se ha formulado un Plan Multisectorial de PTMI de VIH y Sífilis.([133])

Aunque existe un procedimiento sistemático para la detección de la sífilis durante el embarazo, no se trata a todas las mujeres con resultado positivo. ([134]) y para el 2007 se reportaron 12 casos de Sífilis en embarazadas, pero solo se confirmó tratamiento en 2 de ellas.

Los protocolos de PTMI no siempre están disponibles, los laboratorios no están con las medidas actualizadas de bioseguridad y tampoco cuentan siempre con reactivos.

Se ha estimado que existen unas 377 embarazadas con VIH promedio por año, de las cuales reciben TARV unas 71 dando como resultado una cobertura de 18.8%.([135])Las debilidades que se expresan en esta baja cobertura de TARV en embarazadas con VIH parecen relacionarse con la inexistencia de normativas nacionales que definan los flujogramas de atención y de laboratorio y con la no disponibilidad y acceso a pruebas rápidas de VIH y Sífilis en todos los establecimientos que realizan atención prenatal y débil acceso a los resultados de pruebas de CD4 y de Carga Viral. También se detectó una limitada actividad de promoción de la atención prenatal a nivel comunitario junto con el hecho de que solo el 4,9% de la población panameña participa en organizaciones sociales. ([136])

131 ICGES, MINSA, Contraloría General de la República.- Primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007). Panamá 2007.

132 Ministerio de Salud.- Plan Nacional Multisectorial para la PTMI en Panamá. 2009.

133 Departamento epidemiología. MINSA. Citado en: Plan Nacional Multisectorial para la PTMI en Panamá. 2009

134 Idem

135 ICGES, MINSA, Contraloría General de la República.- Primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007). Panamá 2007.

136 MINSA/OPS/UNICEF. Informe de hallazgos y resultados del Diagnóstico rápido de situación de la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y sífilis en seis regiones de salud del Ministerio de Salud de la República de Panamá. 2006

Entre los principales nudos críticos identificados en la evaluación y cuya superación se ha incluido en el Plan Multisectorial ([137]) mencionado, se destacan:

- Estrategias de mercadeo social insuficientes para estimular a la mujer embarazada a que asista a su control prenatal (visita domiciliarias, trabajo con líderes comunitarios, campañas promocionales en medios masivos)
- Escasa promoción y acceso a la prueba de VIH/sífilis con consejería y consentimiento
- Falta de mecanismos de evaluación relacionado al cumplimiento de las normas nacionales MINSA/CSS
- Falta de definición de ruta crítica de mujeres que son atendidas en el engranaje de la seguridad social y en instalaciones del MINSA
- Falta de ofrecimiento y acceso rutinario de pruebas rápidas de VIH Y VDRL a embarazadas sin control prenatal
- Falta de insumos (pruebas rápidas para detección oportuna de VIH) durante la labor de parto.
- Falta de provisión gratuita de la formula láctea a los hijos de madre expuestos a la infección por VIH particularmente en población asegurada
- No disponibilidad de AZT en suspensión principalmente al hijo de madre con VIH en la población asegurada
- Falta de organización administrativa y distribución de medicamentos y formula láctea en algunas regiones del país
- Falta de una proyección estimada de la demanda de pruebas para planeación de insumos para la realización de las pruebas de VIH y Sífilis
- Falta de flujograma de envío/recibo de resultados
- Subutilización de la herramienta tecnológica (envío de resultados por correo electrónico o página Web del laboratorio central con acceso seguro) para agilizar disponibilidad de resultados)
- Falta de priorización de la embarazada en obtención de resultados de CD4/Carga Viral
- Falta de sistematización de las pruebas de resistencia a TARV

Se detectó falta de interacción entre los establecimientos que realizan atención prenatal y los hospitales que atienden los nacimientos, lo que conlleva a que en una importante proporción de las parturientes se desconoce su estatus VIH al ser atendida. Por otra parte, aún cuando los hospitales cuentan con laboratorios con capacidad para realizar las pruebas rápidas, éstas no están disponibles las 24 horas del día.

En la mayoría de los hospitales disponen de servicios de atención integral de los recién nacidos, sin embargo se encontró que los protocolos son diferentes. Como se mencionó antes, no existe suministro de productos lácteos ni adecuada consejería a las madres sobre la alimentación de sus hijos/as y como resultado se observa que el 92.8% de las mujeres en general reporta haber dado lactancia materna a sus hijos al menos durante un mes.

El país cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional y desde el 2007 con un sistema de monitoreo y evaluación de la respuesta ante el VIH, sin embargo, en la evaluación pudo detectarse debilidades que afectan a la PTMI entre las que se destacan:

- Falta de financiamiento, recursos humanos e infraestructura, y sostenibilidad de los programas
- Falta de disponibilidad de formulario integrado de vigilancia en VIH y sífilis
- Falta de un formato único de sistema de información a nivel nacional relacionado al número de embarazadas y neonatos expuestos a la infección por VIH, casos negativos y confirmados

137 Departamento epidemiología. MINSA. Citado en: Plan Nacional Multisectorial para la PTMI en Panamá. 2009

- Debilidades en el uso del Sistema de información perinatal

El Plan Multisectorial de PTMI ha establecido 6 Ejes Temáticos, para cada uno de los cuales se ha incluido intervenciones sobre los nudos críticos identificados:

1) Recursos humanos y capacitación.

2) Servicios de atención prenatal.

3) Servicios de atención al parto.

4) Seguimiento del recién nacido.

5) Laboratorio.

6) Vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación.

Para la conducción coordinada de este Plan, se ha constituido una Comisión Nacional para la PTMI de VIH y Sífilis.

Brechas territoriales y sociales identificadas

La Primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (64) señala que el 40% de la población panameña es pobre. Reportó que solamente el 4,9% de la población participa en organizaciones sociales, y que la población indígena tiene 3,2 veces mas dificultades para acceder a servicios de salud y 5,6 veces mas probabilidad de no poder cubrir los costos de las atenciones. La cobertura de citología cervical fue de 54% de 18 a 24 años y de 67,5% en mayores de 35 años. La probabilidad de que una mujer con educación superior se le hubiera practicado exámenes preventivos de cáncer ginecológico fue 3,5 veces mayor que en mujeres sin escolaridad.

Los 14,7% de las embarazadas detectadas en la encuesta no estaban asistiendo a atenciones prenatales. El 50,8% de las mujeres urbanas señalaron estar utilizando anticoncepción, este porcentaje baja a 33% en el medio rural y a 15,9 en poblaciones indígenas.

De acuerdo con este estudio, las provincias con mejor calidad de vida son: Colon, Panamá, Los Santos, Herrera y Coclé. Darién, Boca del Toro, La Comarca Emberá, Kuna Yala y Ngöbe Buglé presentaron los más bajos índices de calidad de vida, por debajo de los promedios nacionales.

En el año 2000, se estimó la población indígena panameña en alrededor de 232.000 personas, que ocupaban el 20% del territorio del país, aunque el 37% de esta población habitaba en comarcas dispersas en casi todo el territorio nacional. Para ese año, cuando la Tasa de Mortalidad Infantil del país era de 17,2 la de los pueblos indígenas era de 84,1. La Razón de Moralidad Materna era 295 por 100.000 nacidos vivos mientras la del país era 60. La desnutrición infantil era del 68,0% (nacional de 17,7) y la mortalidad por EDA e IRA eran de 320 y 1203 por 100.000 h, mientras que las del país eran 64 y 199,7 respectivamente.

Para el año 2009, la prevalencia del VIH en embarazadas fue de 0,3([138]) y el porcentaje de cobertura de la prueba en ese grupo fue de un 53,3%. No obstante, es importante anotar que la provincia de Colón con una cobertura de realización de la prueba de un 23,6% en la embarazada, tiene la prevalencia más alta con un 1,5%, seguido de Panamá Metro, Veraguas y Panamá Oeste con porcentaje de prevalencia de 0,4, 0,4 y 0,3 respectivamente.([139])

En el 2008 (cifras preliminares), las mayores tasas de incidencia las presentaron las regiones de salud de Ngobe Bugle (1,6), Chiriquí (1,3), Bocas del Toro, San Miguelito, Panamá Este y Panamá Metro con 0,6, 0,6, 0,5 y 0,3 por 1000 NV respectivamente. Las regiones de salud que no han presentado casos en 2008 fueron Coclé, Colón, Kuna Yala, Darién, Los Santos y Veraguas. ([140])

138 ICGES, MINSA, Contraloría General de la República.- Primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENSCAVI 2007). Panamá 2007.

139 ACNUR.- Estrategia Regional para la Respuesta ante VIH/SIDA en la Región de las Américas. 2008-2012.

140

Resumen sobre existencia de Guías para la PTMI

PAÍSES	EXISTENCIA PLAN PARA PTMI		EXISTENCIA DE GUÍAS ACTUALIZADAS		
	Fecha de creación del 1º plan para la PTMI	Incluye sífilis congénita	PTMI VIH (Fecha de última actualización referenciada en los Programas de sida de los paises)	Acorde Guías OPS	PTMI + SC
Costa Rica	2001	No	Sí (2009)	Sí	No
El Salvador	2005	No	Sí Dic 2009	Sí	No
Guatemala	2004	No	Sí (2008)	Sí	No
Honduras	2004	Sí	Sí 2008	Sí	No
Nicaragua	2008	No	Sí Nov 2008	Sí	No
Panamá	2007	Sí	Sí 2008	Sí	No

Migración, Género y VIH. Un desafío subregional

El istmo Centro Americano y México han sido históricamente escenario de intensos flujos migratorios desde épocas precolombinas, gracias a la cercanía cultural y a los intensos intercambios que caracterizaron las poblaciones de estos territorios. Estudios realizados a fines del pasado siglo mostraban claramente que estos movimientos continuaban siendo importantes y, dependiendo de las coyunturas económicas y políticas se intensifican en algunos periodos. Como ejemplo, se observa que en un periodo de 4 años, el flujo de migrantes laborales legales entre Nicaragua y Costa Rica fue 685.438 personas. ([141])

También, los conflictos armados ocurridos en la región en los años 70 que tuvieron como epicentros Guatemala, El Salvador y Nicaragua, provocaron migraciones de población desplazada entre los mismos países y hacia el Norte (México, Estados Unidos y Canadá)

A raíz de los Acuerdos de Esquipulas II, en 1987([142]) firmados por los Presidentes de todos los países, con el auspicio de la Comunidad Internacional, se inicia el proceso de pacificación. Simultáneamente, se establece en México el estatus legal de Refugiados, que contribuye a regularizar los procesos migratorios, y se realiza, convocada por ACNUR, la Conferencia Internacional sobre Refugiados, Desplazados y Repatriados de Centro América (CIREFCA).

Con estos cambios políticos y del entorno internacional, los flujos migratorios pasan a ser predominantemente de refugiados económicos y conformados predominantemente por personas con características de excluido social, empobrecido, y con fuertes nexos y compromisos de contribuir económicamente para el mantenimiento de sus familiares que permanecieron en el país de origen. Se ha estimado que al menos 150.000 personas migran anualmente desde Centro América hacia los Estados Unidos y Canadá. ([143])

141 Banco Mundial. Reduciendo la vulnerabilidad del VIH/Sida en Centroamérica: Nicaragua: Situación del VIH/Sida y respuesta a la epidemia. 2006

142 II Cumbre de Presidentes Centroamericanos. Esquipulas, Guatemala, 7 de Agosto de 1987." Acuerdos de Paz de Esquipulas II".

143 Bronfman Mario: Migración y SIDA en México y Centroamérica, Instituto Superior de Salud Pública. México. Conferencia patrocinada por ONUSIDA. 2 de agosto 2002

Estos migrantes se han constituido en uno de los pilares de las economías de la mayoría de los países Centroamericanos y sus remesas tienen un fuerte efecto distributivo en sectores sociales empobrecidos. Al mismo tiempo, los procesos de transculturización a que han sido expuestos, han producido significativa influencia en las tradiciones y expectativas de numerosas familias, conformándose una realidad social, política y cultural que tiene que ser considerada al considerar la salud de las poblaciones y en particular la transmisión del VIH y de la Sífilis.([144])

Las restricciones legales en los países de acogida han dado lugar a situaciones de vulnerabilidad en la población migrante y a repatriaciones, es decir, personas que son forzosamente retornadas a su país de origen, bien por haber sido catalogadas como ilegales, bien porque se les ha considerado que han estado involucradas en alguna actividad delictiva y han cumplido condenas, o bien por ambas a la vez. El elevado y creciente número de personas en esta situación tiene un impacto social considerable. (Información recogida sobre el terreno de los profesionales y los responsables del programa de sida)

El significado de estas poblaciones desde la perspectiva de salud y particularmente de la transmisión del VIH, ha sido estudiado por diversos autores, aunque en forma fragmentada. La población migrante y desplazada es considerada más expuesta al riesgo y más vulnerable ante la transmisión del VIH. Las condiciones de precariedad económica, legal y afectiva, colocan a estas poblaciones en circunstancias en las cuales suelen ser víctimas del tráfico ilegal y la trata de personas y, en muchas ocasiones, abusos y violencia. ([145], [146])

Alrededor del 25% de los migrantes de Centroamérica y México hacia los países del norte, son mujeres, en su mayoría jóvenes, que frecuentemente viajan solas. Alrededor del 60% de ellas manifiesta haber tenido durante el trayecto alguna experiencia sexual, desde relaciones consensuadas hasta violaciones.([147]) Algunos autores consideran que los movimientos migratorios han tenido un importante efecto en la diseminación del VIH entre los países y sobre todo hacia poblaciones rurales.([148]) Sin embargo, se ha comprobado que una vez asentadas, la prevalencia de VIH en estas poblaciones tiende a ser similar a la de las poblaciones autóctonas, razón por la cual algunos autores han llamado la atención sobre no criminalizar a estas poblaciones y concentrar la atención en las condiciones en las cuales se producen las migraciones.([149],[150])

Las poblaciones migrantes y las desplazadas no solamente son más vulnerables ante el VIH, también representan importantes desafíos a las estrategias de promoción y de prevención que no siempre los países han estado en condiciones de superar.

Los vínculos demostrados entre las migraciones, la violencia de género, los derechos humanos y la transmisión de VIH, así como la evidencia de que una importante proporción de las poblaciones migrantes son mujeres, y considerando la magnitud de las poblaciones involucradas en los movimientos migratorios intrapaíses, entre los países y hacia países fuera de América Central, existe la necesidad de desarrollar un mejor conocimiento y un enfoque Subregional sobre estos fenómenos y su significado en la salud de las mujeres y en la transmisión materno infantil del VIH.

144 Olmos, Cecilia. América Central. Situación migratoria después de los conflictos. Amerique Latine. Histoire&Memoire. ALHIM, Nº 7 2003. Febrero 2005.

145 Bronfman, Mario, Leyva, René y Negroni, Mirka (editores), Movilidad Poblacional y VIH-SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.

146 Caballero Marta y Leiva Rene.- Migración, Género y VIH/SIDA en Centro America y México. Hypatia Revista de Divulgación Científico - Tecnológica del Estado de Morelos. 17 February, 2010, http://hypatia.morelos.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=374&Itemid=271

147 Idem

148 Magis R Carlos, Bravo G Enrique, Gayet S Cecilia y cols.- VIH y SIDA en México 2008. Primera edición. CENSIDA, México 2008.

149 Idem

150 Kendall Tamil y Langer Ana.- VIH/SIDA y Migración. Evidencias para enfocar la prevención. Population Council.Washington 2006.

El Alto Comisionado de naciones Unidas sobre Refugiados y migrantes (ACNUR) ha destacado esta necesidad y ha formulado una estrategia para la Región de Las Américas que representa una oportunidad para promover el interés internacional. (75)

Por otro lado, las consecuencias derivadas de las desigualdades de género en términos de menor estatus económico y social, desigual acceso a la educación, la violencia de género se suman a la mayor vulnerabilidad de las mujeres y niñas de ser infectadas por VIH. Tener capacidad para negociar sexo seguro, acceso a los servicios e igualdad de oportunidades se considera necesario para empoderar a las mujeres y con ello lograr las desigualdades evitables asociadas al género.

El acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, principalmente para la población joven, tanto hombres como mujeres, se muestra esencial para evitar nuevas infecciones por VIH e ITS así como para garantizar embarazos deseados y seguros, tanto para la mujer como para el recién nacido.

Por último, la asociación existente entre violencia de género y VIH recomienda a las políticas nacionales de los países incluir intervenciones específicas para promover relaciones más igualitarias y evitar este tipo de violencia.

VI. Conclusiones

La principal fortaleza de los países de Centroamérica considerados en este informe, es el compromiso manifiesto de las autoridades respectivas para alcanzar las metas de eliminación de la Sífilis congénita y la Transmisión Materno Infantil del VIH. Todos los países han hecho importantes esfuerzos en esta dirección y, en el caso de Costa Rica y Panamá, presentan además sistemas de servicios de salud de alta cobertura, con buen desarrollo tecnológico, y con poblaciones cuyo nivel de vida promedio es considerado elevado dentro de los estándares latinoamericanos. Es importante destacar las dificultades existentes en referencia a la disponibilidad de información. Una importante fuente de información son las evaluaciones realizadas en los países, ya sean éstas referentes a la respuesta de VIH o evaluaciones nacionales de PTMI.

En general, persisten importantes desafíos vinculados a las inequidades sociales y a la necesidad de lograr que las poblaciones tradicionalmente más excluidas y empobrecidas tengan acceso a los servicios de salud materno-infantil y de PTMI en particular. Se destaca la necesidad de fortalecer los esfuerzos conjuntos para la prevención y la atención integral de la salud de las poblaciones migrantes y desplazadas, y de las poblaciones indígenas, y de fortalecer la incorporación del enfoque de equidad de género en las respuestas nacionales.

Se ha documentado una fragmentación y segmentación en la provisión de servicios para PTMI que tiene un impacto negativo en la consecución de las metas de eliminación de PTMI de VIH y sífilis congénita.

Entre las principales limitaciones detectadas, además de las provenientes de la deuda social acumulada históricamente en pobreza y exclusión social, que los países hacen importantes esfuerzos por superar, destacamos algunas más directamente relacionadas con el sistema de salud:

Atención prenatal

1. Hay brechas importantes en el conjunto de la Sub-región en cuanto a la cobertura de atención prenatal.

2. Hay falta de integración de los servicios de salud y falta de interacción con los diferentes sectores (privados, ONG, organizaciones basadas en fe y otros) .

3. En algunos países, el cobro de servicios de atención prenatal constituye una barrera de acceso, que se agrega y agrava a las barreras de distancia, lo que estimula el retraso o la discontinuidad de estas atenciones, y afecta la PTMI.

4. No existe disponibilidad o acceso irregular a pruebas rápidas para VIH y Sífilis en todos los países de la Sub-región, lo que supone una limitante para la implementación de la IE.,

5. La rotación del personal y la diversidad de formas de contratación dificulta la capacitación y actualización de los diferentes actores, así como su compromiso con la PTMI.

6. El desabastecimiento en el suministro de TARV y otros medicamentos utilizados en la atención prenatal produce discontinuidad en el uso de los protocolos de PTMI y fallos en la adherencia de las usuarias.. Es por ello básico que todos los programas dispongan no sólo de un método de prevención del stock sino que deben contar con una reserva de ARV básicos para que, en caso de rotura de ese stock, no se interrumpa el TAR en ningún caso.

7. Se ha detectado debilidad en la implementación de protocolos actualizados en cuanto al inicio oportuno del TARV en la mujer embarazada. (13-14 semanas de gestación).

8. En los países de la sub-región hay una menor atención a las pruebas y el tratamiento de la Sífilis en las embarazadas.

9. Hay una falta generalizada de atención a la pareja de las gestantes con serología positiva a la sífilis, lo que supone una barrera para la eliminación de la sífilis congénita.

Atención al nacimiento

10. La más frecuente e importante limitación encontrada en la mayoría de los países es la poca interacción entre los servicios de atención prenatal y los de atención en el momento del nacimiento. Esto se traduce en dos importantes consecuencias: por un lado, en muchos casos se desconoce el estatus VIH y Sífilis y no se aplican los protocolos correspondientes y, por otro, dificulta la práctica de cesáreas programadas.

11. Se ha detectado falta de homogeneidad nacional en la aplicación protocolos y esquemas de manejo de las embarazadas con VIH al momento del nacimiento.

12. Se ha identificado falta de disponibilidad de pruebas rápidas de VIH y sífilis en algunos establecimientos donde se realizan partos,. Entre los factores que inciden desfavorablemente está la discontinuidad en el abastecimiento de pruebas, además del no seguimiento de los protocolos establecidos

Atención a los niños/as y sus madres

13. Se ha detectado falta de integración del seguimiento del niño/a expuesto al VIH en la atención general en el contexto de Salud materna e infantil.

14. Se ha identificado un déficit importante en la realización de pruebas para diagnóstico virológico a los 2 meses de vida.

15. Se han detectado brechas en la administración del componente posnatal de profilaxis con al recién nacido/a.

16. Se ha identificado falta s=de seguimiento del recién nacido/a expuesto a la sífilis lo que dificulta la minimización de las consecuencias de la sífilis congénita.

17. No siempre se identifica apoyo para la sustitución de la lactancia materna por sucedáneos en los niños/as expuestos al VIH.

18. En muchos casos, se encontró limitada coordinación entre los servicios de atención prenatal, los de atención de los nacimientos y los de atención y seguimiento de los hijos/as de embarazadas con VIH. Esto se traduce en pérdida de información valiosa, en repetición de procedimientos y en limitaciones para la vinculación de la familia y las comunidades en apoyo a las madres y sus hijos/as.

19. Se ha identificado que las madres con VIH, una vez ocurrido el nacimiento, no siempre se incorporaban a servicios que les aseguraran la atención según su cuadro clínico y evolución.

20. En algunos países se observaron debilidades en la cobertura de la planificación familiar.

Laboratorios

21. El aseguramiento de la calidad en la totalidad de la red de laboratorios que realizan pruebas diagnósticas de VIH y sífilis no está suficientemente garantizado.

22. Se ha identificado falta de algoritmos actualizados de los procedimientos de laboratorio.

23. Se han detectado brechas en los procesos que garantizan bioseguridad en el manejo de muestras.

24. En varios de los países estudiados, se identificaron retrasos en el envío de muestras y resultados que afectan considerablemente las decisiones clínicas en la PTMI.

Vigilancia, monitoreo y evaluación

25. En general se encontraron debilidades en los sistemas de información y de vigilancia que no permiten un adecuado monitoreo y evaluación de las atenciones brindadas a cada madre durante su embarazo, la atención del parto, postparto y la atención de sus hijos y de ellas mismas posteriormente. Se identifica mayor debilidad en obtención la información sobre la sífilis materna y congénita.

26. Se ha detectado déficit en el análisis de la información obtenida. No se ha encontrado evidencia de que se realicen estudios que permitan identificar poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, o que contribuyan a un mejor conocimiento de los factores que favorecen la transmisión en dichas poblaciones.

    El registro y seguimiento de casos, se realiza en hojas y formularios no unificados.

27. Se han identificado debilidades en el proceso de monitoreo y evaluación. En la mayoría de los casos, se refiere a supervisión realizada por niveles superiores, más que al proceso propiamente de monitoreo y de evaluación de resultados.

Personal de Salud

Aunque ya se ha mencionado en distintos apartados, en general se ha detectado déficit de preparación del personal de salud la involucrado en la PTMI.

7. Recomendaciones

En seguimiento a la asunción del compromiso con la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe, contraído por los Ministerios de Salud de Latino América y Caribe el 50th CD de OPS/OMS en septiembre de 2010, se recomienda la implementación de todos los componentes de la Estrategia y Plan de acción para alcanzar las metas de eliminación en 2015.

Generales

1. Mantener el compromiso Sub-regional y de los países con la IE

2. Fortalecer los sistemas de información

3. Facilitar el acceso a la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) a las poblaciones con determinantes sociales (indígenas migrantes, rurales, con bajo poder adquisitivo, con bajo nivel de educación)

Atención Prenatal

4. Crear y ejecutar estrategias dirigidas a aumentar la captación temprana de las embarazadas y mejorar su asistencia

5. Es primordial crear un contexto de fortalecimiento de la rectoría y gobernanza con respecto a la PTMI.

6. Eliminar los cobros por servicios prenatales y de PTMI, o en su defecto, lograr que los mismos sean cubiertos por mecanismos de prepago o de aseguramiento que no afecten directamente el presupuesto familiar.

7. Asegurar la disponibilidad y realización de pruebas rápidas de Sífilis y de VIH en todos los establecimientos donde se ofrezca atención prenatal, lo que debería incluir la disponibilidad de dichas pruebas, capacitación del personal, adecuados sistemas de aseguramiento de la calidad y de supervisión.

8. Unificar por parte de losgobiernos, las formas de contratación y buscar un mecanismo adecuado que les permita proveer estabilidad al personal, así como el desarrollo de una carrera profesional sanitaria como servidor público.

9. Asegurar la disponibilidad continuada de ARV y otros insumos.

10. Actualizar y asegurar la implementación de protocolos óptimos para el manejo de la PTMI y sífilis congénitas

Atención al Nacimiento

11. Desarrollar estrategias que respondan a la realidad de cada país, y que impliquen el fortalecimiento de la interacción entre estos dos componentes de la PTMI.

12. Asegurar la disponibilidad de pruebas rápidas para VIH y sífilis, así mism0, la capacitación del personal en la aplicación de los protocolos nacionales

Atención a los Niños y sus Madres

13. Asegurar una mayor integración entre los servicios materno-infantiles y los servicios de PTMI.

14. Implementar en los países de la subregión el diagnóstico virológico en los menores de 18 meses expuestos al VIH

15. Garantizar la disponibilidad y libre de costo de sucedáneos de la leche materna durante los primero 6 meses de vida.

16. Asegurar la coordinación y la integración del seguimiento del niño/a expuesto al VIH en el control del niño/a sano, específicamente ligado al calendario vacunal.

17. Asegurar la atención integral de las madres portadoras de VIH.

18. Garantizar el acceso a servicios de planificación familiar tanto a hombres como a mujeres y promover el involucramiento de los hombres en las tareas de reproducción, así mismo, fomentar su responsabilidad en la salud sexual. El diseño de estos servicios debe estar orientado a garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Laboratorios

19. Implementar un sistema de aseguramiento de la calidad en la totalidad de la red de laboratorios que realizan pruebas diagnósticas de VIH y sífilis

20. Promoverla actualización de los algoritmos nacionales de los procedimientos de laboratorio para VIH y sífilis.

21. Asegurar el cumplimiento de los protocolos existentes en materia de bioseguridad para el personal de laboratorio y la disponibilidad de profilaxis post exposición para todo el personal de salud.

22. Revisar los procedimientos llevados a cabo en cada país, con la finalidad de identificar formas para la eliminación de retrasos en el envío de muestras y entrega de resultados, promoviéndose el uso de nuevas tecnologías y donde sea posible, la distribución de resultados por vía INTERNET, siempre que se pueda garantizar la confidencialidad.

Vigilancia, monitoreo y evaluación

23. Fortalecer los sistemas de información y vigilancia para obtener datos de todos los indicadores presentes en el marco de monitoreo regional de la Iniciativa de Eliminación. Es esencial promover la implementación y uso de sistemas de información del tipo del SUMEVE y del SIP.

24. Realizar estudios epidemiológicos enfocados, primordialmente, en la transmisión maternoinfantil de VIH y sífilis, en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad como son indígenas, migrantes y otras.

25. Promover el análisis de la información que genere evidencia que favorezca la toma de decisiones en salud.

26. Unificar los formularios de registro y seguimiento de casos. Es de vital importancia darlos a conocer entre el personal implicado.

27. Fortalecer el proceso de monitoreo y evaluación como componente básico de la planificación, para la obtención de datos que permitan la certificación de eliminación de TMI de VIH y sífilis congénita.

Personal de Salud

28. Elaborar un plan de capacitación sobre PTMI de VIH y sífilis en el que se den a conocer los protocolos y normas establecidas así como toda la información relativa a la importancia del seguimiento de esta Iniciativa.

Referencias

1. WHO. - Strategic Approaches to the prevention of HIV infection in infants: Report of a WHO meeting. Geneva 2002.

2. ONUSIDA. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2010

3. WHO, UNICEF and UNAIDS. Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report 2010. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html, accessed 17 October 2010).

4. OPS, UNICEF.- Documento Conceptual. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. Washington. 2009.

5. OPS, UNICEF. Estrategia de Monitoreo Regional. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, 2009.

6. OPS/UNICEF. Alianza para la Prevención de la Transmisión Materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en Centroamérica y República Dominicana. 2006

7. OPS. Resolución 116ª. Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS; XXXVIII Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington,DC: OPS; 1995 (Documento oficial CD38/15)

8. OPS. Plan Regional para VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015. Washington 2005.

9. Roses Mirta. Directora de la OPS/OMS. Discurso ante la XVII International AIDS Conference, AIDS 2008 August 3-8, 2008. México City. August 5, 2008.

10. OPS/OMS. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Nuevas recomendaciones globales. Semana virtual 2009: VIH y el sector salud. Washington, 25 de junio de 2009.

11. OPS, UNICEF. Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, enero 2010.

12. ONU. Asamblea General. Declaración de los Objetivos del Milenio. Nueva York, septiembre 2000.

13. ONU. UNGASS. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida. Nueva York, junio 2001.

14. ONU. Marco de Acción de las Naciones Unidas para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2001.

15. ONU. Asamblea General. 60/1. Documento final de la Cumbre Mundial 2005. 24 de octubre de 2005

16. ONU. Asamblea General. 60/262. Declaración política sobre el VIH/Sida. Junio, 2006.

17. ONUSIDA. Prevención de la Transmisión materno-infantil del VIH. Opciones estratégicas. Ginebra, 1999.

18. WHO/UNICEF. Guidance on Global Scale-Up of the Prevention of Mother to Chile Transmission of HIV. With The Interagency task team (IATT) on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children. 2007

19. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants. Recomendations for a public health approach. 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf

20. WHO/ UNICEF. Herramientas de Consejería en VIH y Alimentación Infantil. Guía de capacitación. 2008.

21. Valderrama J, Zacarías F, Marzin R. Sífilis materna y sífilis congénita: un problema grave de solución sencilla. Rev Panamá Salud Publica/Pan Am J Public Health 16(3), 2004

22. OPS. Eliminación de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Marco de referencia para su implementación. 2005.

23. WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS and UCSF. Sexual and Reproductive Health and HIV. Linkages: Evidence Review and Recommendations. 2009.

24. WHO. - Strategic Approaches to the prevention of HIV infection in infants: Report of a WHO meeting. Geneva 2002.

25. Grupo de Trabajo PNSIDA, UNICEF, OPS/OMS, ONUSIDA-CDC/GAP/CAP. Análisis de la situación de los servicios de PTMI del VIH y Sífilis. Nivel local (3er borrador). Guatemala, Julio 2006

26. Secretaria de Salud de Honduras y Grupo de Trabajo Inter Agencial. Informe Análisis de Situación de los Servicios de de PTMI del VIH y Sífilis. 2006

27. MINSA/OPS/UNICEF. Informe de hallazgos y resultados del Diagnóstico rápido de situación de la Prevención de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y sífilis en seis regiones de salud del Ministerio de Salud de la República de Panamá. 2006

28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Evaluación del Programa de prevención de la transmisión del VIH y sífilis de la madre al hijo en El Salvador. 2009

29. OPS. Situación de salud de las Américas Indicadores básicos .2009.

30. PNUD. Informe de Desarrollo Humano. La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al desarrollo humano. 2010

31. ONUSIDA, OPS, UNICEF. Retos planteados por la epidemia en América Latina y el Caribe. 2009

32. Secretaría de Salud de Honduras.- Plan de Acción Nacional del Programa de PTMI del VIH y Sífilis Congénita 2099 - 2012. Tegucigalpa, Honduras 2009.

33. Datos oficiales de los países sobre sífilis reportados a OPS

34. ONUSIDA. Epidemia del sida en América Latina. (avance del resumen UNGASS 2011. http://www.onusida-latina.org/index.php?content=article&id=18

35. Ministerio de Salud. UNGASS Country Progress Report. San José Costa Rica 2008

36. Ministerio de Salud. Plan Estratégico VIH/SIDA 2006-2010. San José Costa Rica 2005

37. UNICEF, UNAIDS, WHO.- Children and AIDS Country Fact Sheets. New York 2008.

38. INE. Mortalidad infantil. Tendencias recientes Año 16. Vol.10. San José Costa Rica

39. Diario La Nación. Artículo País lucha contra la sífilis congénita en bebés. Consultado 22 d e marzo de 2011. http://www.nacion.com/2011-01-01/AldeaGlobal/NotaPrincipal/AldeaGlobal2609288.aspx

40. OPS. Perfil del Sistema de Salud de El Salvador 2000-2005: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio. Washington, 2007

41. UNGASS. Informe de país. El Salvador. 2010

42. Academia Demográfica Salvadoreña/Ministerio de Salud. San Salvador.- Encuesta FESAL 2008. El Salvador 2008.

43. Banco Mundial, Programa VIH/SIDA. Reduciendo La vulnerabilidad AL VIH/SIDA em Centroamérica. El Salvador: Situación de VIH y respuesta a la epidemia. 2006

44. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Diario Oficial. San Salvador 1° de septiembre 2008.

45. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional de VIH e ITS 2005-2010. San Salvador. 2005.

Situación de la prevención de la transmisión materno infantil (PTMI) del VIH y sifílis congénita en los países de Centroamérica

MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES Y DE COOPERACIÓN
aecid