

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma
de Barcelona
FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, Y DE
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

Programa de Doctorado en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública

**ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO - INFANTIL DE VIH Y SÍFILIS
EN EL CONTINENTE AMERICANO**

Estudio Mixto: Ecológico, Estudio Cuantitativo y Estudio Cualitativo

Autora: Ingrid Vargas Stevenson

**Directora de Tesis: Dra Ana María Silva Dreyer
Tutora de Tesis: Dra M^a Teresa Puig Reixach**

2023



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Facultad de Medicina

**Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, y de Medicina Preventiva y
Salud Pública**

**Programa de Doctorado en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud
Pública**

**ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO - INFANTIL DE VIH Y
SÍFILIS EN EL CONTINENTE AMERICANO**

Estudio Mixto: Ecológico, Estudio Cuantitativo y Estudio Cualitativo

Autora: Ingrid Vargas Stevenson

Directora de Tesis: Dra Ana María Silva Dreyer

Tutora de Tesis: Dra M^a Teresa Puig Reixach

2023

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, Dra. Ana María Silva, quien me aportó sus saberes y experiencia, con su mirada sociológica me ayudó a nutrir este trabajo

A la Dra. Eva Madrid, quien me acompañó en el primer año de esta formación

Al Dr. Gerard Urrutia, por su constante apoyo, preocupación y amables tutorías

A mi familia: mi esposo Luis, y mis hijos Gabriel y Laura. Este logro es nuestro

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi mamá, quien el año pasado dejó su vida en la tierra para acompañarnos desde el cielo

FINANCIACIÓN

Esta formación doctoral fue financiada en forma parcial por la Universidad de Valparaíso, Chile

CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflicto de interés

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	11
1. INTRODUCCIÓN	15
1.1 Definición y Justificación del problema de investigación	15
1.2 Marco Conceptual	19
1.2.1 Definición Transmisión Materno-Infantil.....	19
1.2.3 Definición de la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil (ETMI)	20
1.2.3 Objetivos para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil propuestas por la Organización Mundial de la Salud	25
1.2.4 Metas para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil	27
1.2.5 Intervenciones Propuestas por OMS/OPS para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil	29
1.2.6 Desarrollo Económico de los Países del Continente Americano	33
1.3 Objetivos e Hipótesis de Investigación	37
1.3.1 Objetivo General	37
1.3.2 Objetivos Específicos	37
1.3.3. Hipótesis de Investigación:	38
2. MATERIAL Y MÉTODO	40
2.1 Material y Método del Primer Objetivo Específico	40
2.2 Material y Método del Segundo Objetivo Específico	43
2.3 Material y Método del Tercer Objetivo Específico	45
3. RESULTADOS	50
3.1 Resultados del Primer Objetivo Específico	50
3.2 Resultados del Segundo Objetivo Específico	58
3.3 Resultados del Tercer Objetivo Específico	79
4. DISCUSIÓN	96

4.1 Interpretación de resultados	96
4.2 Limitaciones y fortalezas del estudio	99
4.3 Aplicabilidad	100
4.4 Líneas de investigación.....	100
5. CONCLUSIONES.....	102
6. BIBLIOGRAFÍA.....	106
7. ANEXOS	113
Anexo 1: Informe de la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana	113
Anexo 2: Consentimiento Informado Aprobado por la Comisión de Ética y Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autónoma de Barcelona.....	114
Anexo 3. Estudio Cualitativo: Cuadro de organización de relatos según dimensión	118
Anexo 4: Artículo derivado de este estudio.....	174

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. TASA DE INCIDENCIA DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DE VIH EN PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. AÑOS 2013 – 2019 (POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS).....	51
TABLA 2. RESULTADO DEL ANÁLISIS DE TENDENCIA DE LA TASA DE INCIDENCIA DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH EN PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. AÑOS 2013 - 2019	53
TABLA 3. PORCENTAJE DE TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH EN PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. AÑOS 2013 - 2019.....	54
TABLA 4. TASA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. AÑOS 2013 - 2019 (POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS).....	55
TABLA 5. RESULTADO DEL ANÁLISIS DE TENDENCIA DE LA TASA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. AÑOS 2013 - 2019	57
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO ESTUDIADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN ECONÓMICA.....	58
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO ESTUDIADOS SEGÚN CUMPLIMIENTO META DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH	59
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO ESTUDIADOS SEGÚN CUMPLIMIENTO DE LA META DE ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA	59
TABLA 9. CUMPLIMIENTO DE LA META DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DE VIH SEGÚN CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LOS PAÍSES	60
TABLA 10. CUMPLIMIENTO DE LA META DE ELIMINACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA SEGÚN CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LOS PAÍSES	61
TABLA 11. DISTRIBUCIÓN SEGÚN INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO PARA LA ETAPA DE ADOLESCENCIA Y PREVIA AL EMBARAZO..	63
TABLA 12. DISTRIBUCIÓN SEGÚN INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO PARA EL PERIODO PRENATAL.....	64
TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO PARA EL PERIODO PERINATAL.....	65
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN SEGÚN INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO PARA EL PERIODO POSTNATAL MATERNO.....	65
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DE INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO PARA EL PERIODO POSTNATAL LACTANTE.....	66
TABLA 16. ASOCIACIÓN ENTRE LAS INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES PARA LA ADOLESCENCIA Y PREVIA AL EMBARAZO Y LA CLASIFICACIÓN ECONÓMICA	68

TABLA 17. ASOCIACIÓN ENTRE LAS INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES PARA EL PERIODO PRENATAL Y LA CLASIFICACIÓN ECONÓMICA	71
TABLA 18. ASOCIACIÓN ENTRE LAS INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES PARA EL PERIODO PERINATAL Y LA CLASIFICACIÓN ECONÓMICA	75
TABLA 19. ASOCIACIÓN ENTRE LAS INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES PARA EL PERIODO POSTNATAL MATERNO Y LA CLASIFICACIÓN ECONÓMICA	76
TABLA 20. ASOCIACIÓN ENTRE LAS INTERVENCIONES DECLARADAS POR LOS PAÍSES PARA EL PERIODO POSTNATAL LACTANTE Y LA CLASIFICACIÓN ECONÓMICA	77

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. TASA DE INCIDENCIA DE TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH EN PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. AÑOS 2013 – 2019 (POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS).....	52
FIGURA 2. TASA DE SÍFILIS CONGÉNITA EN PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. AÑOS 2013 - 2019 (POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS)	56
FIGURA 1. TASA DE INCIDENCIA DE TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH EN PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. AÑOS 2013 – 2019 (POR CADA 1.000 NACIDOS VIVOS).....	183

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. CUMPLIMIENTO DE LA META DE ELIMINACIÓN TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH, SEGÚN CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LOS PAÍSES. AÑO 2017.....	22
CUADRO 2. CUMPLIMIENTO DE LA META DE ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE LA SÍFILIS, SEGÚN CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LOS PAÍSES. AÑO 2017.....	23
CUADRO 3. METAS PROGRAMÁTICAS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO-INFANTIL DE VIH, SÍFILIS, ENFERMEDAD DE CHAGAS Y HEPATITIS B	28
CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO.....	34
CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LOS PAÍSES O TERRITORIOS DEPENDIENTES DEL CONTINENTE AMERICANO.....	35
CUADRO 6. CLASIFICACIÓN ECONÓMICA DE LOS PAÍSES DEL CONTINENTE AMERICANO	36
CUADRO 7. ESQUEMA DE DIMENSIONES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS CUALITATIVO.....	93
CUADRO 8. ORGANIZACIÓN DE RELATOS SEGÚN DIMENSIÓN.....	118

RESUMEN

La Transmisión Materno-Infantil (TMI) del VIH ocurre cuando una mujer seropositiva transmite el VIH a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o después del parto a través de la lactancia materna. En cambio, la TMI de sífilis, ocurre una madre portadora del *treponema pallidum* transmite a su hijo sólo durante la gestación.

El objetivo de este estudio es analizar la implementación de las orientaciones de la OMS/OPS para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis en los países del continente americano.

Se realizó un diseño de tipo mixto, cuya primera etapa fue de tipo cuantitativa a través de un estudio de tipo ecológico para analizar la evolución de las TMI de VIH y sífilis; una segunda parte de análisis de las declaraciones de las orientaciones de la OPS /OMS en las normativas de cada país y una tercera parte, de tipo cualitativa con el análisis del contexto local desde las perspectivas de los profesionales matrona.

Dentro de los resultados principales se destaca que la evolución de la tasa de transmisión materno-infantil de VIH en la mayoría de los países ha disminuido en el periodo estudiado, y por el contrario la tasa de transmisión materno-infantil de la sífilis ha aumentado en los países de Sudamérica en el periodo 2013 – 2019. Su eliminación está asociada a la clasificación económica de los países, así como también la mayoría de las orientaciones declaradas en sus normativas. Sin embargo, ninguno de los países con clasificación económica alta ha logrado la validación para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis.

A través del análisis cualitativo se analiza que los elementos locales de cada país pueden actuar como facilitadores u obstaculizadores para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis, y que una de los principales desafíos para quienes toman las decisiones en políticas públicas de salud respecto a esta materia, es realizar un abordaje integral, multidisciplinario, tanto en la construcción de las normativas como en ejecución de ellas en cada territorio, adaptadas a las realidades subnacionales.

ABSTRACT

Mother-to-Child Transmission (MTCT) of HIV occurs when an HIV-positive woman transmits HIV to her child during pregnancy, labor and delivery, or after delivery through breastfeeding. In contrast, congenital syphilis occurs when a mother carries *treponema pallidum* and transmits it to her child only during gestation.

The objective of this study is to analyze the implementation of WHO/PAHO guidelines for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the countries of the American continent.

The first phase was quantitative through an ecological study to analyze the evolution of MTCT of HIV and syphilis; the second part was an analysis of the declaration of PAHO/WHO guidelines in the regulations of each country; and the third part was qualitative with the analysis of the local context from the perspectives of midwifery professionals.

One of the main results is that the evolution of the rate of mother-to-child transmission of HIV in most countries has decreased in the period studied, and on the contrary, the rate of mother-to-child transmission of syphilis has increased in South American countries in the period 2013 - 2019. Its elimination is associated with the economic classification of the countries, as well as most of the guidelines stated in their regulations. However, none of the countries with high economic classification has achieved validation for the elimination of MTCT of HIV and syphilis.

The qualitative analysis shows that local elements in each country can act as facilitators or obstacles to the elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis, and that one of the main challenges for decision-makers in public health policies in this area is to take a comprehensive, multidisciplinary approach, both in the construction of regulations and in their implementation in each territory, adapted to subnational realities.

RESUM:

La Transmissió Materno-Infantil (TMI) del VIH passa quan una dona seropositiva transmet el VIH al seu fill durant l'embaràs, el treball de part i el part, o després del part a través de la lactància materna. En canvi, la TMI de sífilis passa una mare portadora del *treponema pallidum* transmet al seu fill només durant la gestació.

L'objectiu d'aquest estudi és analitzar la implementació de les orientacions de l'OMS/OPS per a l'eliminació de la transmissió materno-infantil de VIH i sífilis als països del continent americà.

Es va realitzar un disseny de tipus mixt, la primera etapa del qual va ser quantitativa a través d'un estudi de tipus ecològic per analitzar l'evolució de les TMI de VIH i sífilis; una segona part danàlisi de les declaracions de les orientacions de IOPS/OMS a les normatives de cada país i una tercera part, de tipus qualitativa amb lanàlisi del context local des de les perspectives dels professionals matrona.

Dins dels resultats principals es destaca que l'evolució de la taxa de transmissió materno-infantil de VIH a la majoria dels països ha disminuït en el període estudiat, i per contra la taxa de transmissió materno-infantil de la sífilis ha augmentat en els països de Sud-amèrica en el període 2013 – 2019. La seva eliminació està associada a la classificació econòmica dels països, així com també la majoria de les orientacions declarades a les seves normatives. Tot i això, cap dels països amb classificació econòmica alta ha aconseguit la validació per a l'eliminació de la TMI de VIH i sífilis.

L'anàlisi qualitativa mostra que els elements locals de cada país poden actuar com a facilitadors o obstacles per a l'eliminació de la transmissió maternoinfantil del VIH i la sífilis, i que un dels principals reptes per als responsables de les polítiques de salut pública en aquest àmbit és adoptar un enfocament integral i multidisciplinari, tant en la construcció de normatives com en la seva implantació a cada territori, adaptada a les realitats subnacionals.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición y Justificación del problema de investigación

La transmisión materno-infantil de VIH, sífilis, Hepatitis B y enfermedad de Chagas constituyen un problema de salud pública dado su elevado impacto en términos de morbi – mortalidad para la salud de la población neonatal e infantil, como se reseñará en los párrafos siguientes.

Las intervenciones para la eliminación de la transmisión materno-infantil en América Latina y el Caribe para el VIH, han permitido que el número estimado de infecciones nuevas por el VIH en los niños de 0 a 14 años en América Latina disminuyera en un 29% entre los años 2.010 y el 2.017 (de 3.400 a 2.400 casos). En el Caribe, hubo una reducción de 27%, de 1.500 casos en el año 2.010 a 1.100 en el año 2.017. Sin embargo, estas cifras se han mantenido estables en los últimos tres años (2.015-2.017). La estrategia de diagnóstico temprano de VIH en el lactante es una política del continente que favorece un mejor seguimiento de los niños expuestos al VIH y el comienzo temprano del tratamiento cuando corresponde. (1)

En cuanto a la Sífilis, la OPS informa que en el año 2.017 se presentaron 28.816 casos de sífilis congénita en el continente americano, según la notificación de casos de 37 de los 52 países y territorios del continente, lo cual corresponde a una tasa de incidencia de 2,1 por 1.000 nacidos vivos. Como en años anteriores, la mayoría de los casos correspondió a Brasil, con el 85% de casos estimados de sífilis congénita de la región en el 2.017 y una tasa de incidencia nacional de 8,5 casos de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, es necesario destacar que existe una subnotificación, la cual puede estar asociada a factores como la falta de concientización y de diagnóstico de la sífilis congénita, la ausencia de notificación en varios países y las definiciones incompletas de caso de sífilis congénita, que en algunos países no están en consonancia con la definición de la OMS. Por ejemplo, algunos

países notifican solo los niños sintomáticos y no diagnostican ni notifican la sífilis en el caso de los mortinatos.

Además, los casos de sífilis en embarazadas han estado en aumento durante los últimos años en la Región. Del 2.012 al 2.016, Ecuador, Antigua y Barbuda y Panamá registraron un aumento de cinco veces en la prevalencia de la sífilis en las embarazadas y otros ocho países presentaron aumentos de más de 85%. (1)

De los países independientes de la región, tres han alcanzado la doble meta de eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y Sífilis, ellos son Antigua y Barbuda, Cuba y San Cristóbal y Nieves. Además, existen otros cuatro países que pudieron haber alcanzado la eliminación de la transmisión materno infantil para ambas patologías, ellos son: Canadá, Chile, Dominica y Estados Unidos. Sin embargo, ello aún no está certificado por la Organización Panamericana para la Salud. (1)

Respecto a la Enfermedad de Chagas en el continente, a pesar de que existe control y disminución de los casos nuevos transmitidos por vectores domésticos y componentes sanguíneos en el continente, la transmisión materno-infantil se ha convertido en un factor importante de las infecciones nuevas por *Trypanosoma cruzi*. En países como Uruguay y Chile, donde la transmisión vectorial se interrumpió en 1.997 y 1.999 respectivamente, la transmisión materno-infantil se ha convertido en la principal vía de transmisión de esta enfermedad.

En relación a los países que alcanzaron la doble meta, sólo existe un estudio de Coffee et cols en el año 2.016 (2), el cual describe la experiencia de Cuba respecto a la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil en este país. Este estudio concluye que esto se explica gracias al sistema de salud basado en la atención primaria, que proporciona una gama completa de servicios de salud reproductiva y materno-infantil con acceso gratuito para todos, dispone de un gran número de personal sanitario bien capacitado, una amplia red de laboratorios que prestan servicios de diagnóstico del VIH y la sífilis, la vigilancia sistemática de los datos a todos los niveles del sistema de salud, una elevada cobertura de las pruebas

prenatales del VIH y de la sífilis y los servicios de tratamiento del VIH y de la sífilis para las mujeres embarazadas que eran sistemáticamente superiores al 95% a nivel nacional y en todas las regiones de salud.

Según las estimaciones de la OPS, en el año 2.016 había 3,9 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B en el continente americano, lo cual corresponde a una prevalencia de 0,4% en la población general. Se considera que la endemicidad es baja en la mayoría de los países. Sin embargo, existen algunas zonas en el Caribe y en la cuenca amazónica con una prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B de intermedia a alta. (1)

En 21 países latinoamericanos en los que el *Trypanosoma cruzi* es endémico, las estimaciones más recientes indican que para el año 2.010 habían cerca de 5,7 millones de personas con infección crónica, lo cual corresponde a una prevalencia general de 1,1%. Del total de infecciones, Argentina y Bolivia representan juntos el 31% de las infecciones nuevas en América Latina causadas por transmisión vectorial. Se estima que cada año alrededor de 9.000 casos nuevos de infección por *T. cruzi* en América Latina y el Caribe se deben a la transmisión materno-infantil. Sin embargo, en el 2.017 los países de América Latina y el Caribe notificaron a la OPS solo 280 casos nuevos de enfermedad de Chagas congénita. En mismo año se estima que el mayor número de casos nuevos de enfermedad de Chagas congénita ocurren en México (1.788), Argentina (1.457) y Colombia (1.046). Los diez países de América Latina y el Caribe con la tasa de incidencia más alta en el 2010, es decir, ≥ 1 caso por 1000 nacidos vivos, fueron Paraguay (3,4), Belice (3,3), Ecuador (3,2), Bolivia (2,3), Argentina (2,1), El Salvador (1,9), Honduras (1,3), Nicaragua (1,2), Colombia (1,1) y Venezuela (1,1).(1)

Ante esto, se podría sugerir que la implementación de las orientaciones de la OMS/OPS en el continente americano para alcanzar la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil para VIH y sífilis pueda responder más que a su realidad económica, a elementos sociales, culturales o propios de sus sistemas de sanitarios, sin existir evidencia actual al respecto.

En este contexto, surge la necesidad de profundizar con este estudio las características de las políticas y normativas de los países para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las características de las políticas y normativas de los países del continente americano para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis?

Preguntas de investigación secundaria:

¿Cuál es la evolución de la tasa de transmisión materno-infantil de VIH y sífilis en el continente americano?

¿Se diferencian estas políticas según la clasificación económica de los países?

¿Cuáles son las características locales de cada país, en términos de facilitadores y obstaculizadores, que influyen en su implementación?

1.2 Marco Conceptual

1.2.1 Definición Transmisión Materno-Infantil

La Transmisión Materno-Infantil (TMI) del VIH ocurre cuando una mujer seropositiva transmite el VIH a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o después del parto a través de la lactancia materna. Si no recibe tratamiento profiláctico, aproximadamente del 15% al 30% de los lactantes nacidos de mujeres seropositivas se infectarán con el VIH durante el embarazo y el parto, y otro 5% a 15% se infectarán al ser amamantados. (3)

A diferencia del VIH, la TMI de la sífilis ocurre cuando una madre portadora del *treponema pallidum* transmite a su hijo sólo durante la gestación. La definición de sífilis congénita, por lo tanto, es realizada cuando existe un mortinato, recién nacido vivo o muerte fetal después de las 20 semanas de gestación o más de 500 gramos de una madre seropositiva para la sífilis que no ha recibido tratamiento adecuado. Además, puede ser un mortinato, recién nacido vivo o niño menor de 2 años con pruebas microbiológicas de infección sifilítica. (3)

La Hepatitis B es una infección viral del hígado. Se transmite principalmente entre las personas a través del contacto con sangre infectada. La transmisión materno infantil de esta enfermedad se produce cuando el feto la adquiere durante la gestación o a través de contacto de fluidos durante el parto. (4)

En el caso de la transmisión materno infantil de la Enfermedad de Chagas, se produce por el *trypanosoma cruzi* en la sangre materna, siendo más probable que se transmita al feto durante el segundo o tercer trimestre después de la apertura del espacio intervelloso placentario. Las rutas específicas para la transmisión congénita de *T. cruzi* no están claras, pero se han examinado varias rutas generales de transmisión en la literatura. (5)

1.2.3 Definición de la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil (ETMI)

La eliminación se define como la reducción a cero de la incidencia de la enfermedad o infección en una zona geográfica determinada. Sin embargo, dado que tanto la infección por el VIH como la sífilis siguen siendo un problema de salud pública y las medidas de prevención de la TMI no son totalmente eficaces, actualmente no es factible reducir a cero la TMI de ninguna de estas infecciones. Por lo tanto, el objetivo de las iniciativas de ETMI es reducir la TMI de estas patologías a un nivel muy bajo, de modo que deje de ser un problema de salud pública. (3)

El término “validación” se emplea para certificar que un país ha cumplido satisfactoriamente los criterios para la ETMI de VIH, sífilis, hepatitis B o Chagas en un momento determinado. La validación de la ETMI implica que los países también deberán mantener intervenciones programáticas continuas, sistemáticas y eficaces, así como también el sistema de vigilancia epidemiológica. (3)

Para validar la eliminación de la transmisión materno-infantil en un país, se han definido para cada patología objetivos sanitarios: (1)

Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de VIH:

1. La tasa de transmisión del VIH será como máximo de 2%
2. La cobertura de la atención prenatal es de 95% o más
3. El tamizaje del VIH en las embarazadas y el tratamiento de embarazadas con infección por el VIH es de 95% o más, y un análisis cualitativo de los sistemas de vigilancia indica que la información es válida y fidedigna.

Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de Sífilis:

1. La tasa de sífilis congénita (incluidos los mortinatos) será como máximo de 0,5 por 1000 nacidos vivos
2. La cobertura de atención prenatal es de 95% o más del total de gestantes
3. La cobertura del screening treponémico en embarazadas que acceden a la atención prenatal es de 95%
4. El 95% o más de las embarazadas con pruebas positivas para la sífilis recibe un tratamiento apropiado.

El cumplimiento de la meta de Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de VIH, se clasifica en 4 etapas de avance, según la tasa de transmisión:

- Eliminación: certificación de tasa TMI menor a 2%
- Pueden haber alcanzado: tasa TMI menor o igual a 2%
- Están cerca de alcanzar la eliminación: tasa de TMI 2 – 5%
- Están progresando hacia la eliminación: tasa de TMI sobre el 5%

Cuadro 1. Cumplimiento de la meta de Eliminación Transmisión Materno-Infantil de VIH, según clasificación económica de los países. Año 2017

		Etapa de Cumplimiento de la Meta			
Clasificación Económica de los Países	Eliminación de la TMI de VIH	Pueden haber alcanzado la eliminación de la TMI de VIH (Tasa ≤2%)	Están cerca de alcanzar la eliminación de la TMI de VIH (Tasa 2 - 5%)	Están progresando hacia la eliminación de la TMI de VIH	Información insuficiente para evaluar
Países con ingresos Altos		Bahamas			
		Canadá	Argentina		
	Antigua y Barbuda	Chile	Barbados		
	San Cristóbal y Nieves	USA	Panamá		
		Islas Turcas y Caicos	Trinidad y Tobago		
		Islas Vírgenes	Uruguay		
		Puerto Rico			
					Colombia
					Costa Rica
					Ecuador
Países con ingresos Medio Alto	Cuba	Dominica	Belice	Guatemala	Venezuela
		Jamaica	Brasil	México	
		Santa Lucía	Guyana	Paraguay	
		San Vicente y las Granadinas	Granada	República Dominicana	
			Perú		
			Suriname		
Países con ingresos Medio Bajo			El Salvador	Bolivia	
			Nicaragua	Honduras	
Países con ingresos Bajos				Haití	

Fuente: OMS/OPS, 2018

En cuanto al cumplimiento de la meta de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de Sífilis, se clasifica en 4 etapas de avance, según la tasa de transmisión:

- Eliminación de la TMI de sífilis: certificación de una tasa menor a 0,5 por 1.000 nacidos vivos (NV)
- Pueden haber alcanzado la eliminación: tasa menor o igual a 0,5 x 1.000 NV
- Están progresando hacia la eliminación: tasa de TMI sobre el 5%.

Cuadro 2. Cumplimiento de la meta de Eliminación de la Transmisión Materno- Infantil de la Sífilis, según clasificación económica de los países. Año 2017

Etapa de Cumplimiento de la Meta				
Clasificación Económica de los Países	Eliminación de la TMI de sífilis (Validada)	Pueden haber alcanzado la eliminación de la TMI de sífilis ($\leq 0,5 \times 1000 \text{ NV}$)	Están progresando a la eliminación de la TMI de sífilis (mayor a $0,5 \times 1.000 \text{ NV}$)	Información insuficiente para evaluar
Países con ingresos altos	Antigua y Barbuda San Cristóbal y Nieves	Canadá Chile Estados Unidos	Argentina Bahamas Barbados Panamá Trinidad y Tobago Uruguay	
Países con ingresos medio alto	Cuba		Belice Brasil Colombia Costa Rica Granada Guatemala Guyana Jamaica México Paraguay Perú República Dominicana	Ecuador Suriname Venezuela

Etapa de Cumplimiento de la Meta				
Clasificación Económica de los Países	Eliminación de la TMI de sífilis (Validada)	Pueden haber alcanzado la eliminación de la TMI de sífilis ($\leq 0,5 \times 1000 \text{ NV}$)	Están progresando a la eliminación de la TMI de sífilis (mayor a $0,5 \times 1.000 \text{ NV}$)	Información insuficiente para evaluar
			San Vicente y Granadinas Santa Lucía	
Países con ingresos medio bajo			Bolivia El Salvador Honduras Nicaragua	
Países con ingresos bajos			Haití	

Fuente: OMS/OPS, 2018

Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil y en primera infancia de Hepatitis B

1. Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en los niños de 5 años de 0,1% o menos

Eliminación de la enfermedad de Chagas Congénita

1. Tratamiento y curación de al menos 90% de los niños infectados
2. Tamizaje de las embarazadas (90% o más)
3. Tratamiento después del parto (90% o más)
4. Realización de la prueba en al menos 90% de los recién nacidos expuestos (con madres seropositivas a T. cruzi).

1.2.3 Objetivos para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil propuestas por la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial para la Salud se propone como objetivo lograr y mantener la ETMI de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B (VHB) como problemas que constituyen un peligro para la salud pública.(6)

Es así que propone para el año 2030 los siguientes objetivos: (7)

- Desaparición del SIDA y la eliminación de las infecciones de transmisión sexual y de las hepatitis víricas como problemas de salud pública de trascendencia.
- Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la hepatitis B y la sífilis mediante una serie de medidas recomendadas y que sus Estados Miembros deben tomar a través del desarrollo de políticas públicas en el área.

Esto se sustenta, además, por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, en donde se propone entre sus 17 objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030, uno en el ámbito de salud (8). Este es el objetivo de Desarrollo Sostenible, que en particular refiere garantizar la salud y el bienestar de todas las personas en lo que corresponde a la salud reproductiva y materno-infantil, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la cobertura universal de salud, y el acceso de todos a medicinas y vacunas de calidad, eficaces e inocuas a un precio asequible.

Este objetivo tiene 3 metas específicas:

- a) Acabar con las epidemias de sida, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas e impulsar el control de la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles

- b) Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, así como lograr la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales

- c) Reducir la razón de mortalidad materna en el mundo a menos de 70 defunciones por 100.000 nacidos vivos, como también poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos

1.2.4 Metas para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil

Las metas mínimas de impacto de la ETMI son: (6)

- VIH: Reducción de la TMI a 2% o menos, reducción de la incidencia de la TMI del VIH a 0,3 casos por cada 1.000 NV o menos.
- Sífilis: menos de 50 casos de sífilis congénita por 100.000 NV.

Así, cada país, a través de sus Ministerios de Salud o institución sanitaria gubernamental, toma las orientaciones y directrices de la Organización Mundial de la Salud, de manera de poder cumplir con los objetivos y metas propuestas en torno a esta temática, adaptando o innovando sus políticas públicas en torno a esta temática.

Para cumplir estos objetivos, la Organización Panamericana de la Salud, ha definido las siguientes metas programáticas:

Cuadro 3. Metas Programáticas para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil de VIH, Sífilis, Enfermedad de Chagas y Hepatitis B

Área	Meta definida
Salud Sexual y Reproductiva	Reducir las necesidades insatisfechas de planificación familiar a un 10% o menos en las mujeres de 15 a 49 años.
Salud Materno - Infantil	Aumentar a un 95% o más la cobertura de la atención prenatal y de la atención del parto en hospitales.
Infección por VIH y Sífilis	Aumentar a un 95% o más la cobertura del tamizaje de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas.
	Aumentar a un 95% o más la cobertura del tratamiento adecuado de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas.
	Aumentar a un 95% o más la cobertura con la dosis al nacer, aplicada oportunamente (en las primeras 24 horas de vida), de la vacuna contra la hepatitis B.
Infección por Hepatitis B	Aumentar a un 95% o más la cobertura con la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B en la niñez.
	Aumentar a un 85% o más la cobertura con la dosis al nacer, aplicada oportunamente, de la vacuna contra la hepatitis B y con la tercera dosis de la vacuna en todas las provincias o áreas territoriales (meta secundaria).
	Aumentar a un 80% o más la cobertura con pruebas para la detección del AgHBs en las embarazadas (meta secundaria).
Enfermedad de Chagas	Aumentar a un 80% o más la administración de inmunoglobulina contra la hepatitis B a los recién nacidos de madres infectadas por el VHB (meta secundaria).
	Aumentar a un 90% o más el tamizaje de las embarazadas.
	Aumentar a un 90% o más el tamizaje de los recién nacidos de madres seropositivas.
	Aumentar a un 90% o más el tratamiento de las madres seropositivas.

Fuente: OMS/OPS, 2017.

1.2.5 Intervenciones Propuestas por OMS/OPS para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil

La OMS/OPS propone en el año 2017 una serie de intervenciones para la eliminación de la transmisión materno-infantil, dirigidas al periodo de la adolescencia y previo al embarazo, durante el embarazo, periodo perinatal, periodo post parto materno y periodo post parto del lactante. (6) Estas medidas son:

Intervenciones en la Adolescencia y Previo al Embarazo

1. Campañas de información, educación y comunicación dentro de la iniciativa ETMI-plus en relación con la prevención de infecciones
2. Planificación familiar, facilitando el acceso a adolescentes de ambos sexos sin impedimentos jurídicos y promoviendo la participación masculina
3. Oferta de pruebas para la detección de la infección por el VIH y la sífilis, medidas para el tamizaje, la notificación de la pareja sexual y vinculación de los pacientes con el sistema asistencial
4. Acceso a casos de violencia de género y medidas de prevención y protección
5. Medidas para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual
6. Vacunación a los adolescentes que no fueron vacunados previamente como parte del esquema oficial de vacunación
7. Diagnóstico y tratamiento de las niñas y de las mujeres en edad fecunda con la infección por *Trypanosoma cruzi*

Intervenciones en el Periodo Prenatal

1. Aumento del acceso temprano a la atención prenatal
2. Manejo del embarazo no planificado
3. Provisión adecuada de un paquete básico de atención prenatal que abarque la promoción de la participación masculina
4. Acceso a casos de violencia de género y medidas de prevención y protección

5. Tamizaje serológico sistemático para la detección de la infección por el VIH y la sífilis, la enfermedad de Chagas y la hepatitis B (AgHBs) cuando lo exija la política nacional
6. Orientación acerca de la importancia de administrar puntualmente una dosis al nacer de la vacuna contra la hepatitis B
7. Vacunación contra la hepatitis B, si no completa el esquema y si está en situación de alto riesgo (por ejemplo, más de una pareja sexual durante los seis meses anteriores, ITS, usuarios de drogas intravenosas, pareja positiva para AgHBs)
8. Tratamiento y seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen:
 - a. infección por el VIH (tratamiento con antirretrovirales)
 - b. sífilis (tratamiento con bencilpenicilina benzatínica)
 - c. infección por el virus de la hepatitis B (VHB) (deben remitirse para su evaluación y para que se determine su idoneidad para el tratamiento)
 - d. infección simultánea por el VHB y el VIH (tratamiento antirretroviral a base de tenofovir + lamivudina [o emtricitabinac])
9. Seguimiento a mujer embarazada con infección chagásica

Intervenciones en el Periodo Perinatal

1. Tamizaje parasitológico y serológico para la detección de *T. cruzi* en los recién nacidos de madres infectadas
2. Inmunoglobulina específica contra la hepatitis B (100 UI) no más de 12 horas después del nacimiento (mujeres con seropositividad al AgHBs)
3. Vacunación con la dosis al nacer de la vacuna monovalente contra la hepatitis B en las primeras 24 horas de vida
4. Recién nacidos de madres infectadas por el VIH: profilaxis doble (zidovudina dos veces al día o neviraparina una vez al día) durante las primeras seis semanas de vida

Intervenciones en el Periodo Postnatal Materno

1. Acceso fácil a servicios de planificación familiar después del parto
2. Tratamiento de las madres con seropositividad a T. cruzi después del embarazo (benznidazol y nifurtimoxd)
3. En mujeres sometidas a pruebas para la detección de AgHBs: si el resultado es negativo, se aplica la vacuna contra la hepatitis B (si lo exige la política nacional); si el resultado es positivo, se remite a la paciente para su evaluación y para que se determine su idoneidad para el tratamiento
4. En mujeres VIH seropositivas: asegurarse de que reciban atención y de que no abandonen su tratamiento

Intervenciones en el Periodo Postnatal Lactante

1. En lactantes expuestos al VIH:
 - a. Efectuar la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa 4 a 6 semanas después del nacimiento y tomar una segunda muestra si el resultado es positivo
 - b. Prueba serológica (de diagnóstico rápido) para la detección del VIH a los nueve meses de edad (para descartar la presencia de infección por el VIH)
 - c. Atención integral de los niños infectados por el VIH
2. Lactantes con sífilis congénita o expuestos al riesgo de contraer la sífilis: tratarlos y hacerles un seguimiento clínico y serológico hasta obtener resultados negativos
3. Lactantes expuestos al VHB (es decir, hijos de madres seropositivas [AgHBs+]): evaluar la presencia de AgHBs de 1 a 3 meses después de completar el esquema de vacunación
4. Administración de la serie completa de vacunas contra la hepatitis B (vacuna combinada) en un plazo de un año: a los 2, 4 y 6 meses de edad (con un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis)
5. Pruebas serológicas para la detección de T. cruzi en recién nacidos de madres infectadas (a los 8 meses)

6. Tratamiento de los niños con seropositividad a *T. cruzi* antes de que cumplan un año de edad (benznidazol o nifurtimox) y seguimiento clínico y serológico hasta obtener resultados negativos
7. Tratamiento inmediato de todo recién nacido con parasitología positiva para *T. cruzi*

Intervenciones Transversales

1. Campañas de información, educación y comunicación en materia de salud
2. Fomento de la movilización social y de la participación comunitaria
3. Enfermedad de Chagas: acelerar las medidas para interrumpir la transmisión domiciliaria por los principales vectores
4. Enfermedad de Chagas: considerar la conveniencia de someter a pruebas de detección serológicas a los hermanos de los lactantes infectados por *T. cruzi* (método de conglomerados)
5. Infección por el VHB: vacunar a los niños y adolescentes que no hayan sido vacunados (vacunación de puesta al día) como parte del esquema oficial de vacunación
6. Realizar la prueba de detección del VHB (AgHBs) a los compañeros sexuales, hijos, otros familiares y contactos domiciliarios directos de personas con infección por el VHB (vacunar a los que tengan resultados negativos en la prueba de detección de AgHBs y a los que nunca se hayan vacunado)

Estas intervenciones, además, formaban parte del Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual para el periodo 2016-2021, medida orientada a lograr que el sida y las infecciones de transmisión sexual (ITS) dejen de constituir problemas de salud pública en la Región de las Américas. (7)

1.2.6 Desarrollo Económico de los Países del Continente Americano

Está descrito que el nivel de ingresos de un país determina sus condiciones de salud, sin embargo, estudios más recientes demuestran que esta relación opera también en sentido inverso, es decir, el nivel de salud tiene un efecto en el crecimiento económico.

En ese sentido, se hace necesario identificar la característica de dependencia política de los países, debido a que no todos los pertenecientes al continente americano son soberanos, por lo que esto podría ser una característica que incida respecto a su capacidad de toma de decisiones para adaptar e implementar las políticas sanitarias en su población.

Países que pertenecen al continente americano

El continente americano está compuesto por 58 países, de ellos, desde el punto de vista político, 35 son independientes y 23 son dependientes. Además, existen 3 territorios integrados de Francia, y que, por lo tanto, forman parte de la Unión Europea.

Los siguientes son los países independientes, agrupados según zona geográfica:

Cuadro 4. Distribución geográfica de los países del continente americano

Zona geográfica	Países
Norteamérica (3 países)	Canadá, México, Estados Unidos
Centro América (6 países)	Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá
Caribe (16 países)	Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Jamaica, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago
Suramérica (10 países)	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela

Fuente: Elaboración propia, 2021

En el siguiente cuadro se muestran los países dependientes, agrupados según zona geográfica:

Cuadro 5. Distribución geográfica de los países o territorios dependientes del continente americano

Zona geográfica	Países
Norteamérica (2 países/territorios)	Groenlandia (Nación del Reino de Dinamarca) Isla Jan Mayen (posesión de Noruega, mar de Groenlandia)
Centro América (1 país/territorio)	Islas Clipperton (posesión de Francia)
Caribe (18 países/territorios)	Anguila (territorio Británico de Ultramar)
	Aruba (nación de los Países Bajos)
	Bermudas (territorio Británico de Ultramar)
	Bonaire (nación de los Países Bajos)
	Curazao (nación de los Países Bajos)
	Islas Caimán (territorio Británico de Ultramar)
	Isla de Navaza (islas ultramarinas de Estados Unidos)
	Islas Turcas y Caicos (territorio Británico de Ultramar)
	Islas Vírgenes Británicas (territorio Británico de Ultramar)
	Islas Vírgenes de los Estados Unidos (territorios no incorporado de Estados Unidos)
	Montserrat (territorio Británico de Ultramar)
	Puerto Rico (Estado Libre Asociado a Estados Unidos)
	San Bartolomé (colectividad de ultramar de Francia)
Isla de Saba (municipio especial de los Países Bajos)	
San Eustaquio (municipio especial de los Países Bajos)	
San Pedro y Miquelón (colectividad de ultramar de Francia)	
San Martín (nación constitutiva de los Países Bajos)	
San Martín (colectividad de ultramar de Francia)	
Suramérica (2 países/territorios)	Islas Malvinas (territorio Británico de Ultramar) Islas Georgias del Sur y Sandwich del Sur (territorio Británico de Ultramar)

Fuente: Elaboración propia, 2021

Los territorios integrados en Francia son: Guadalupe, Guayana Francesa y Martinica, ubicados en el Caribe.

Clasificación Económica de los Países Independientes del Continente Americano

El Banco Mundial clasifica las economías del mundo en cuatro grupos de ingreso: alto, mediano alto, mediano bajo y bajo. Esta clasificación está basada en el Ingreso Nacional Bruto per cápita. (9)

El siguiente cuadro muestra la clasificación económica de los países independientes del continente americano:

Cuadro 6. Clasificación económica de los países del continente americano

Clasificación Económica	Países
ALTO	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Estados Unidos, Panamá, San Cristóbal y Nieves, Trinidad y Tobago, Uruguay
MEDIANO ALTO	Belice, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Ecuador, Granada, Guatemala, Guyana, Jamaica, México, Paraguay, Perú, Santa Lucía, San Vicente y Las Granadinas, Suriname, Venezuela
MEDIANO BAJO	Bolivia, El Salvador, Honduras, Nicaragua
BAJO	Haití

Fuente: Banco Mundial, 2019

En base a lo anteriormente descrito, se tratará de responder si el desarrollo económico de los países del continente americano incide en la implementación de las orientaciones de la OPS / OMS en la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y sífilis.

1.3 Objetivos e Hipótesis de Investigación

1.3.1 Objetivo General

Analizar la implementación de las orientaciones de la OMS/OPS para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis en los países del continente americano

1.3.2 Objetivos Específicos

3. Analizar la evolución de la tasa de transmisión materno-infantil de VIH y sífilis, y su tendencia, de los países del continente americano en los años 2013 – 2019
3. Asociar las intervenciones declaradas por los países de la región para la eliminación de la transmisión materno–infantil de VIH y sífilis, según clasificación económica
3. Describir las dimensiones contextuales locales que intervienen en la eliminación de la transmisión materno–infantil, desde la perspectiva de profesionales matronas/matrones pertenecientes a los países de la región

1.3.3. Hipótesis de Investigación:

Hipótesis 1:

H0: La eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis no está asociada a la clasificación económica de los países

H1: La eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis está asociada a la clasificación económica de los países

Hipótesis 2:

H0: La declaración de las intervenciones para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis no está asociada a la clasificación económica del país

H1: La declaración de las intervenciones para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis está asociada a la clasificación económica del país

CAPÍTULO 2: MATERIAL Y MÉTODO

2. MATERIAL Y MÉTODO

Esta investigación es de tipo mixta, de manera de poder dar respuesta a la pregunta de investigación, al objetivo general y cada uno de los objetivos específicos propuestos. Es así que se realizó una primera fase de tipo cuantitativa, en donde se realiza el levantamiento de datos de tipo exploratorio; en una segunda fase se realizó un estudio de tipo cualitativo.

2.1 Material y Método del Primer Objetivo Específico

Diseño de estudio:

Este estudio corresponde a un estudio ecológico, de tipo geográfico, multigrupal(10), ya que se utilizaron datos de grandes grupos poblacionales y, además, compara las tasas de diferentes grupos de personas o zonas geográficas en un mismo momento, en este caso, la evolución de la tasa de transmisión materno infantil de los países de la región en el periodo 2013 - 2019. Considerando que la comparación se basa en una línea de tiempo, el tipo de estudio ecológico corresponde al de series de tiempo, ya que se pretende medir el comportamiento de un indicador posterior a la implementación de una intervención en un periodo determinado, en este caso, las políticas para la eliminación de la transmisión materno – infantil.

Población de estudio:

La población de estudio corresponde a grupos poblaciones de los países pertenecientes al continente americano. En este caso, dado que se trabajó con tasas de transmisión materno – infantil, la población corresponde a recién nacidos vivos nacidos en el periodo estudiado (2013 – 2017). La muestra correspondió a países de América del Sur, cuya información se accedió a través de páginas web oficiales, referentes ministeriales o vía transparencia, según siguiente tabla:

Fuente de información:

- a) Unidad de estudio: grupos poblacionales de los países de la región (recién nacidos vivos)
- b) Unidad Informante: Ministerio de Salud de cada país que informa las tasas de transmisión materno-infantil
- c) Unidad referencial: Las páginas web oficiales de los Ministerios de Salud de cada país. Además, de los profesionales referentes del programa de transmisión materno-infantil de VIH y sífilis de cada país.

Criterios de Inclusión:

- Países de la región que tenían publicadas o accesibles las cifras de transmisión materno-infantil para el periodo estudiado
- Países que aportaron datos de las tasas de transmisión materno-infantil para el periodo estudiado.

Criterios de Exclusión:

- No se definieron criterios de exclusión

Instrumento de Recolección de Información:

- Para el levantamiento de la información, se construyó una tabla excel en la cual se ingresó la información recopilada y los datos reportados por los Ministerios de Salud de cada país.

Plan de análisis:

Se calculó la evolución de la tasa y la incidencia de transmisión materno-infantil de VIH y sífilis de los países de la región incluidos en el estudio para el periodo 2013 - 2019.

Para el análisis estadístico, se utilizó el software Minitab, versión 18.0. Para este análisis se utilizó la tasa de transmisión materno infantil VIH y sífilis por cada 1.000 nacidos vivos.

Para el análisis de tendencia se emplearon los valores de las tasas de incidencia de transmisión materno-infantil del VIH y sífilis ajustadas por país en Sudamérica. Se estimaron la forma de las curvas y las ecuaciones de regresión. Las fórmulas de los modelos de regresión empleadas fueron las siguientes: Cuadrático: $Y_t = \beta_0 + \beta_1 * t + (\beta_2 * t^2) + e_t$. **and Curva en S: $Y_t = (10^e) / (\beta_0 + \beta_1 * \beta_2^t)$** . Adicionalmente se estimó el error porcentual absoluto medio (MAPE), que expresa la exactitud como un porcentaje del error de la estimación de la ecuación de regresión; la desviación absoluta de la media (MAD), que viene a expresar la exactitud en las mismas unidades de los datos; y la desviación cuadrática media (MSD), que mide la exactitud de los valores de las series de tiempo.

2.2 Material y Método del Segundo Objetivo Específico

Diseño de estudio:

Es un estudio de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo correlacional, mediante la revisión documental de las normativas y protocolos publicados por los países de la región para la eliminación de la transmisión materno-infantil. Se realizó un análisis de las variables de tipo cualitativas, respecto a la presencia de las intervenciones propuestas por la OMS/OPS comprendidas en el periodo pre-concepcional, perinatal, post parto materno y post parto del lactante en cada una de las normativas.

Población de estudio:

Universo: normativas y protocolos de todos los países del continente americano para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis

Muestra: normativas y protocolos de los países de la región disponibles al momento del levantamiento de la información, los cuales fueron 27: Argentina(11), Bahamas(12), Barbados(13), Belice(14), Bolivia(15), Brasil(16), Canadá(17,18), Chile(19), Colombia(20), Costa Rica(21,22), Cuba(22,23), Ecuador(24), El Salvador(25), Estados Unidos(26,27), Guatemala(25,28), Haití(29), Honduras(30,31), México(32), Nicaragua, Panamá(33,34), Paraguay(35), Perú(36), R. Dominicana(37), San Vicente y Granadinas, Trinidad y Tobago(38), Uruguay(39), Venezuela. (40,41)

Fuentes de información:

- a) Unidad de estudio: Normativas y protocolos de países de la región
- b) Unidad Informante: Normativas y protocolos de los países de la región para la eliminación de la transmisión materno – infantil publicadas en sus sitios web oficiales o rescatadas a través de correo electrónico con sus referentes en los ministerios de salud o afín.
- c) Unidad referencial: Las páginas web oficiales de los Ministerios de Salud de cada país. Además, de los profesionales referentes de cada país.

Criterios de Inclusión:

- Normativas y protocolos de los países de la región, cuyos Estados son independientes, publicadas en sitios web oficiales o mediante sus referentes ministeriales nacionales.

Criterios de Exclusión:

- No se definieron criterios de exclusión

Instrumento de Recolección de Información:

- Se utilizó un instrumento que permitirá levantar información a través de una lista de chequeo de las intervenciones que realizan los países propuestas por la OMS/OPS para la eliminación de la transmisión materno infantil.

Plan de análisis:

Para el análisis estadístico se utilizó el programa R, haciendo un análisis de tipo descriptivo, a través del cálculo de frecuencias relativas y frecuencias absolutas.

Se analizó la asociación entre la variable independiente, según las siguientes hipótesis:

2.3 Material y Método del Tercer Objetivo Específico

Enfoque

El enfoque metodológico fue cualitativo, de tipo fenomenológico, dado que el objetivo fue conocer la percepción de matronas y matrones desde su propia visión y experiencia, la cual influye sobre su opinión, y contribuyen a mantener las praxis o generando los cambios. Este enfoque es de utilidad cuando se quiere comprender la perspectiva de las personas en torno a los fenómenos que los rodean, el significado que les otorgan y la conducta desde el propio marco de referencia del participante.

Participantes

La población estuvo constituida por matronas pertenecientes a países del continente americano, que se desempeñan en distintos ámbitos profesionales: matronas clínicas de establecimientos de atención primaria, atención secundaria y atención terciaria, así como también del ámbito académico. Esta muestra estuvo constituida por 21 profesionales.

Técnica de Muestreo:

Para acceder a los participantes, se complementaron dos técnicas de muestreo cualitativo: bola de nieve, es decir, un caso llevó a otro caso a través de recomendaciones y contacto; además se utilizó el muestreo por conveniencia, ya que se dispuso de todas las personas a las cuales se tuvo acceso.

Fuentes de información:

- Unidad de análisis: Matrona perteneciente a los países del continente
- Unidad Informante: Matrona perteneciente a los países del continente
- Unidad referencial: Instituciones Ministeriales u otras Gubernamentales, Colegios Profesionales de Matrona de cada país, Escuelas de Obstetricia de cada país

Criterios de Inclusión:

- Que tengan al menos 3 años de ejercicio profesional
- Que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Que su idioma sea distinto al español.

Instrumentos de recolección de Información:

Se recurrió a la entrevista individual semiestructurada en base a una guía temática expresada en preguntas generales expresadas en el instrumento de recolección de información, de manera de poder orientar las categorías de análisis para dar respuesta a los objetivos planteados. Las preguntas realizadas fueron las siguientes:

- Funcionamiento del sistema de salud del país
- Descripción de las fortalezas / para la eliminación de la transmisión materno-infantil
- Descripción de las debilidades / brechas para la eliminación de la transmisión materno-infantil
- Rol de la matronería para la eliminación de la transmisión materno-infantil

Para el análisis de los datos se recurrió a la técnica de análisis de contenido cualitativo temático, efectuado mediante un proceso de codificación inductivo, a través de la identificación de ejes temáticos, categorías y subcategorías que emergen del texto transcrito en forma literal, con los cuales se codifica cada entrevista, en un primer nivel de análisis. En un segundo nivel de análisis, se realizó la codificación integrada: se agrupan las categorías y subcategorías, buscando patrones y relaciones entre ellas, considerando los objetivos y dimensiones establecidos para el estudio, así como los temas emergentes no planteados en el diseño inicial del trabajo.

Las entrevistas en profundidad a realizarse analizaron mediante la técnica de análisis narrativo de contenido.(42). Se utilizó como apoyo el software MAXQDA, el cual permitió organizar y sistematizar la información recolectada y facilitar a través de esto el análisis.

Aspectos Éticos:

El proyecto fue evaluado y aprobado por la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH). En anexo 1 se encuentra el Informe favorable de la comisión.

Se realizó la búsqueda de matronas y matrones, cuyo contacto fue recibido a través de referentes nacionales, colegios profesionales y Escuelas de Obstetricia de Universidades locales. Se realizó un primer contacto vía correo electrónico, y una vez confirmado que la persona cumplía con los criterios de inclusión, se realizó la invitación a participar en el estudio. Luego de la aceptación del participante, se acordó día y hora de la entrevista. Previo a cada entrevista en profundidad se envió consentimiento informado al participante, el cual era firmado y devuelto en forma digital al correo electrónico de la investigadora. Ver Anexo 2.

Las entrevistas fueron realizadas vía plataforma zoom, para lo cual se envió enlace de la entrevista vía correo electrónico. A través de esta plataforma, se grabaron las entrevistas y fueron guardadas en una carpeta digital del computador personal de la investigadora responsable, cuya clave es solo conocida por ella. Posteriormente a cada entrevista, cada una

de ellas fue transcrita a un archivo Word, el cual fue guardado en una carpeta del mismo equipo computacional.

Se realizaron las entrevistas individuales semiestructuradas, utilizando el principio de saturación general, es decir, hasta que no se obtuvo nueva información en los temas y subtemas propuestos. Este principio se cumplió con 21 entrevistas.

CAPÍTULO 3: RESULTADOS

3. RESULTADOS

3.1 Resultados del Primer Objetivo Específico

A continuación, se presentan los datos de la evolución de la tasa de incidencia de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis (por 1.000 NV) y el porcentaje de transmisión materno infantil de VIH.

Los países de los cuales se pudo obtener información son: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay.

Tasa de Incidencia de Transmisión Materno Infantil de VIH:

En la Tabla 1 se presentan los valores absolutos de las tasas de incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH en los países de América del Sur analizados entre el año 2013 y 2019. Todos los países reportaron tasas menores a la tasa de eliminación a excepción de Colombia en un periodo (2019). Sin embargo, a pesar de presentar estos valores, no ha sido posible sostenerla en los diferentes años del periodo estudiado que permita certificarlos como en estado de eliminación.

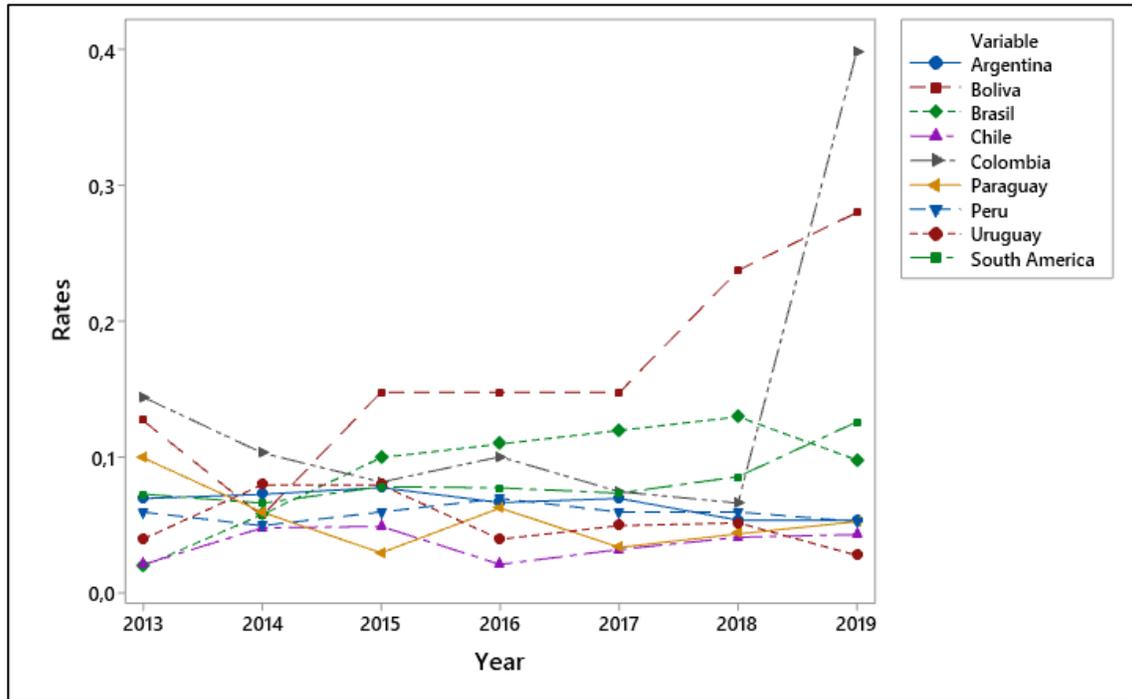
Los países con la tasa promedio más alta en estos periodos son Bolivia y Colombia, y la más baja Chile. En cuanto a la tasa promedio de Sudamérica, ésta fue más alta en el año 2019 y la más baja en el año 2014.

En la Figura 1 se grafican las tasas antes señaladas y se observa que Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay, en general, tienden a disminuir el valor de las tasas de transmisión materno infantil del VIH, mientras que Bolivia, Brasil, Chile y Colombia, y el promedio para todos los países de Sudamérica, tiende a aumentar la TMI de VIH. Todos los países presentaron variaciones en los valores entre 2013 y 2019, no mostrando una tendencia sostenida hacia la disminución.

Tabla 1. Tasa de Incidencia de Transmisión Materno Infantil de VIH en países de América del Sur. Años 2013 – 2019 (por cada 1.000 nacidos vivos)

Año	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Paraguay	Perú	Uruguay	Sudamérica
2013	0,0700	0,1275	0,0200	0,0210	0,1442	0,1000	0,0600	0,0400	0,0728
2014	0,0730	0,0571	0,0581	0,0480	0,1031	0,0600	0,0500	0,0800	0,0662
2015	0,0780	0,1480	0,1000	0,0490	0,0817	0,0300	0,0600	0,0800	0,0783
2016	0,0670	0,1480	0,1100	0,0210	0,1004	0,0630	0,0700	0,0400	0,0774
2017	0,0700	0,1480	0,1200	0,0320	0,0746	0,0340	0,0600	0,0500	0,0736
2018	0,0540	0,2379	0,1300	0,0410	0,0662	0,0440	0,0600	0,0520	0,0856
2019	0,0540	0,2805	0,0981	0,0430	0,3994	0,0530	0,0530	0,0280	0,1261
Promedio País	0,067	0,164	0,091	0,036	0,139	0,055	0,059	0,053	0,083

Fuente: Ministerios de Salud de los países, 2021



Fuente: Ministerios de Salud de los países, 2021

Figura 1. Tasa de Incidencia de Transmisión Materno-Infantil de VIH en países de América del Sur. Años 2013 – 2019 (por cada 1.000 nacidos vivos)

En la Tabla 2 se presentan los tipos de regresión, las ecuaciones de regresión correspondiente y los errores MAPE, MAD y MSD. Los signos correspondientes a cada uno de los parámetros de las ecuaciones avalan las tendencias de la tasa de TMI del VIH antes señaladas. En general, se observa que los crecimientos y decrecimientos de los valores, en su mayoría, están en correspondencia con datos que se comportan en forma cuadrática y, por tanto, son no lineales. Adicionalmente, los valores de los errores estimados, en general, son bajos. Como consecuencia, es posible afirmar que los datos de estas tasas TMI del VIH se ajustan bien a la forma generalizada de regresión encontrada.

Tabla 2. Resultado del análisis de tendencia de la tasa de incidencia de la transmisión materno-infantil de VIH en países de América del Sur. Años 2013 - 2019

País	Tipo de ecuación	Ecuación de regresión estimada	MAPE	MAD	MSD
Argentina	Quadratic	$Y_t = 0,06686 + 0,00540 \times t - 0,001095 \times t^2$	5,06530	0,00320	0,00001
Bolivia	S curve	$Y_t = (10^0) / (0,587839 + 24,9699 \times (0,730945^t))$	22,54400	0,03000	0,00140
Brazil	Quadratic	$Y_t = -0,0388 + 0,06275 \times t - 0,006066 \times t^2$	6,29500	0,00510	0,00003
Chile	Quadratic	$Y_t = 0,0304 + 0,0019 \times t - 0,00008 \times t^2$	39,97200	0,00940	0,00010
Colombia	Quadratic	$Y_t = 0,305 - 0,1515 \times t + 0,02199 \times t^2$	51,09400	0,04990	0,00370
Paraguay	Quadratic	$Y_t = 0,1249 - 0,0366 \times t + 0,00382 \times t^2$	19,92150	0,00930	0,00020
Perú	Quadratic	$Y_t = 0,0484 + 0,00711 \times t - 0,000893 \times t^2$	6,82280	0,00390	0,00002
Uruguay	Quadratic	$Y_t = 0,0403 + 0,0156 \times t - 0,00250 \times t^2$	23,21690	0,01210	0,00020
South America	Quadratic	$Y_t = 0,0879 - 0,01491 \times t + 0,00273 \times t^2$	8,53080	0,00711	0,00006

MAPE: Error porcentual absoluto medio; **MAD:** Desviación absoluta media; **MSD:** Desviación cuadrática media

Fuente: Elaboración propia, 2022

Porcentaje de Transmisión Materno-Infantil de VIH:

En la Tabla 3 se presenta la tasa de transmisión materno-infantil del VIH en porcentaje, en donde se observa que de la totalidad de los países estudiados, solo Colombia logra la meta en tres periodos consecutivos (2017, 2018 y 2019) y Uruguay en cinco periodos consecutivos (2015 al 2019). Los valores más altos se observan en Chile (2014 y 2015) y en Perú (2013, 2015 y 2016). En relación con el promedio de Sudamérica, el valor más bajo correspondió al año 2019 y el más alto al año 2015.

Tabla 3. Porcentaje de Transmisión Materno-Infantil de VIH en países de América del Sur. Años 2013 - 2019

País	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Argentina	4,2	4,2	3,7	3,0	3,1	(*)	(*)
Bolivia	sd						
Brasil	1,0	2,3	3,7	3,9	4,3	4,5	3,8
Chile	2,6	5,1	6,3	2,1	2,6	2,4	2,3
Colombia	3,4	3,8	2,7	2,3	1,9	1,5	1,4
Paraguay	sd						
Perú	4,8	4,1	4,6	5,7	4,3	3,8	3,3
Uruguay	1,6	2,9	1,8	1,5	2,0	1,8	1,5
América del Sur	2,9	3,7	3,8	3,1	3,0	2,3	2,1

Fuente: Ministerios de Salud de los países, 2021

(*) Ministerio de Salud de Argentina informa la ausencia de datos de laboratorio cercana al 40% en años 2018 - 2019, lo que no permite una adecuada estimación de la tasa de transmisión vertical del VIH (6)

sd = No fue posible conseguir la información para construir el indicador.

Tasa de Incidencia de Transmisión Materno-Infantil de Sífilis:

En la Tabla 4 se presentan los resultados de las tasas de sífilis congénita en los países de la región sudamericana entre el año 2013 y 2019. Todos los países reportaron tasas mayores a la tasa de eliminación a excepción Chile (en todo el periodo estudiado) y Perú (2014 al 2017). Sin embargo, a pesar de presentar estos valores, no ha sido posible sostenerla en los diferentes años del periodo estudiado que permita certificarlos como en estado de eliminación.

El país con la tasa promedio más alta en estos periodos fue Brasil y la más baja Chile. En cuanto a la tasa promedio de Sudamérica, ésta fue más alta en el año 2019 y la más baja en el año 2013.

En la Figura 2 se observa que Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay, en general, tienden a disminuir el valor de las tasas de trasmisión materno-infantil del sífilis congénita, mientras que el resto de los países estudiados y el análisis realizado para todos los países de América del Sur tiende a aumentar las tasas antes señaladas. Se observó que los países estudiados muestran un comportamiento similar de las tasas en el tiempo, con excepción de Brasil que alcanza valores superiores al resto de los países.

Tabla 4. Tasa de Sífilis Congénita en países de América del Sur. Años 2013 - 2019 (por cada 1.000 nacidos vivos)

Año	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Paraguay	Perú	Uruguay	América del Sur
2013	1,0500	0,7700	4,8100	0,1600	2,5651	2,6800	0,5500	1,5600	1,7681
2014	1,3200	0,7700	5,4200	0,1400	2,3657	2,6800	0,4700	2,2000	1,9207
2015	1,2100	0,7700	6,5000	0,1500	1,0106	2,9000	0,3500	1,8000	1,8363
2016	1,4000	0,7700	7,4000	0,1900	1,1073	2,8900	0,3400	1,5000	1,9497
2017	1,7000	0,9900	8,5000	0,1300	1,3674	2,8800	0,4600	1,1000	2,1409
2018	1,5000	1,1300	9,0000	0,1800	1,4990	2,5080	0,5100	1,4000	2,2159
2019	1,5500	1,1300	8,2000	0,2200	2,0391	2,5080	0,6900	1,4000	2,2171
Promedio	1,390	0,904	7,119	0,167	1,708	2,721	0,481	1,566	2,007

Fuente: Ministerios de Salud de los países, 2021

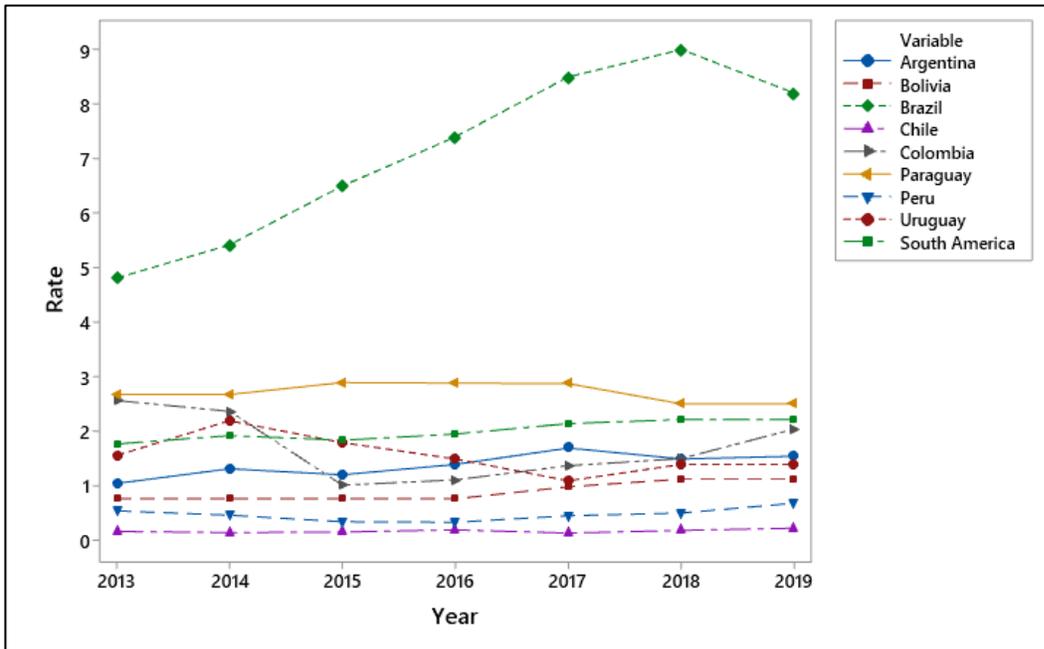


Figura 2. Tasa de Sífilis Congénita en países de América del Sur. Años 2013 - 2019
(por cada 1.000 nacidos vivos)

En la Tabla 5 se presentan la forma de la regresión y sus correspondientes ecuaciones de la tasa de sífilis congénita en países de América del Sur. Se observa que los únicos países que decrecen en estas tasas son Paraguay y Uruguay. En los países que crecen se observan dos comportamientos: un crecimiento constante en el tiempo (Argentina, Bolivia, Brasil y Chile), mientras que otros países disminuyen estas tasas entre los primeros cuatro años analizados y se produce un punto de inflexión, en el entorno del año 2016, donde se produce un aumento sostenido de estas tasas hasta el 2019.

Tabla 5. Resultado del análisis de tendencia de la Tasa de Sífilis Congénita en países de América del Sur. Años 2013 - 2019

País	Tipo de ecuación	Ecuación de regresión estimada	MAPE	MAD	MSD
Argentina	Quadratic	$Y_t = 0,864 + 0,211 \times t - 0,0158 \times t^2$	5,58930	0,07898	0,00979
Bolivia	Quadratic	$Y_t = 0,779 - 0,0364 \times t + 0,01357 \times t^2$	4,88560	0,04571	0,00288
Brasil	Quadratic	$Y_t = 2,993 + 1,600 \times t - 0,1137 \times t^2$	4,86398	0,33672	0,12339
Chile	Quadratic	$Y_t = 0,1757 - 0,0200 \times t + 0,00357 \times t^2$	8,87022	0,01408	0,00040
Colombia	Quadratic	$Y_t = 3,767 - 1,197 \times t + 0,1364 \times t^2$	11,86730	0,17820	0,05840
Paraguay	Quadratic	$Y_t = 2,424 + 0,2505 \times t - 0,0352 \times t^2$	2,72143	0,07249	0,00689
Perú	Quadratic	$Y_t = 0,7386 - 0,2077 \times t + 0,02869 \times t^2$	5,06297	0,02143	0,00064
Uruguay	Quadratic	$Y_t = 1,977 - 0,109 \times t + 0,0012 \times t^2$	13,67940	0,20950	0,06530
América del Sur	Quadratic	$Y_t = 1,715 + 0,0614 \times t + 0,00233 \times t^2$	2,62376	0,05244	0,00324

MAPE: Error porcentual absoluto medio; **MAD:** Desviación absoluta media; **MSD:** Desviación cuadrática media

Fuente: Elaboración propia, 2022

3.2 Resultados del Segundo Objetivo Específico

En un primer momento se realiza un análisis descriptivo respecto a la declaración de las intervenciones sugeridas por la OPS/OMS para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y Sífilis, y posteriormente se realiza la asociación entre la clasificación económica de los países y la declaración de las orientaciones en sus normativas.

Según clasificación económica, el 48,2% de los países estudiados presenta clasificación económica media alta y un 33,3% alta (Tabla 6).

En relación al cumplimiento de la meta de la eliminación de transmisión materno-infantil de VIH, un 37,7% están en la etapa “Cerca de alcanzar” y un 37% están “Progresando” (Tabla 7). En relación al cumplimiento de la meta eliminación de la sífilis congénita, el 77,8% de los países está en etapa “Progresando” y un 11,1% “Pueden haber alcanzado” (Tabla 8)

Tabla 6. Distribución de los países del continente americano estudiados según clasificación económica

Clasificación Económica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Alto	9	33,3	33.3
Medio Alto	13	48,2	81.5
Medio Bajo	4	14,8	96.3
Bajo	1	3,7	100
Total	27	100	

Fuente: Banco Mundial, 2019

Tabla 7. Distribución de los países del continente americano estudiados según cumplimiento meta de eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH

Meta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Eliminación	1	3.7	3.7
Pueden haber alcanzado	5	18.5	21.9
Están cerca de alcanzar	10	37.0	58.9
Están progresando	10	37.0	95.9
Información insuficiente	1	3.7	100
Total	27	100	

Fuente: OMS/OPS, 2017

Tabla 8. Distribución de los países del continente americano estudiados según cumplimiento de la meta de eliminación de la sífilis congénita

Meta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Eliminación	1	3.7	3.7
Pueden haber alcanzado	3	11.1	14.8
Están progresando	21	77.8	92.6
Información insuficiente	2	7.4	100
Total	27	100	

Fuente: OMS/OPS, 2017

Por otro lado, en los resultados se encuentra una asociación entre el cumplimiento de la meta de eliminación materno-infantil de VIH y Sífilis, con la clasificación económica de los países estudiados (Tabla 9 y Tabla 10).

Tabla 9. Cumplimiento de la meta de eliminación de la transmisión materno infantil de VIH según clasificación económica de los países

Clasificación Económica		Etapa de cumplimiento de meta de eliminación transmisión materno-infantil de VIH					TOTAL
		Eliminación	Están cerca de alcanzar	Pueden haber alcanzado	Están progresando	Información insuficiente	
Alto	Nº	0	5	4	0	0	9
	%	0	50	80	0	0	33,3
Medio Alto	Nº	1	3	1	7	1	13
	%	100	30	20	70	100	48,1
Medio Bajo	Nº	0	2	0	2	0	4
	%	0	20	0	20	0	14,8
Bajo	Nº	0	0	0	1	0	1
	%	0	0	0	10	0	3,7
TOTAL	Nº	1	10	5	10	1	27
	%	100	100	100	100	100	100

Chi cuadrado Test Pearson= 14.815, df = 12, p-value= 0.2517

Test Fisher p-value= **0.04148**

Fuente: OMS/OPS, 2017

Tabla 10. Cumplimiento de la meta de eliminación de la Sífilis Congénita según clasificación económica de los países

Clasificación Económica		Cumplimiento meta de eliminación transmisión materno-infantil de sífilis				TOTAL
		Eliminación	Pueden haber alcanzado	Están progresando	Información Insuficiente	
Alto	Nº	0	3	6	0	0
	%	0	100	28,6	0	0
Medio Alto	Nº	1	0	10	7	1
	%	100	0	47,6	70	100
Medio Bajo	Nº	0	0	4	2	0
	%	0	0	19	20	0
Bajo	Nº	0	0	1	1	0
	%	0	0	4,8	10	0
TOTAL	Nº	1	3	21	10	1
	%	100	100	100	100	100

Chi cuadrado Test Pearson= 9.6923, df = 9, p-value= 0.376

Test Fisher p - value = 0.04548

Fuente: OMS/OPS, 2017

A continuación, se describen las intervenciones declaradas por los países para las etapas adolescencia y previa al embarazo, periodo prenatal, periodo perinatal, periodo postnatal materno y postnatal del lactante.

Del total de intervenciones propuestas para la **Adolescencia y previa al embarazo**, el 100% de los países declara tener “Campanas de Información” y de “Planificación Familiar, facilitando acceso a adolescentes”, un 96,3% declara en sus normativas el “Acceso a casos de violencia de género y medidas de prevención y protección” y “Medidas para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual” (Tabla 11)

En relación a las intervenciones propuestas para el **periodo prenatal**, del total de países estudiados, el 100% de ellos declara en sus normativas todas las orientaciones definidas para este periodo, a excepción de “Manejo del embarazo no planificado” (81,5%), “Provisión

adecuada de un paquete básico de atención prenatal que abarque la promoción de la participación masculina” (92,6%), “Seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección de sífilis (92,6%) y “Acceso a casos de violencia de género y medidas de prevención y protección” (96,3%). Ver Tabla 12.

De la intervención para el **periodo perinatal**, un 88,9% declara la “Profilaxis para Recién Nacido de madres infectadas por VIH” (Tabla 13).

En relación a las intervenciones del **periodo postnatal materno**, el 100% de los países declara “Acceso fácil a servicios de planificación familiar después del parto”, y un 96,3% declara “En mujeres VIH seropositivas: asegurarse de que reciban atención y de que no abandonen su tratamiento” (Tabla 14).

En cuanto a las intervenciones para el **periodo postnatal lactante**, un 96,3% de los países estudiados declara en sus normativas “Efectuar en lactantes expuestos al VIH: la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa 4 a 6 semanas después del nacimiento y tomar una segunda muestra si el resultado es positivo”. Por el contrario, solo un 77,8% declara “En lactantes expuestos al VIH: Prueba serológica (de diagnóstico rápido) para la detección del VIH a los nueve meses de edad” y un 81,5% declara “Lactantes con sífilis congénita o expuestos al riesgo de contraer la sífilis: tratarlos y hacerles un seguimiento clínico y serológico hasta obtener resultados negativos” (Tabla 15)

Tabla 11. Distribución según intervenciones declaradas por los países del continente americano para la etapa de adolescencia y previa al embarazo

Intervenciones en Adolescencia y Previa al Embarazo	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) Campañas de información, educación y comunicación dentro de la iniciativa ETMI-plus en relación con la prevención de infecciones	27	100	0	0	27	100
b) Planificación familiar, facilitando el acceso a adolescentes de ambos sexos sin impedimentos jurídicos y promoviendo la participación masculina	27	100	0	0	27	100
c) Oferta de pruebas para la detección de la infección por el VIH y la sífilis, medidas para el tamizaje, la notificación de la pareja sexual y vinculación de los pacientes con el sistema asistencial	24	88,9	3	11,1	27	100
d) Acceso a casos de violencia de género y medidas de prevención y protección	26	96,3	1	3,7	27	100
e) Medidas para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	26	96,3	1	3,7	27	100

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

Tabla 12. Distribución según intervenciones declaradas por los países del continente americano para el periodo prenatal

Intervenciones Realizadas en Periodo Prenatal	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) Acceso temprano a la atención prenatal	27	100	0	0	27	100
b) Manejo del embarazo no planificado	22	81,5	5	18,5	27	100
c) Provisión adecuada de un paquete básico de atención prenatal que abarque la promoción de la participación masculina	25	92,6	2	7,4	27	100
d) Acceso a casos de violencia de género y medidas de prevención y protección	26	96,3	1	3,7	27	100
e) Tamizaje serológico sistemático para la detección de la infección por el VIH	27	100	0	0	27	100
f) Tamizaje serológico sistemático para la detección de la infección para la sífilis	27	100	0	0	27	100
g) Tratamiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección por el VIH (tratamiento con antirretrovirales)	27	100	0	0	27	100
h) Seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección por el VIH (tratamiento con antirretrovirales)	27	100	0	0	27	100
i) Tratamiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección de sífilis (tratamiento con bencilpenicilina benzatínica)	27	100	0	0	27	100
j) Seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección de sífilis (tratamiento con bencilpenicilina benzatínica)	25	92,6	2	7,4	27	100

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

Tabla 13. Distribución de intervenciones declaradas por los países del continente americano para el periodo perinatal

Intervenciones en Periodo Perinatal	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) Recién nacidos de madres infectadas por el VIH: profilaxis doble (zidovudina dos veces al día o neviraparina una vez al día) durante las primeras seis semanas de vida	24	88,9	3	11,1	27	100

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

Tabla 14. Distribución según intervenciones declaradas por los países del continente americano para el periodo postnatal materno

Intervenciones en Periodo Postnatal Materno	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) Acceso fácil a servicios de planificación familiar después del parto	27	100	0	0	27	100
b) En mujeres VIH seropositivas: asegurarse de que reciban atención y de que no abandonen su tratamiento	26	96,3	1	0	27	100

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

Tabla 15. Distribución de intervenciones declaradas por los países del continente americano para el periodo postnatal lactante

Intervenciones en Periodo Posnatal Lactante	CUMPLE		NO CUMPLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
a) En lactantes expuestos al VIH: Efectuar la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa 4 a 6 semanas después del nacimiento y tomar una segunda muestra si el resultado es positivo	26	96,3	1	3,7	27	100
b) En lactantes expuestos al VIH: Prueba serológica (de diagnóstico rápido) para la detección del VIH a los nueve meses de edad	27	77,8	0	7,4	27	100
c) En lactantes expuestos al VIH: Atención integral de los niños infectados por el VIH	26	96,3	1	3,7	27	100
d) Lactantes con sífilis congénita o expuestos al riesgo de contraer la sífilis: tratarlos y hacerles un seguimiento clínico y serológico hasta obtener resultados negativos	22	81,5	5	18,5	27	100

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

A continuación se describen los resultados de la asociación entre las intervenciones declaradas por los países para cada una de las etapas, con la clasificación económica de ellos.

Respecto a las intervenciones declaradas por los países para la **Adolescencia y previa al embarazo**, se encontró una asociación con la clasificación económica en las siguientes medidas: “campañas de información, educación y comunicación dentro de la iniciativa ETMI-plus en relación con la prevención de infecciones” (p-value= 0.005703) y “Planificación familiar, facilitando el acceso a adolescentes de ambos sexos” (p-value= 0.005703). Ver Tabla 16.

De las intervenciones declaradas por los países para el **Periodo Prenatal** y que se asocian a la clasificación económica, se encuentran: el “manejo del embarazo planificado” (p-value = 0.03948 (test Fisher), “Tamizaje serológico sistemático para la detección de la infección por el VIH” (p-value = 0.005703) y “Sífilis” (p-value = 0.005703), Tratamiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección por el VIH (p-value = 0.005703) y Sífilis (p-value = 0.005703) y “seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección por el VIH” (p-value = 0.005703). Ver tabla 17

La intervención propuesta para el **Periodo Perinatal**: “Recién nacidos de madres infectadas por el VIH: profilaxis doble (zidovudina dos veces al día o neviraparina una vez al día) durante las primeras seis semanas de vida” no se encontró asociación con la clasificación económica de los países. Ver Tabla 18.

De las dos intervenciones para el **Periodo Postnatal Materno**, se asocia a la clasificación económica el “Acceso fácil a servicios de planificación familiar después del parto (p-value= 0.005703). Ver Tabla 19.

Por último, de las intervenciones declaradas por los países para el **Periodo Postnatal Lactante**, se encontró asociación con la clasificación económica para la medida “Prueba serológica (de diagnóstico rápido) para la detección del VIH a los nueve meses de edad en

lactantes expuestos al VIH” (p-value= 0.005703) y “Atención integral de los niños infectados por el VIH” (p-value = 0.03398 Test Fisher). Ver Tabla 20.

Tabla 16. Asociación entre las Intervenciones declaradas por los países para la adolescencia y previa al embarazo y la clasificación económica

Clasificación Económica		a) Campañas de información, educación y comunicación dentro de la iniciativa ETMI-plus en relación con la prevención de infecciones		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	0	100

Chi cuadrado = 12,566, df = 3, p-value= 0.005703

Clasificación Económica		b) Planificación familiar, facilitando el acceso a adolescentes de ambos sexos sin impedimentos jurídicos y promoviendo la participación masculina		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	0	100

Chi cuadrado = 12,566, df = 3, p-value= 0.005703

c) Oferta de pruebas para la detección de la infección por el VIH y la sífilis, medidas para el tamizaje, la notificación de la pareja sexual y vinculación de los pacientes con el sistema asistencial

Clasificación Económica		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	37,5	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	10	3	13
	%	41,7	100	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	16,7	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	4,2	0	3,7
TOTAL	Nº	24	3	27
	%	100	100	100

X-squared = 3.6346, df = 3, p-value = 0.3037

p-value = 0.3333 (Test Fisher)

d) Acceso a casos de violencia de género y medidas de prevención y protección

Clasificación Económica		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	8	1	9
	%	30,8	100	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	50	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	15,4	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,8	0	3,7
TOTAL	Nº	26	1	27
	%	100	100	100

X-squared = 2.0769, df = 3, p-value = 0.5566

p-value = 0.5347 (Test Fischer)

e) Medidas para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual

Clasificación Económica		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	34,6	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	12	1	13
	%	46,2	100	48,1

MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	15,4	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,8	0	3,7
TOTAL	Nº	26	1	27
	%	100	100	100

X-squared = 1.1183, df = 3, p-value = 0.7726

p-value = 1 (Test Fisher)

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

Tabla 17. Asociación entre las intervenciones declaradas por los países para el periodo prenatal y la clasificación económica

Clasificación Económica		a) Acceso temprano a la atención prenatal		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	0	100

X-squared = 8.5088, df = 12, p-value = 0.7442

p-value = 0.5837 (Test Fisher)

Clasificación Económica		b) Manejo del embarazo no planificado		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	6	3	9
	%	27,3	60	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	59	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	2	2	4
	%	9,1	40	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	4,5	0	3,7
TOTAL	Nº	22	5	27
	%	100	100	100

X-squared = 7.1182, df = 3, p-value = 0.06822

p-value = 0.04298 (test Fisher)

Clasificación Económica		c) Provisión adecuada de un paquete básico de atención prenatal que abarque la promoción de la participación masculina		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	8	1	9
	%	32	50	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	52	0	48,1

MEDIO BAJO	N°	3	1	4
	%	12	50	14,8
BAJO	N°	1	0	1
	%	4	0	3,7
TOTAL	N°	25	2	27
	%	100	100	100

X-squared = 3.105, df = 3, p-value = 0.3757

p-value = 0.3013 (Test Fisher)

Clasificación Económica		d) Acceso a casos de violencia de género y medidas de prevención y protección		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	N°	8	1	9
	%	30,8	100	33,3
MEDIO ALTO	N°	13	0	13
	%	50	0	48,1
MEDIO BAJO	N°	4	0	4
	%	15,4	0	14,8
BAJO	N°	1	0	1
	%	3,8	0	3,7
TOTAL	N°	26	1	27
	%	100	100	100

X-squared = 2.0769, df = 3, p-value = 0.5566

p-value = 0.5127 (Test Fisher)

Clasificación Económica		e) Tamizaje serológico sistemático para la detección de la infección por el VIH		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	N°	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	N°	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	N°	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	N°	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	N°	27	0	27
	%	100	0	100

X-squared = 12.556, df = 3, p-value = 0.005703

Clasificación Económica		f) Tamizaje serológico sistemático para la detección de la infección para la sífilis		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	0	100

X-squared = 12.556, df = 3, p-value = 0.005703

Clasificación Económica		g) Tratamiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección por el VIH (tratamiento con antirretrovirales)		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	0	100

X-squared = 12.556, df = 3, p-value = 0.005703

Clasificación Económica		h) Seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección por el VIH (tratamiento con antirretrovirales)		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8

BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	100	100

X-squared = 12.556, df = 3, p-value = 0.005703

Clasificación Económica		i) Tratamiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección de sífilis (tratamiento con bencilpenicilina benzatínica)		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	100	100

X-squared = 12.556, df = 3, p-value = 0.005703

Clasificación Económica		j) Seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección de sífilis (tratamiento con bencilpenicilina benzatínica)		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	8	1	9
	%	32	50	33,3
MEDIO ALTO	Nº	12	1	13
	%	48	50	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	16	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	4	0	3,7
TOTAL	Nº	25	2	27
	%	100	100	100

X-squared = 0.58154, df = 3, p-value = 0.9006

p-value = 1 (Test Fisher)

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

Tabla 18. Asociación entre las intervenciones declaradas por los países para el periodo perinatal y la clasificación económica

Clasificación Económica		Recién nacidos de madres infectadas por el VIH: profilaxis doble (zidovudina dos veces al día o neviraparina una vez al día) durante las primeras seis semanas de vida		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	30,8	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	10	3	13
	%	50	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	15,4	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,8	0	3,7
TOTAL	Nº	26	1	27
	%	100	100	100

X-squared = 3.6346, df = 3, p-value = 0.3037

p-value = 0.3268 (Test Fisher)

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

Tabla 19. Asociación entre las Intervenciones declaradas por los países para el periodo postnatal materno y la clasificación económica

Clasificación Económica		a) Acceso fácil a servicios de planificación familiar después del parto		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	0	100

X-squared = 12.556, df = 3, p-value = 0.005703

Clasificación Económica		b) En mujeres VIH seropositivas: asegurarse de que reciban atención y de que no abandonen su tratamiento		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	8	1	9
	%	30,8	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	3	16
	%	50	0	59,3
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	15,4	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,8	0	3,7
TOTAL	Nº	26	1	27
	%	100	100	100

X-squared = 2.0769, df = 3, p-value = 0.5566

p-value = 0.5097 (Test Fisher)

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

Tabla 20. Asociación entre las intervenciones declaradas por los países para el periodo postnatal lactante y la clasificación económica

a) En lactantes expuestos al VIH: efectuar la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa 4 a 6 semanas después del nacimiento y tomar una segunda muestra si el resultado es positivo

Clasificación Económica		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	12	1	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	26	1	27
	%	100	100	100

X-squared = 1.1183, df = 3, p-value = 0.7726

p-value = 1 (Test Fisher)

b) En lactantes expuestos al VIH: prueba serológica (de diagnóstico rápido) para la detección del VIH a los nueve meses de edad

Clasificación Económica		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9
	%	33,3	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	48,1	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	14,8	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,7	0	3,7
TOTAL	Nº	27	0	27
	%	100	0	100

Chi cuadrado = 12,566, df = 3, p-value= 0.005703

c) En lactantes expuestos al VIH: atención integral de los niños infectados por el vih

Clasificación Económica		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	9	0	9

	%	37,5	0	33,3
MEDIO ALTO	Nº	13	0	13
	%	41,7	0	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	16,7	0	14,8
BAJO	Nº	0	1	1
	%	4,2	100	3,7
TOTAL	Nº	26	1	27
	%	100	100	100

X-squared = 27, df = 3, p-value = 5.887e-06

p-value = 0.03398 (Test Fisher)

Clasificación Económica		d) Lactantes con sífilis congénita o expuestos al riesgo de contraer la sífilis: tratarlos y hacerles un seguimiento clínico y serológico hasta obtener resultados negativos		
		SI	NO	TOTAL
ALTO	Nº	6	3	9
	%	30,8	60	33,3
MEDIO ALTO	Nº	11	2	13
	%	50	40	48,1
MEDIO BAJO	Nº	4	0	4
	%	15,4	0	14,8
BAJO	Nº	1	0	1
	%	3,8	0	3,7
TOTAL	Nº	22	5	27
	%	100	100	100

X-squared = 2.5301, df = 3, p-value = 0.4699

p-value = 0.5807 (Test Fisher)

Fuente: Ministerio de Salud de los países, 2019

3.3 Resultados del Tercer Objetivo Específico

Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a matronas y matrones de distintos países del continente: Uruguay (1), Colombia (1), Perú (3), Panamá (3), México (1), Ecuador (3), Costa Rica (1), Bolivia (2), Argentina (4), El Salvador (1). El ámbito de desempeño de los profesionales entrevistados corresponde a Atención Primaria de Salud (7), Academia (4), Gestión (4) y Hospitalario (6).

Luego de realizar la categorización abierta, se identificaron las categorías y subcategorías de análisis, las cuales fueron identificadas en principales áreas temáticas y agrupadas en 4 dimensiones. Ver anexo 3.

A continuación se presentan las categorías de análisis según dimensiones:

Primera dimensión: Facilitadores para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil:

Corresponden a todas las características y/o factores que se identificaron como favorecedores para eliminación.

Desde el relato de las personas entrevistadas se identificaron las siguientes categorías como el “**Acercamiento de prestaciones de Salud a zonas alejadas**”, a través del traslado de los servicios sanitarios a lugares aislados o lejanos a los centros urbanos, cuyo fin disminuir las brechas de acceso a personas que viven en zonas aisladas o de difícil acceso. Estas prestaciones pueden ser controles de salud o bien, actividades de promoción y prevención en salud. Estas actividades de salud pueden ser realizadas por *personas profesionales*, esto cuando se realizan actividades de controles de salud o bien, *por agentes sanitarios como técnicos de la salud o ambientales*, cuando son actividades de educación, pesquisa o promoción de salud, estos últimos son de gran cercanía a la comunidad porque muchas veces viven en el mismo territorio que ella.

Se encontraron relatos como :

“A veces nos teníamos que quedar de dos a tres días en la zona rural y podríamos estar en la mula por ocho horas para poder llegar a alguno sitio donde nos facilitaran un espacio para atender a las personas” E2-P9

“Si estas personas no tienen las condiciones, por ejemplo, de un vehículo para salir de su lugar pues los líderes comunitarios junto con el promotor de salud le buscan las condiciones para poderles solventar en ese momento la situación a esa persona, entonces eso es bien importante” E21-P9

“Precisamente por todas las dificultades geográficas que tenemos trabajamos mucho con agentes sanitarios, los agentes sanitarios son los que deben hacer las rondas” E17-P5

Otra categoría de análisis que surgen del relato de las personas entrevistadas son las **Características de Sistema de Salud**, la cual tiene una *organización* según niveles de atención según complejidad, siendo el nivel de menor jerarquía el más cercano a las personas, lo cual, genera un acercamiento de las prestaciones de salud de menor complejidad a las comunidades. Además, se identifica que en cada país o región, existe un encargado técnico de la eliminación de la transmisión materno-infantil. La red de salud local, está a cargo de municipalidades, distritos u otro, lo cual genera mayor cercanía con la comunidad.

Por otro lado se destacada como otra característica que en los países el acceso a las prestaciones de salud es *universal*, esto independiente de la previsión de salud de quien necesita ser atendido, lo cual impacta en forma positiva en disminución de las brechas de acceso a la atención en salud. Además, se hace mención a que las gestantes tiene **atención gratuita o de muy bajo costo** en el sistema público de salud, esto favorece el acceso a las prestaciones como control prenatal para el diagnóstico, tratamiento, seguimiento oportuno de las patologías como lo es el VIH y sífilis, y derivación a la especialidad en caso de necesitarlas.

Se destacan relatos como:

“si por ejemplo un paciente no tiene seguro social solamente tiene que pagar la consulta ósea igual es atendido, solamente que tiene que pagar la consulta del día y la consulta es sumamente económica, es 1 dólar” E7-P2

“Nosotros tenemos el sistema de atención gratuita a través del Ministerio de Salud, y también existe el seguro social que está destinado para todas las personas trabajadoras, pero en este caso diríamos las mujeres trabajadoras, entonces también tenemos el seguro de las Fuerzas Armadas y de la policía, pero la mayor población es atendida a través del Ministerio de Salud, y es abierto a toda la población” E12-P3

“Una vez que la tenga la prueba inmunológica de embarazo positiva la consideramos una paciente gestante, a partir de ahí se desencadena un conjunto de acciones” E2-P5

Dentro de los facilitadores para la eliminación se encuentra además la categoría de análisis “**Acceso a las prestaciones durante la gestación**”, la cual involucra toda la cadena de prestaciones que los países ofrecen a las mujeres en el control prenatal, el cual se inicia con el diagnóstico de embarazo, siguiendo con controles seriados con profesionales médico o matronas, además de acceso a exámenes de laboratorio o pruebas rápidas para VIH y sífilis, entre otros. Luego de ello, tratamiento en caso de ser necesario o bien, derivación a la especialidad.

Algunos de los relatos fueron:

“Ya hemos implementado desde ese tiempo las pruebas duales que antes no teníamos, antes teníamos solo las pruebas rápidas individuales” E6-P7

“Y si te saliera positivo inmediatamente se hace un tratamiento, se buscan contactos de acuerdo con lo que sea protocolizado para ese tipo de atención” E10-P4

“Si las 2 pruebas salen reactivas es un diagnóstico positivo, inmediatamente tiene que ser referida a una unidad de atención integral de VIH que están en los hospitales, que están garantizadas estas unidades en todas las provincias menos en 2” E13-P7

Otra categoría de análisis identificada es la **Calidad en la atención para la eliminación**, en donde se puede destacar que en los países del continente americano *existen normativas para la eliminación* de la transmisión materno infantil, que permiten orientar y guiar el quehacer profesional en cuanto a esta problemática, así como también, destaca la *capacitación de los profesionales*, no solo en actualización de los currículums en la formación de pregrado, sino también en capacitaciones y entrenamientos específicos a VIH, lo cual ha aumentado los estándares de calidad en las atenciones, lo que disminuye las probabilidades de error en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos

Algunos de sus relatos son:

“Hay una norma técnica que habla sobre la prevención de la transmisión vertical, hay una estrategia sanitaria que también articula todo eso a nivel nacional” E3-P10

“Más o menos en 160 establecimientos del país, que son acreditados, capacitados, que cuentan con equipos capacitados para el manejo de pacientes con VIH y hepatitis” E6-P9

“Hemos logrado que bueno, que sobre todo el plan de estudio de la escuela de parteras ha modificado eso en farmacología, es mucho más completo, abarca la mayoría de los medicamentos que nosotros podemos prescribir, y nosotros como egresadas estamos en continua capacitación” E1-P5

Otra categoría de análisis es la **incorporación de las parejas en la atención**, enmarcada principalmente cuando se requiere realizar el diagnóstico o bien iniciar un tratamiento:

“Mira en el caso del VIH, por ejemplo, si hay una adherencia porque el CDVIR trabaja mucho con la pareja digamos, no solo con el varón o la mujer. Así que trabajan con ambos en el caso de VIH” E16-P8

“En el caso de la sífilis también, en realidad es el caso de todas las ITS. El programa tiene la directriz de que hay que tratar a la pareja, entonces cuando se detecta, ya sea, en el hombre o en la mujer, se hace la interconsulta para que venga la pareja y reciba el tratamiento también” E16-P8

“Bueno, ese hombre tiene una relación con esa mujer, a distancia o como sea, y sí se logra que tenga el acceso al tratamiento” E1-P7

Uno de los aspectos positivos a destacar como categoría de análisis es el **apoyo de algunas organizaciones internacionales** a los países del continente, quienes apoyan con *recursos económicos* a la compra de insumos como pruebas diagnósticas, o bien, para *contratar profesionales* que apoyen programas relativos a la eliminación de la TMI.

Algunos de los relatos fueron:

“Cuando se introdujo por primera vez las pruebas rápidas, un ejemplo, en el 2003, 2004 si mal no recuerdo, fue por el proyecto de fondo mundial, ¿no?, a través del proyecto que estamos intentamos implementar, y había una sola compra que se distribuía para todo el país” E6-P7

“Ahora está una compañera que justo está contratada con recursos del proyecto del fondo mundial y que está apoyando para tener esa información actualizada porque no teníamos a alguien encargado de ETMI PLUS” E13-P6

Por último, dentro de los aspectos identificados como facilitadores se encuentra la **existencia de registro de ficha clínica en línea**, lo que permite la comunicación entre los actores de la red asistencial, en distintos niveles de atención.

Segunda dimensión: Obstaculizadores para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil:

Corresponden a todas las características y/o factores que las personas entrevistadas mencionaron y que se identificaron como obstaculizadores para eliminación de la transmisión materno infantil.

Se identificaron como categoría de análisis más importante la **Barreras geográficas**, ya que es el principal obstaculizador para el acceso de las prestaciones de salud. Esta característica, está dada no solo por el *difícil acceso* a una comunidad, el cual puede estar dado por ejemplo por un accidente geográfico natural como cordillera, río, entre otros, sino también por *largas distancias* entre una comunidad y el centro de salud. Esto impide que las personas puedan acceder a las prestaciones de salud de forma oportuna o bien, los equipos de salud no pueden acceder a los territorios a brindar atención.

Algunos de sus relatos son:

“Tenemos gestantes de zonas muy alejadas, inaccesibles, porque el país es muy diverso; tenemos las grandes ciudades, también tenemos pueblos pequeños, en donde son muy dispersos, la forma de llegar es compleja” E6-P11

“Se dificulta porque no hay carretera, si tenemos esa dificultad con esa población y en algunas provincias de Boca del Toro y algunos lugares de la provincia de Chiriquí” E7-P5

Otra categoría de análisis **Cultura y creencias** en torno a VIH y sífilis, los cuales en algunas personas podrían actuar como una barrera para la eliminación, ya que pueden ser causales para consultas tardías, inasistencias a controles de salud, no adherir a tratamientos o a las indicaciones dadas por los profesionales, esto tanto por desconocimiento en torno a la enfermedad, por costumbres de la misma comunidad (por ejemplo, comunidades indígenas), por machismo radicados en la convivencia, folclore o cultura popular en torno a las enfermedades.

Se destacan algunos relatos:

“Tenemos zonas indígenas amazónicas, donde a las gestantes, si bien es cierto, logran captarlas, tienen su atención prenatal, su tamizaje, están recibiendo tratamiento y todo, pero la adherencia no es muy buena, porque regresan a sus comunidades y a veces hay una sola colega para poderle hacer el seguimiento, pero finalmente no dejan la lactancia, ¿no?, por un tema cultural también” E6-P12

“Y después tenemos otro grupo de niños, de madres que, por ejemplo, se resisten a recibir la terapia, que son uno o dos casos al año, por temas religiosos también, y que son de la ciudad, pero no quieren recibir, y es un poco el problema” E6-P12

“En estas zonas es súper compleja, super compleja, hay mucha creencia de brujería, de otros remedios, creen en el curandero a veces mucho más que en el sistema, es muy complejo” E6-P12

Una categoría de análisis identificada como obstaculizador es la presencia de algunas **características de vulnerabilidad de gestantes**, las cuales dificultan el acceso a la atención en salud y por tanto, para la eliminación de la transmisión materno infantil, como lo es vivir en una *zona rural o indígena* quienes pueden además sumar el vivir en zonas alejadas a un centro de salud o bien, estar insertar en una comunidad que no favorece el tratamiento de la enfermedad por su propia cultura; **consumidoras de drogas**, quienes sumados a los riesgos médicos por el propio consumo, tienen alta probabilidad de abandonar los controles médicos; otra característica de vulnerabilidad es ser **gestante temporera**, dado que en muchas oportunidades carece de protección social, lo cual puede aumentar la deserción a controles o bien, aumenta el riesgo de abandonar tratamientos a una enfermedad, y por última característica se encuentra la **mujer migrante** en situación irregular, quien por miedo a ser denunciada ante las autoridades, no consulta o bien lo hace en forma tardía.

Algunos relatos fueron:

“Tenemos una brecha importante con la población indígena, la población indígena de nosotros es un régimen especial primero que todo, pero por su cultura digamos que son más reservadas” E2-P9

“Un grupo pequeñísimo de gestantes que bueno, tienen otro tipo de problemas, ¿no?, como temas de drogadicción y eso, digamos que ellas son las que abandonan la atención prenatal o no vienen” E6-P11

“Ahora, por ejemplo, las que vienen en estas recolección del café se les va a hacer un seguimiento a ellas, que no sientan que se les está persiguiendo que migración no las está persiguiendo que tienen el derecho ese bebe y ella a ser protegido por el estado” E14-P13

“El otro problema importante que creo que se da es a veces el miedo de la usuaria al asistir a la consulta si no se está documentada sabiendo que igual se puede atender, pero entonces prefiere que cuando saca un problema ir al Hospital porque se le va a rechazar” E14-P12

Un grupo de personas entrevistadas menciona la **falta de recursos humanos y materiales** para la atención en salud y que podría ser atribuido como una barrera para la eliminación de la transmisión materno infantil, pues por un lado, la **falta de recurso humano** podría deberse a que el recuso profesional está centrado en las zonas urbanas, ya que hay un bajo incentivo a trabajar en la zona rural, lo que produce que en estas zonas haya una alta rotación profesional, el muchas veces no está lo suficientemente capacitado o entrenado en cuanto a las normativas para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis. Lo anterior, produce un alto centralismo profesional aumentando brecha de acceso y demora en la atención especializada de personas que viven fuera de ellas. La otra falta de recurso, es la **falta de recursos materiales**, ya que se reportaron, por ejemplo, falta de pruebas rápidas para la realización de este examen de tamizaje.

Algunos de los relatos fueron:

“Es bastante móvil el personal de salud, no todo el personal de salud es fijo y eterno, puede que renuncie y el que ingrese de nuevo tiene que inmiscuirse sobre la normativa tiene que estar actualizado en cómo se trabaja en este municipio o en otro municipio y como se hace el tratamiento de este, como se hace el seguimiento” E15-P21

”Puede haber dificultad en que los centros de salud no se dan abasto para la totalidad de la población que tenemos, y a veces puede haber esa dificultad en el acceso, pero no hay restricción por nada más”

E12-P3

“La obstetra reconoce sus funciones, las ejecuta, pero a veces el sistema no te da los insumos, entonces a veces no hay pruebas rápidas, a veces no hay los punzones, en fin "N" cosas” E3-P22

“Entonces es eso una gran brecha, el acceso al insumo, el de tener la prueba rápida en el municipio/establecimiento” E16-P4

Una categorías de análisis a destacar es la persistencia del **modelo de salud biomédico – vertical**, curativo y no centrado en la persona, haciéndose mención a *tratos discriminatorios* de parte de algunos profesionales a personas que viven con VIH, y a su vez, ausencia de actividades de promoción y prevención en salud, *escaso control preconcepcional*, que permita tomar las preventivas para evitar la TMI de VIH y sífilis.

Algunos de los relatos fueron:

“La calidad de la atención da mucho que desear, y esa calidad de atención es lo que no le permite a la paciente adherirse al servicio y acudir permanentemente a los controles que le llaman” E13-P10

“En el caso de la madre al hijo igual, si hay estigma y discriminación de los centros de salud principalmente el cual es un factor evidentemente gigantesco en cuanto a daño que le podemos hacer a las personas” E21-P3

“Entonces aquí la prevención muchas veces queda un poquito olvidada, la prevención y la promoción” E17-17

“La consulta preconcepcional como tal no está incorporada en el país, hay una clínica donde hay esfuerzos en algunos lugares” E14-P4

Algunas personas entrevistas mencionaron algunos aspectos locales que pueden estar actuando como barrera para la eliminación, como lo es una política no adecuada a la realidad local, como falta de protocolos para la toma de decisiones locales.

“Ninguna de las gestiones anteriores ha podido reorganizar digamos el ministerio acorde a la realidad de la salud del país. Simplemente han ido reestructurando algunos programas, pero no haciendo una reingeniería del ministerio para responder al sistema que se necesita y esto genero muchas brechas” E16-P4

“En cuanto al VIH no existe la guía con respecto a la trasmisión al feto de una guía única, sino que derivamos de dos guías donde una corresponde a la guía de

enfermedades infecciosas de salud sexual y la otra de complicaciones del embarazo”
E2-P7

Tercera dimensión: Rol de la matronería para la eliminación de la transmisión materno-infantil:

Corresponden a actividades identificadas por las personas entrevistadas enmarcadas en el rol de la matronería en la eliminación de la transmisión materno infantil. Entre ellas se destaca la categoría de análisis **Seguimiento de casos**, ya que sería el profesional que realiza las actividades de seguimiento de los casos, es decir, vigilancia que se realiza a cada persona que está diagnosticada y siendo tratada para una de las patologías. Además, dentro de las actividades mencionadas por un grupo de personas entrevistadas se encuentra el **tamizaje y tratamiento de casos**, esto último logrado bajo presión de sindicatos, ya que existiría en algunos países resistencia médica, ya que la indicación de antibióticos no es competencia de la matronería.

Estos son algunos relatos:

“Tenemos un registro de atención y seguimiento a gestantes con VIH, sífilis y hepatitis, tanto de la madre como del niño, entonces las colegas en cada establecimiento tienen ese registro de seguimiento de la cohorte completa digamos”
E6-P10

“Hay una colega en cada establecimiento que da tratamiento, que es como la responsable de esa gestante, y ella se pierde digamos, no regresa o no llega, inmediatamente dan la alerta a la dirección de salud” E6-P10

Otra categoría de análisis en el caso del rol de la matronería es la **Consejería y Educación**, las cuales son actividades de orientación y entrega de conocimiento a la gestante y su pareja en el embarazo con el fin de realizar exámenes de pesquisa y tratamientos oportunos según resultado. Estas actividades pueden ser realizadas *dentro del box* de atención o bien *dentro de la comunidad*.

Algunos relatos son:

“La educación que uno le brinde a esa mujer de la importancia que tiene el tratamiento, y la educación, ¿sabes en qué me parece?, sobre todo en mujeres no gestantes, bueno en gestantes también, pero es como la educación en la prevención de esa enfermedad” E1-P8

“Parteras, y unas de las competencias bueno, es la educación en la promoción y prevención en salud. Creo que de hecho, lo que más hacemos en Uruguay a veces, es más la educación que capaz que la asistencia de un parto” E1-P11

“El protagonismo que tienen las obstetras en relación a la comunidad y el primer nivel de atención y la sensibilidad, el humanismo y todas esas llegadas que tienen a las pacientes ha tenido su efecto” E3-P5

Categoría: Pesquisa y auditoría de casos

Una persona entrevistada hizo referencia a la actividad de auditoría que desarrolla como parte del rol profesional, cuyo objetivo es conocer la causa en caso que haya un caso de TMI y mejorar el proceso.

Este fue su relato:

“Cada niño que sale infectado lo investigamos operativamente para conocer los procesos, qué pasó, dónde se falló, si hubo una mala referencia, si no hubo un acompañamiento adecuado” E6-P10

Cuarta dimensión: Desafíos para la eliminación de la transmisión materno infantil

Corresponden a los retos que deben enfrentar los países para la eliminación de la transmisión materno infantil de acuerdo al relato de las personas entrevistadas como

Se identificaron las siguientes categorías: **Avanzar en la promoción y prevención**, como una necesidad de avanzar al aumento de actividades a través del aumento de control preconcepcional, y la educación a la población desde edades tempranas en torno a educación sexual

“Creo que es el seguimiento que se tiene que hacer adecuado en la etapa preconcepcional, que primero tenemos que detectar si los problemas se dieron en el embarazo o se están dando. El acceso a una consulta preconcepcional para preparar a la usuaria y su familia es fundamental” E14-P12

“En eso estamos trabajando fuertemente las obstétricas, por eso cuando llega una obstétrica al centro de salud de primer nivel de atención no quieren que se vaya, porque la obstétrica va a la escuela, se junta con las madres, porque da charlas con el pediatra, ¿entiendes?” E17-P18

Por último, se identifica la categoría de análisis **Normativas adaptadas a realidad local**, de manera que puedan dar respuesta real a las necesidades locales, en especial, para la comunidad de zonas de difícil acceso, entre ello se identifica el *descentralismo profesional* como un desafío a alcanzar, de aumentar la presencia de profesionales a zonas alejadas o difícil acceso.

Algunos de los relatos son:

“Un protocolo que es más urbano digamos, donde no contemplaba estas particularidades culturales, entonces a raíz de eso sacamos una norma... un poco para adaptar a las zonas, pero la mayoría son de zonas selva, de estas comunidades donde las condiciones justamente son complejas para el acceso, para el monitoreo, la adherencia y todo el cumplimiento del protocolo” E6-P12

“Esperamos sacar un nuevo plan, con intervenciones más específicas, más localizadas, porque como te decía, nuestra tasa de transmisión materno-infantil está mayormente en las zonas selva por ejemplo” E6-P14

“Pienso que el problema es un poco más estructural porque si ahorita mismo con las condiciones que tenemos, los médicos de los municipios pudieran llegar a las poblaciones indígenas con más efectividad, pudieran coordinar o hacer una mejor gestión en salud con las autoridades indígenas podrían llegar a tener buen acceso y cobertura” E16-P10

Cuadro 7. Esquema de Dimensiones, Categorías y Subcategorías de análisis cualitativo

Dimensión: Facilitadores para la Eliminación	
Categoría	Subcategoría
Acercamiento de prestaciones a zonas alejadas	Actividades ejecutadas por matronas y/u otros profesionales Actividades realizadas por agentes sanitarios o promotores de salud
Características positivas de Sistema de Salud	Organización de la red de salud Responsables técnicos territoriales Universalidad Acceso al Sistema de Salud Atención gratuita o de bajo costo
Acceso a prestaciones durante la gestación	Acceso a control prenatal precoz Acceso a exámenes de pesquisa Acceso a tratamiento oportunos Derivación a especialidad en caso necesario
Calidad en la atención para la eliminación	Presencia de normativa ETMI Equipos capacitados
Incorporación de parejas en la atención	Para realización de diagnóstico Tratamientos oportunos
Apoyo de organizaciones internacionales	Para compra de insumos Para contratación de profesionales
Existencia ficha clínica en línea	Para registro único digital
Dimensión: Obstaculizadores para la Eliminación	
Categoría	Subcategoría
Barreras geográficas	Zonas de difícil acceso hacia la comunidad Larga distancia entre el centro de salud y la comunidad

Cultura y creencia	<p>Costumbres en torno a la enfermedad</p> <p>Creencias o conocimiento errados respecto a las enfermedades</p> <p>Religión</p>
Características de vulnerabilidad de las gestantes	<p>Gestante rural o de origen indígena</p> <p>Gestante con consumo de drogas</p> <p>Gestante temporera</p> <p>Gestante migrante</p> <p>Gestante en situación de pobreza</p>
Falta de recursos para la atención	<p>Falta recursos humanos para la atención</p> <p>Centralismo atención especializada</p> <p>Falta recursos materiales para la atención</p> <p>Concentración profesional en zona urbana</p> <p>Demora acceso a la atención especializada</p>
Modelo de salud biomédico - vertical	<p>Atención profesional con discriminación</p> <p>Prestaciones de salud de carácter curativo</p> <p>Falta de atención preconcepcional</p>
Políticas no adecuadas a la realidad local	Falta de protocolos para la toma de decisiones locales

Dimensión: Rol de la Matronería para la Eliminación

Categoría	Subcategoría
Seguimiento de casos	Para tratamiento y contactos
Consejería y educación	Dentro y fuera del box de atención
Tamizaje y tratamiento de casos	
Pesquisa y auditoría de casos	Como mejora de los procesos

Dimensión: Desafíos para la Eliminación

Categoría	Subcategoría
Avanzar a la promoción y prevención	<p>Aumentar consultas preconcepcionales</p> <p>Actividades de educación sexual</p>
Normativas adaptadas a realidad local	Descentralismo profesional

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN

4. DISCUSIÓN

4.1 Interpretación de resultados

En general se observa una disminución de los valores en las tasas de TMI del VIH con variaciones importantes entre año y año, pero haciendo poco posible una tendencia sostenida de la reducción de los casos de la TMI, con excepción de pocos países de la región. La forma de evolución que adquieren las curvas de las tasas de transmisión materno infantil del VIH en el periodo 2013-2019, son no lineales y las curvas estimadas en este estudio representan la tendencia general en que estas tasas se manifiestan en tiempo.

En relación a la TMI de sífilis, todos los países de América del Sur tienden a aumentar las tasas, a excepción de Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay que tiende a disminuir. En general, los países estudiados muestran un comportamiento similar de las tasas en el tiempo, con excepción de Brasil que alcanza valores superiores al resto de los países. Según un estudio ecológico realizado en una de las zonas más grandes de la selva brasileña, con las más altas tasas de TMI de VIH, también puede responder a la dificultades de acceso a los servicios sanitarios por la extensión del territorio (43).

En las políticas públicas en los países estudiados, en general, se han implementado diversas estrategias para mejorar el acceso de las gestantes al tamizaje de VIH y sífilis, y la entrega de tratamiento correspondiente, siendo la detección precoz en gestantes un pilar importante para la prevención de transmisión materno-infantil, conjuntamente con la atención prenatal. Una alternativa estudiada en términos de costo – beneficio durante el embarazo ha sido el uso de la prueba rápida de VIH y sífilis (44), la cual podría contribuir a mejorar el acceso al diagnóstico.

Esta mejora en las políticas públicas podrían haber contribuido en la disminución de la tasas de TMI del VIH en los países del continente, pero que probablemente no están siendo de alcance de todas las gestantes o niños de los países del continente. Esto es sugerido además en un estudio publicado en el año 2019 (45), da cuenta que si bien la mayoría de los países

del continente americano tienen normativas para la eliminación de la sífilis congénita, se debe trabajar en las inequidades para la toma de decisiones.

Lo anterior, podría encontrar respuesta en características distintas a la clasificación económica de los países, que si bien, está asociada al avance en la meta de eliminación tanto de VIH como sífilis, los países con clasificación económica alta, por ejemplo, no han logrado validar la eliminación de la transmisión materno-infantil de ninguna de ellas.

Otro aspecto a considerar, podría ser la distribución económica de los países del continente, como por ejemplo, los indicadores de desigualdad, los cuales podría dar cuenta de la inequidad presente en la región y que por lo tanto, las normativas no están elaboradas en base a las múltiples realidades de cada territorio subnacional, por lo que su ejecución se realiza con las dificultades subyacentes.

La distribución económica desigual de un país podría impactar en los indicadores de salud de la población, y en este caso, a la tasa de transmisión materno-infantil de VIH y de sífilis, no sólo por las condiciones y calidad de vida de las personas que viven en él, sino también por los servicios que reciben o a los que pueden acceder.

En las entrevistas realizadas, en donde los obstaculizadores identificados para la lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y sífilis se referían a determinantes sociales tales como barreras geográficas, con zonas de difícil acceso o largas distancias para llegar a servicios de salud:

Otra determinante social identificada como barrera para la eliminación está referida a características de vulnerabilidad de gestantes como lo es aquella mujer que vive en zona rural o indígena, que consume drogas, que realiza trabajos de temporera, es migrante o que vive en situación de pobreza, en donde además, se identifican creencias y culturas que profundizan una visión de salud sin enfoque de género, dificultando aún más el acceso de la mujer a servicios de salud o bien, siendo expuesta por sus pareja a infecciones o reinfecciones por resistencia al tratamiento.

Lo anterior, además se ve profundizado con características comunes del sistema de salud de la mayoría de los países de la región, como lo es el centralismo de la atención especializada, la cual está concentrada en la zona urbana o demora en el acceso a la atención especializada, además, de la permanencia de un modelo de salud biomédico, vertical, con escasez de prestaciones de promoción y prevención en salud, en particular, de infecciones de transmisión sexual como VIH y sífilis.

En partir, es necesario hacer mención a migración masiva de la población entre países de Sudamérica, siendo principalmente los países con mayor emigración Venezuela y con mayor recepción de migrantes Colombia y Perú, seguidos por Ecuador y Chile (43), lo que podría influir en la evolución de las cifras de las tasas TMI del VIH y sífilis de los países y por ende, su meta de eliminación .

Uno de los desafíos de los países serán entonces poder superar estas dificultades para avanzar en la eliminación de la TMI de VIH y sífilis, y para ello, considerar los aspectos que se identificaron como facilitadores, como lo es la universalidad de acceso del sistema de salud de cada país, el acercamiento de las prestaciones a zonas alejadas a través de profesionales y técnicos de la salud y el apoyo de organizaciones internacionales, la cuales aportan ante la escasez de recursos humanos y materiales.

Para ello, es esencial avanzar a un modelo de salud no biomédico, centrado en la comunidad, con actividades de promoción y prevención en salud, y con normativas adaptadas a la diversidad de la población, considerando sus determinantes sociales. En ese sentido, es necesario un trabajo multidisciplinario en la construcción de las normativas locales que permitan un abordaje sistémico e integral a la problemática de la eliminación de la TMI de VIH y sífilis.

Es importante tomar en cuenta para futuras evaluaciones, la pandemia del coronavirus que inició en el año 2020 y que ha afectado a los países a nivel global, obligando a los países a focalizar sus esfuerzos sanitarios para contenerla.

4.2 Limitaciones y fortalezas del estudio

Las limitaciones de este estudio que se pueden mencionar son las siguientes:

Respecto al acceso de datos para la construcción de las tasas de TMI de VIH y sífilis, hubo dificultades para acceder a información oficial, no logrando acceder a la de 2 países latinoamericanos de la región sudamericana (Ecuador y Venezuela). En cuanto al porcentaje de transmisión vertical de VIH no se pudo obtener información de 4 países latinoamericanos de Sudamérica, en particular Argentina, se informó que no fue posible construir el indicador para los periodos 2018 y 2019. Por otro lado, la estimación de curvas ajustadas a los datos observados, en estudios de regresión, son más exactas en la medida que el número de estos sean más grandes. Consecuentemente, la estimación realizada de las curvas en este estudio tiene el sesgo de haberse realizado en pocos años. Por lo tanto, se debe considerar estos tipos de curvas como una aproximación a la forma de la curva de las tasas estudiadas en los países analizados, así como en América del Sur.

En relación al estudio de las normativas de eliminación de TMI de VIH y sífilis de países del continente americano, si bien se accedió a la información de 26 países, hubiese sido favorable acceder a la totalidad de ellas.

Por otro lado, es importante señalar que el contexto sanitario por la pandemia COVID-19 hizo más dificultoso el acercamiento y contacto a las personas participantes de las entrevistas realizadas en el estudio cualitativo, debido a que su quehacer estaba concentrado en esta contingencia.

Dentro de las fortalezas de este estudio, se encuentran las posibilidad de recoger información de las normativas de gran cantidad de países del continente americano a través de sus sitios web o bien a través de sus referentes ministeriales para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis.

Otra fortaleza a destacar fue la posibilidad de generar redes de contactos de profesionales matronas/matrones a través de organizaciones nacionales a internaciones que permitieron llegar a las personas que cumplían con los criterios de inclusión del estudio cualitativo.

4.3 Aplicabilidad

Dada la globalidad de los datos recogidos en este estudio, éste puede ser aplicable para formular propuestas no solo a nivel de la región latinoamericana, sino también a nivel global, en tanto sus resultados pueden ser extrapolables a otras realidades de la región, o bien, a nivel nacional o subnacional, con una mirada multidisciplinaria.

4.4 Líneas de investigación

Se sugieren nuevas investigaciones que puedan profundizar las determinantes sociales que influyen en estos indicadores de salud en la problemática, con una mirada global multidisciplinaria y aplicada a las realidades subnacionales.

Además, con este estudio se hace necesario continuar investigaciones que puedan estar centradas en la mujer que vivió esta problemática, de manera de poder generar políticas o planes de mejoras que den cuenta de su percepción respecto a los factores que incidieron en la TMI de VIH o sífilis.

Por último, y dado que este estudio se realizó durante la pandemia COVID-19, será necesario evaluar el impacto de esta contingencia sanitaria en los indicadores de la eliminación de la TMI, dado que durante este periodo los equipos de salud estuvieron centrados principalmente en superarla y la población por su parte, se mantuvo más alejada de los centros de salud.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede concluir que la evolución de la tasa de transmisión materno-infantil de VIH en la mayoría de los países ha disminuido en el periodo estudiado, y por el contrario y la tasa de transmisión materno-infantil de la sífilis ha aumentado en los países de Sudamérica en el periodo 2013 – 2019.
2. Existe asociación entre el cumplimiento de la meta de eliminación materno-infantil de VIH y Sífilis, con la clasificación económica de los países estudiados
3. Del total de intervenciones propuestas para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis, la mayoría de los países las declara en sus normativas tanto para las etapas de Adolescencia y previa al embarazo, periodo prenatal, periodo perinatal, periodo postnatal materno y postnatal lactante.
4. Respecto a las intervenciones declaradas para la etapa **Adolescencia y previa al embarazo**, existe asociación con la clasificación económica de los países en las siguientes medidas: “campañas de información, educación y comunicación dentro de la iniciativa ETMI-plus en relación con la prevención de infecciones” y “Planificación familiar, facilitando el acceso a adolescentes de ambos sexos”
5. Existe asociación de las intervenciones declaradas por los países para el **Periodo Prenatal** con la clasificación económica de los países con la siguientes medidas: “manejo del embarazo planificado”, “Tamizaje serológico sistemático para la detección de la infección por el VIH y Sífilis”, “Tratamiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección por el VIH y Sífilis” y “seguimiento de las embarazadas con resultados serológicos que indiquen infección por el VIH”.

6. No existe relación de las intervenciones propuestas para **Periodo Perinatal**: “Recién nacidos de madres infectadas por el VIH: profilaxis doble (zidovudina dos veces al día o neviraparina una vez al día) con la clasificación económica de los países
7. De las dos intervenciones para el **Periodo Postnatal Materno**, solo se asocia a la clasificación económica la declaración de la intervención “Acceso fácil a servicios de planificación familiar después del parto”
8. De las intervenciones declaradas por los países para el **Periodo Postnatal Lactante**, se encontró asociación con la clasificación económica para la medida “Prueba serológica (de diagnóstico rápido) para la detección del VIH a los nueve meses de edad en lactantes expuestos al VIH” y “Atención integral de los niños infectados por el VIH”
9. A través del análisis cualitativo se concluye que uno de los facilitadores identificados para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis se encuentra el acercamiento de las prestaciones de salud a zonas alejadas, las características del sistema de salud en tanto ofrece acceso universal, la atención a la gestante gratuita con controles, exámenes de pesquisa, tratamiento y derivación a la especialidad; además de la incorporación de la pareja en la atención de salud, el apoyo de organizaciones internacionales y elementos de apoyo a la atención como lo es tener una ficha clínica en línea.
10. Además a través del análisis cualitativo se concluye como elementos obstaculizadores para la eliminación de la TMI de VIH y sífilis en los países, como lo es políticas no adecuadas a la realidad local, que consideren además las barreras geográficas tanto por su acceso difícil como larga distancia a los servicios de salud, las culturas y creencias locales que pueden llevar a conductas y conocimientos errados para avanzar en la eliminación de la TMI, además de las condiciones de vulnerabilidad de mujeres como lo es consumo de drogas, tipos de trabajo que ejerce migrante, o en situación de pobreza, falta de recursos de materiales y recursos materiales, centralismo en atención especializada, lo cual atrasa un diagnóstico oportuno.

11. Se concluye que uno de los principales desafíos será avanzar hacia un modelos de salud biopsicosocial con énfasis en la promoción y prevención en salud para quienes toman las decisiones en políticas públicas de salud respecto a esta materia, realizar un abordaje integral, multidisciplinario, tanto en la construcción de las normativas como en ejecución de ellas en cada territorio, con respeto a la diversidad cultural local.

12. En relación a las implicancias para la práctica, a un nivel más estratégico, para los hacedores de políticas públicas y toma de decisiones, se sugiere que deben considerar los elementos del escenario local de cada país de manera que las acciones que de cada una de las políticas que se desprendan puedan estar en sintonía a las necesidades de la población de acuerdo a su realidad local. A un nivel más operativo, se sugiere acercar las prestaciones de salud a las zonas más alejadas, vulnerables o con mayores características de inequidad, de manera de propiciar el acceso a un diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno, que permita avanzar a la eliminación de la TMI en los países del continente americano.

CAPÍTULO 6: BIBLIOGRAFÍA

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Panamerican Health Organization. New generations free of HIV, Syphilis, Hepatitis B and Chagas disease in the Americas. WDC: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
2. Caffè S, Pérez F, Kamb ML, Gómez Ponce de León R, Alonso M, Midy R, et al. Cuba Validated as the First Country to Eliminate Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Congenital Syphilis. *Sex Transm Dis* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 22 de septiembre de 2018];43(12):733-6. Disponible en: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007435-201612000-00003>
3. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones Mundiales sobre los Criterios y Proceso para la Validación de la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y Sífilis. 2015;
4. Eke AC, Eleje GU, Eke UA, Xia Y, Liu J. Hepatitis B immunoglobulin during pregnancy for prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 11 de febrero de 2017 [citado 28 de agosto de 2019];(2). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008545.pub2>
5. Cevallos AM, Hernández R. Chagas' Disease: Pregnancy and Congenital Transmission. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014 [citado 22 de septiembre de 2018];2014:1-10. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/401864/>
6. Organización Panamericana de la Salud. Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. 2017; Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>
7. WHO. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016 - 2021. *Ops* [Internet]. 2008;16.09:1-38. Disponible en:

[https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN NACIONAL DE SS Y SR 2017-2021.pdf](https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN_NACIONAL_DE_SS_Y_SR_2017-2021.pdf)

8. Naciones Unidas. Salud - Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado 26 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
9. BANCO MUNDIAL. Nueva clasificación de los países según el nivel de ingreso para el periodo 2018-19 [Internet]. [citado 24 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/opedata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingreso-para-el-periodo-2018-19>
10. Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios observacionales con diseños transversal y ecológico. *Medwave*. 2019;19(8):e7698.
11. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina. Prevención de la Transmisión Perinatal de Sífilis, Hepatitis B y VIH. 2016;
12. Ministry of Health Commonwealth of Bahamas. National HIV and AIDS Strategic Plan. 2016;1-8. Disponible en: [http://www.ghan aids.gov.gh/gac1/pubs/EXPRESSION OF INTEREST SUB PROJECT.pdf](http://www.ghan aids.gov.gh/gac1/pubs/EXPRESSION_OF_INTEREST_SUB_PROJECT.pdf)
13. Ministry of Health of Barbados. Policy Document on The Prevention of Mother-to-child transmission of HIV in Barbados. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2003;123(15):2029-32.
14. Ministry of Health of Belize. National HIV Treatment Guidelines. 2012;
15. Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia. Guía para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Vol. 353, Ministerio de salud. 2014.
16. Ministerio da Saúde Brazil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1°. 2019.
17. Government of Canada. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections - Canada.ca [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines.html>

18. Health Canada of the Government of Canada. Oficial Web Site Health Canada. 2019.
19. Ministerio de Salud de Chile. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis [Internet]. Vol. 30, Rev Chilena Infectol. 2013. 259-302 p. Disponible en: www.sochinf.cl
20. Ministerio de Protección Social de Colombia. Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita. 2011.
21. Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de VIH y Sida. J Chem Inf Model. 2007;1689-99.
22. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/SIDA, 2014-2018 [Internet]. 2013. Disponible en: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/cuba-plan-estrategico-its_vih_sida-2014_2018.pdf
23. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Manual de Procedimientos para la Atención de Grupos priorizados (mujer) dirigido a Médicos y Enfermeras (os) de la Familia [Internet]. 2011. Disponible en: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-710677>
24. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Guía de Prevención y Control de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita, y de Atención Integral de Niños/as con VIH/SIDA. 2013.
25. Ministerio de Salud, Gobierno de El Salvador. Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv>
26. Department of Health and Human Services of United States. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. 2017; Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/0Ahttp://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
27. Department of Health and Human Services of United States. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2015.

28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República de Guatemala. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. 2018.
29. República de Haití. Ministerio de Salud Pública y Población de Haití. 2019.
30. Secretaria de Salud de Honduras. Normas Nacionales Para la Atención Materno-Neonatal. 2010.
31. Secretaría de Salud de Honduras. Normas de Atención Integral a la Embarazada para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo o Hija. 2008.
32. Gobierno Federal de México. Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Sífilis Congénita en el Primero y Segundo Nivel de Atención. 2011.
33. Ministerio de Salud de Panamá. Normas para el Manejo Terapéutico de las Personas con VIH en la República de Panamá. 2007;
34. Ministerio de Salud de Panamá. Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en Panamá. 2014.
35. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Programa Nacional de Control VIH, ITS, SIDA. 2019.
36. Ministerio de Salud de Perú. Norma Técnica de Eliminación Transmisión Materno Infantil VIH, Sífilis y Hepatitis B. 2019;
37. Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. 2012.
38. Ministry of Health. UNGASS COUNTRY PROGRESS REPORT Trinidad and Tobago. 2010;(December 2009). Disponible en: <http://www.health.gov.tt/sitepages/default.aspx?id=224>
39. Ministerio de Salud de Uruguay. Situación de Sífilis Congénita y TV de VIH. 2015.
40. Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Guía Nacional para la Prevención del VIH SIDA ITS. Caracas; 2011.
41. Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Guia de Tratamiento Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA en Venezuela [Internet]. 5°. 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47499/pdf/TOC.pdf>
42. Schreier M. The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis. 2014.

43. Quadros Santos MM, Gomes do Carmo BA, Barbosa Rodrigues T, Leite Dias BR, Abreu Martins C, Oliveira Naiff Ferreira GR, et al. Spatial variability of mother-to-child human immunodeficiency virus transmission in a province in the Brazilian Rainforest: An ecological study. *Geospat Health*. 29 de noviembre de 2022;17(2).
44. Bristow CC, Larson E, Anderson LJ, Klausner JD. Cost-effectiveness of HIV and syphilis antenatal screening: A modelling study. *Sex Transm Infect*. 1 de agosto de 2016;92(5):340-6.
45. Silveira MF, Ponce de Leon RG, Becerra F, Serruya SJ. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: A multicountry analysis. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2019;43.
46. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Estrategia de Monitoreo Regional [Internet]. 3ed ed. WDC: Paho; 2013. 82 p. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31365/9789275318126-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Henquin R. Epidemiología y Estadística para Principiantes. Corpus, editor. Buenos Aires; 2013.
48. Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios observacionales con diseños transversal y ecológico. *Medwave*. 25 de septiembre de 2019;19(8):e7698.
49. Ministerio de Salud Argentina. Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. Ministerio de Salud. Argentina. 2021. Disponible en: [moz-extension://ec742deb-1097-2d48-af26-b67da2718cf4/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fbancos.salud.gob.ar%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2020-11%2FBoletin%20VIH%202020%20final%20V2.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Boletin%20VIH%202020%20final%20V2.pdf)
50. Bassi MA, Lopez MA, Confalone L, Gaudio RM, Lombardo L, Lauritano D. Ensuring a Public Health Impact of Programs to Reduce HIV Transmission From Mothers to

- Infants: The Place of Voluntary Counseling and Testing. *Am J Public Health*. 2002;3(92):347-51.
51. McGowan JP, Shah SS. Prevention of perinatal HIV transmission during pregnancy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* [Internet]. 1 de noviembre de 2000 [citado 31 de mayo de 2022];46(5):657-68. Disponible en: <https://academic.oup.com/jac/article/46/5/657/668571>
 52. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2017 [Internet]. Primera Ed. Ginebra, Suiza; 2017. 1-65 p. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf
 53. World Health Organization. Prevención de la Infección por VIH bajo la Lupa. Vol. 59. WDC; 2017.
 54. Organización Panamericana de la Salud. Dominica celebra la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la sífilis. 2021.
 55. Organización Naciones Unidas. Informe sobre las migraciones en el mundo 2020. Oficina Internacional para las Migraciones. Ginebra, Suiza; 2019. 528 p.

CAPÍTULO 7: ANEXOS

7. ANEXOS

Anexo 1: Informe de la Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana

 Universitat Autònoma de Barcelona Vicerektorat d'Investigació	
Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH) Universitat Autònoma de Barcelona 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)	
La Comisión de Ética en la Experimentación Animal y Humana (CEEAH) de la Universitat Autònoma de Barcelona, reunida el día 29-05-2020 , acuerda informar favorablemente el proyecto con número de referència CEEAH 5152 y que tiene por título " ELIMINACION DE LA TRANSMISION MATERNO INFANTIL DE VIH, SIFILIS, HEPATITIS B Y ENFERMEDAD CHAGAS EN EL CONTINENTE AMERICANO " presentado por Ingrid Cecilia Vargas Stevenson	
Elaborado: Nombre: Nuria Perez Pastor Cargo: Secretària de la CEEA de la UAB Fecha:  2020.06.03 <small>Universitat Autònoma de Barcelona</small> <small>Signat digitalment per:</small> 14:06:49 <small>Núria Pérez Pastor</small> <small>Secretària de la CEEAH</small> <small>Comissió d'Ètica en Experimentació Animal i Humana</small> +02'00'	Aprovado: Nombre: José Luis Molina González Cargo: President de la CEEAH de la UAB Fecha:  2020.06.03 <small>Universitat Autònoma de Barcelona</small> <small>Signat digitalment per:</small> 15:18:41 <small>José Luis Molina</small> <small>President of the Ethics Committee (CEEAH)</small> <small>www.uab.cat/etica-reerca</small> +02'00'

Anexo 2: Consentimiento Informado Aprobado por la Comisión de Ética y Experimentación Animal y Humana de la Universidad Autónoma de Barcelona

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE INVESTIGACIÓN: ELIMINACION DE LA TRANSMISION MATERNO INFANTIL DE VIH Y SIFILIS EN EL CONTINENTE AMERICANO

Por favor, lea cuidadosamente este documento de consentimiento antes de decidirse a participar en este estudio.

Usted ha sido elegido por ser matrona o matró n u otro profesional de la salud con más de 3 años de ejercicio profesional y su ámbito laboral se relaciona con la temática del estudio. El investigador principal es Ana María Silva y la coinvestigadora es Ingrid Vargas Stevenson

.

Para que usted pueda tomar una decisión informada, se le explicará a continuación los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su participación:

1. El propósito de este estudio es analizar la implementación de las orientaciones de la OMS/OPS para la eliminación de la trasmisión materno – infantil de VIH y sífilis en los países del continente americano.
2. Su participación es voluntaria. Se le realizará una entrevista en profundidad en relación a las características o factores sociales, culturales o propios del sistema sanitario de su país para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH, Sífilis, Chagas y Hepatitis B.

3. La entrevista tiene una duración de 30 a 60 minutos aproximadamente.
4. No existen no riesgos posibles o molestias previstos en su participación.
5. Los beneficios de la investigación son aportar al conocimiento nuevo, que permita saber los factores sociales, culturales o propios del sistema sanitario de cada país relacionados con la eliminación de la transmisión materno infantil, contribuir a la toma decisiones para la implementación de esta política pública en cada uno de los países del continente, así como también, compartir experiencias exitosas de países con realidades económicas similares y al diseño de normativas y protocolos que consideren los contextos sociales, culturales y sanitarios de los países del continente.
6. Los gastos de este estudio los asumirán las investigadoras. No recibirá dinero por concepto de pago por su participación en el estudio. Los investigadores no recibirán algún pago por realizar la investigación.
7. Usted como participante tiene derecho a:
 - a. A manifestar sus dudas al investigador en cualquier momento, y en caso de que requiera aclaraciones respecto a la investigación podrá contactar con Ana María Silva, mail: anamaria.silva@uv.cl
 - b. Tiene el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones y sin consecuencias negativas, sólo tienes que comunicar por cualquier medio Aparte de eso, si así lo deseas, puedes ejercer tus derechos reconocidos por el Reglamento Europeo de Protección de Datos Personales sobre el fichero de datos legalizado de este proyecto CEEAH 5152, dirigiéndose a DRA. ANA MARÍA SILVA (anamaria.silva@uv.cl) con su solicitud y fotocopia del DNI. En cualquier caso recibirás una respuesta por escrito de la acción realizada en el plazo establecido legalmente.

c. A recibir información relevante derivada de la investigación que lo pueda beneficiar o hacer cambiar su opinión respecto de su participación.

8. Si decide participar, su identidad se mantendrá confidencial y sólo los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a los datos del proyecto. Si fuera el caso de que tuvieran que presentar casos de estudio, se utilizarían siempre seudónimos.

9. Este consentimiento informado se mantendrá en un lugar seguro por parte de los investigadores principales y se destruirá al cabo de 5 años una vez finalizada la investigación. Cuando el estudio se haya completado y se hayan analizado los datos, toda la base de datos será anonimizada y puesta a disposición del resto de investigadores / as interesados / as.

10. Los datos de la investigación serán puestas a disposición de otros investigadores / as de forma anonimizada una vez transcurridos 5 años a partir de la finalización del proyecto. Los identificadores personales serán destruidos.

11. Grabaciones:

__Estoy de acuerdo que se grabe (audio / vídeo) la entrevista con objetivos de investigación.

__Autorizo que se hagan citas literales de mis intervenciones sin mencionar mi nombre / reproduzcan en audio / vídeo intervenciones mis sin mencionar mi nombre.

__Autorizo uso de mis intervenciones de audio y vídeo para fines de divulgación científica, siempre y cuando se articulen mecanismos para preservar mi privacidad.

12. En caso de duda o consulta se puede contactar con: Ana María Silva (anamaria.silva@uv.cl) o con Ingrid Vargas, co investigadora (Ingrid.vargas@uv.cl)

• He leído la información sobre el proyecto de investigación y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las que se me han respondido satisfactoriamente.

- Entiendo que la información anonimizada (sin identificadores personales) de este proyecto será puesta a disposición de otros investigadores / as un tiempo después de finalizado el proyecto.
- Estoy de acuerdo en participar y he recibido una copia de este consentimiento.

Nombre y Apellido del participante:

Firma _____

Fecha: _____

Investigador / a:

Firma _____

Fecha: _____

Anexo 3. Estudio Cualitativo: Cuadro de organización de relatos según dimensión

Cuadro 8. Organización de relatos según dimensión

Dimensión: Obstaculizadores para la eliminación
Categoría: Políticas no adecuadas a realidad local
<p>“Ninguna de las gestiones anteriores ha podido reorganizar digamos el ministerio acorde a la realidad de la salud de Bolivia. Simplemente han ido reestructurando algunos programas, pero no haciendo una reingeniería del ministerio para responder al sistema que se necesita y esto genero muchas brechas” E16-P4</p> <p>“Tampoco ellos han llegado a desarrollar protocolos para los pueblos indígenas, eso ha quedado un poco truncado y otro punto esa esta ley de autonomía que te mencionaba, cuando un pueblo indígena digamos quiere declararse una entidad territorial autónoma, es decir, quiere tener su propia administración como nación indígena porque ahorita los pueblos indígenas están aquí digamos, esto es parte de un municipio y aquí el que tiene tuición sobre cualquier cosa es el alcalde del municipio” E16-P10</p> <p>“Solamente aquellas autonomías indígenas que han logrado convertirse como en un municipio más, ellos si pueden digamos sacar normas y protocolos ya que la ley les permite generar sus propios sistemas de información” E16-P10</p> <p>“En cuanto al VIH no existe la guía con respecto a la trasmisión al feto de una guía única, sino que derivamos de dos guías donde una corresponde a la guía de enfermedades infecciosas de salud sexual y la otra de complicaciones del embarazo” E2-P7</p>
Categoría: Brecha de capacitación
<p>“Otro tema relacionado es la brecha es la capacidad del personal de salud en VIH y sífilis si ha habido bastante capacitación, en el caso de Chagas bueno hay algunos municipios que tienen</p>

dentro de los municipios endémicos que digamos que tienen una unidad especializada de Chagas que ha sido apoyada por la cooperación española sino me equivoco, pero no son todos los municipios, sino que son muy pocos” E16-10

Categoría: Alta demanda de atención

“Puede haber dificultad en que los centros de salud no se dan abasto para la totalidad de la población que tenemos, y a veces puede haber esa dificultad en el acceso, pero no hay restricción por nada más” E12-P3

Categoría: Falta de Recursos Humanos y Materiales

“Es bastante móvil el personal de salud, no todo el personal de salud es fijo y eterno, puede que renuncie y el que ingrese de nuevo tiene que inmiscuirse sobre la normativa tiene que estar actualizado en cómo se trabaja en este municipio o en otro municipio y como se hace el tratamiento de este, como se hace el seguimiento” E15-P21

“Los municipios también son autónomos por lo que ellos deciden cuánto dinero invertir para la contratación de recursos humanos y cuánto va a ser el salario, entonces va más ahí, muchas veces no les conviene el monto que están ganando mensualmente entonces buscan otras opciones” E15-P21

“No todos los municipios priorizan al 100% las necesidades de salud y de los recursos humanos que deben tener en su municipio para cubrir todas las necesidades que hay en la población” E15-P21

“Entonces es eso una gran brecha, el acceso al insumo, el de tener la prueba rápida en el municipio/establecimiento” E16-P4

“Pongan a más personas a cargo porque una persona para hacerse cargo de cinco componentes como salud materna, vigilancia epidemiológica, control prenatal, atención del parto, calidad, etc., no puede abastecerse” E16-P4

“Mira aquí la cobertura de las matronas es baja digamos, no hay muchas en el sistema. Actualmente deben estar unas cincuenta o unos pocos menos insertos en el sistema. Es bajo, tenemos 339 municipios, creo que un poco más incluyendo unas autonomías indígenas” E16-P6

“El tema es gestión en salud porque el marco normativo está ahí, tienen autonomía y plata. Lo único que falta es gestión y voluntad política en los municipios para comprar los medicamentos, insumos, pruebas y el tema de recursos humanos que es una debilidad general” E16-P10

“Adicionalmente a eso es importante identificar otra barrera importante que es el tema de la gestión de los recursos humanos. Lamentablemente los recursos humanos en áreas rurales son mal pagados” E16-P10

“Entonces bueno, el equipo de salud que es donde nosotros insistimos que, si o si somos un profesional que debiese estar en muchos lugares, es como que el equipo es el médico y los demás colaboran o bueno en algunos lugares, la enfermera ocupa lugares donde tiene que estar la licenciada en obstetricia y bueno aquí estamos en la batalla con las puericultoras y las doulas” E19-P10

“Se ha visto a pesar de que nuestro país no cuenta con los recursos humanos ni materiales necesarios, pero dentro de lo que cabe se trata la manera de suplir esas necesidades para los niños” E21-P5

“Bueno hay en todos los hospitales y centros de atención de estas personas verdad, pero quizás no está lo suficientemente fortalecida y no se le ha prestado la debida atención a esto. Entonces hay este desequilibrio de recursos económicos para poder solventar la realidad y dar apoyo a estos centros que están dentro de los centros de salud para poder ayudarles, equiparlos, poder integrar más personas, que haya más recursos y especialistas” E21-P8

“No se le presta la debida atención e importancia para formar y fortalecer estas unidades de servicio para que en realidad puedan aportar y brindar esa atención necesaria para estas personas” E21-P8

“No hay ni los suficientes recursos para dar esta cobertura, es insuficiente, cuando hablamos de que son desaprovechados los profesionales de la salud como en este casos nosotros, porque todavía es una visión muy tradicional de la atención” E9-P6

Categorí: Calidad de atención profesional

“Y entonces no van a los servicios las personas. Las obstetras, los técnicos, las enfermeras, los médicos, con sus formas, sus tratos, su comunicación no verbal, sus prejuicios, eso es algo con lo que tenemos que seguir luchando” E3-P20

“La calidad de la atención da mucho que desear, y esa calidad de atención es lo que no le permite a la paciente adherirse al servicio y acudir permanentemente a los controles que le llaman” E13-P10

“Eso es uno, y en relación a VIH nosotros sí hemos visto todavía que hay mucho estigma y mucha discriminación cuando la paciente ya sale positivo a pesar que se ha capacitado en códigos, en normativas, en reglamentos, en leyes que ahorita es unitivo el tema de estigma y discriminación, pero en caso de mujeres con VIH todavía existe ese estigma y esa discriminación” E13-P10

“Entonces la adolescente embarazada que acude a los servicios a menos que sea un servicio con personal formado, sensibilizado la adolescente es muy bien tratada, pero cuando acude y el personal no está sensibilizado todavía hay maltrato, todavía hay violencia a la adolescente, por ejemplo” E13-P10

“En el caso de la madre al hijo igual, si hay estigma y discriminación de los centros de salud principalmente el cual es un factor evidentemente gigantesco en cuanto a daño que le podemos hacer a las personas” E21-P3

Categoría: Modelo de salud biomédico y vertical

“Yo diría que uno de los problemas críticos es también que no se incorporan obstetrices en todos los establecimientos del primer nivel, porque con eso estaríamos curando, ¿no?, porque como esa es nuestra función, nuestras competencias, pues lo hacemos muy dedicadas” E12-P13

“Nuestro sistema de salud se basa más que nada en el tratamiento de las enfermedades, no es como por ejemplo en Cuba, que es un sistema de salud en donde su medicina está basada en la prevención de las enfermedades, ellos lo que hacen es prevenir, nosotros en realidad en Uruguay, más que nada estamos como más en el tratamiento de lo que ya sucedió” E1-P8

“Porque todavía es una visión muy tradicional de la atención en donde los médicos tienen que dar la atención, donde los gineco-obstetras y eso no hay cobertura que pueda con todo el número de mujeres embarazadas” E9-P6

“Entonces aquí la prevención muchas veces queda un poquito olvidada, la prevención y la promoción” E17-17

“Lo que pasa el poder médico hegemónico fuerte, entonces sacamos las camadas de residentes, hay 8 médicos y hay 2 licenciadas” E17-P19

“Yo creo que estamos trabajando más para el enfoque biopsicosocial, pero creo que estamos en un periodo de transición, no somos ni lo uno ni lo otro” E18-P12

Categoría: Falta de atención profesional

“Nosotros tenemos una guía de atención de control al embarazo, en donde se estimula la consulta preconcepcional, y en realidad la información está y es de acceso público, solo que mucha gente la desconoce, pese a ser de acceso público, la desconoce” E1-P3

“Nosotros tenemos control preconcepcional es muy bajo, la planificación familiar en adolescentes no resulta, es bajísima y el control prenatal llegan tardíamente” E11-P6

“La consulta preconcepcional como tal no está incorporada en el país, hay una clínica donde hay esfuerzos en algunos lugares” E14-P4

“La visita preconcepcional no se ha logrado, se ha intentado promover hace unos tres años, pero sin mayor éxito. Ahora con las reformulaciones que estamos haciendo con el ministerio, se está tratando de ver si se puede incorporar la consulta preconcepcional para abordar estos temas de manera amplia digamos” E16-P7

“Con lo que tiene que ver con las consultas preconcepcionales que sería lo ideal no todas las pacientes traten de buscar un embarazo hacen una consulta preconcepcional, ven su estado general, resuelven situaciones previas, eso no se da” E18

“Son muy poco las mujeres o las familias que planifican en el tema, esta todo ok en condiciones y planificamos un embarazo, la mayoría de las mujeres que asistimos que repito son el público porque no son mujeres que tengan la mayoría obras sociales no planifican los embarazos y ahí obviamente” E19-P3

Categoría: Barreras económicas

“Parte también es diferente el nivel socioeconómico que hay en todo el territorio, por lo general la zona del noroeste es como económicamente más pobre, entonces a veces también eso dificulta y yo creo que la educación es la base de todo” E18-P3

“En los laboratorios si tienen un costo para ellas creo que son 25 dólares en toda la gama de laboratorios incluidos VDRL y VIH para esas embarazadas que no tienen seguro, igual uno les dice “bueno, no tienes seguro, no tienes dinero para pagarlo, pues vas a las unidades del país del MINSA y allá te hacen los exámenes y cuando los tienes se los traes al ginecólogo de acá” E5-P3

“Es ahí donde empieza eso duró de que si no hay esas condiciones económicas es duro para la persona tener de que empezar a ver de qué manera puede sostenerse si no tiene trabajo y han llegado momentos en que hay personas con VIH que no le dicen a su familia” E21-P6

Categoría: Falta de atención salud sexual a hombres

“En el camino hemos caído en cuenta de gestantes que estaban negativas en el embarazo pero el esposo estaba positivo, ¿no?, y finalmente terminan infectándose ya cuando están dando de lactar incluso; entonces digamos... lo hemos incluido en el algoritmo, a las parejas” E6-P12

“Muchas veces pasa que es muy difícil también que la pareja acceda, porque no tiene vínculo con esa mujer... o pasa sobre todo en los lugares al interior del país, en donde no se logra como el acceso a que esa pareja tenga el tratamiento que corresponde” E1-P7

“Muchas veces la embarazada recibe su tratamiento más no su pareja” E5-P6

“Cuanto al hombre en realidad son un poco reacios a recibir tratamiento por la condición de machismo, no son tan machistas en sí, pero hay algunos que ¡dios mío! no afectan y “a regañadientes” digo yo hay que buscarlos y darle el tratamiento” E8-P14

“El problema es que a veces la pareja a veces no viene, entonces es como que aunque insistas no logras que venga y cuando viene, a veces uno habla de si hay múltiples parejas que por favor concurren, pero es algo muy difícil, entonces nos cuesta que se disminuya la cantidad de casos de sífilis porque no siempre concurren todas las parejas, entonces a veces existen la reinfecciones y con VIH pasa lo mismo” E18-P5

Categoría: Gestantes vulnerables

“Un grupo pequeñísimo de gestantes que bueno, tienen otro tipo de problemas, ¿no?, como temas de drogadicción y eso, digamos que ellas son las que abandonan la atención prenatal o no vienen” E6-P11

“Las poblaciones más vulnerables, es decir, aquellas en donde su poder adquisitivo es bajo, no está tan instalado esto de una consulta preconcepcional para planificar un embarazo, sino que se da como, el embarazo en otro contexto” E1-P3

“Tenemos una brecha importante con la población indígena, la población indígena de nosotros es un régimen especial primero que todo, pero por su cultura digamos que son más reservadas” E2-P9

“Ahora, por ejemplo, las que vienen en estas recolección del café se les va a hacer un seguimiento a ellas, que no sientan que se les está persiguiendo que migración no las está persiguiendo que tienen el derecho ese bebe y ella a ser protegido por el estado” E14-P13

“La población venezolana se dedica en su gran mayoría no están insertos en el sistema laboral colombiano formal, sino que se dedican a trabajo no formales y tenemos una alta tasa de prostitución de mujeres venezolanas., no digo con ello que todas las gestantes venezolanas se dedican a esa actividad laboral, pero si tenemos una alta incidencia de sífilis en madres venezolanas” E2-P10

“En la selva que es donde, nosotros sabemos que ITS y VIH en la selva, en la Amazonía eso está que hierve, eso lo sabemos, por el tema de la trata, el tema de la violación, la prostitución, en fin mil cosas más” E3-P10

“Mira había indígenas en el país pero que ellos se están movilizandando pues hacia otras áreas y muchas veces llega la paciente ya completa a un expulsivo, no hay oportunidad de hacerle exámenes de laboratorio ya hasta que una vez la mujer tenga su parto, es que uno se da cuenta y ahí pues viene el problema con los niños que viene con la infección” E5-P6

“Un problema más grave directamente relacionado con el VIH, no sé si ustedes estuvieron al tanto, el consumo de drogas es desbordante, aquí lo hacen con una perspectiva” E11-P6

“Y dependiendo también los inmigrantes, nosotros tenemos muchos de Nicaragua que se pasan a Costa Rica para ser atendidas en el parto, esa gente tiene direcciones itinerantes como no muchas están documentadas” E14-P8

“El otro problema importante que creo que se da es a veces el miedo de la usuaria al asistir a la consulta si no se está documentada sabiendo que igual se puede atender, pero entonces prefiere que cuando saca un problema ir al Hospital porque se le va a rechazar” E14-P12

“Sin embargo, hay casos de personas que no van a un establecimiento de salud y en otros casos se niegan digamos, no quieren que el personal de salud los atiendan esa es una situación, la otra situación es que tenemos población migrante eso quiere decir, que es gente que va a trabajar por temporada a la Argentina generalmente van de esta zona a la Argentina a trabajar por temporada de cosecha y demás, ya vuelven con los bebés o simplemente no sabemos si han sido diagnosticados en la Argentina digamos con VIH , entonces cuando vuelven con él bebé, al recién nacido después de los 28 días no le damos una prueba de VIH para ver si tiene o no y a la mamá tampoco” E15-P6

“Estamos recibiendo muchísimas embarazadas sin control natal, ¡sin control!” E17-P15

“Es triste cuando vemos esas mujeres desvalidas, cuando se sienten desconsoladas y sin esperanza, lastimosamente a veces las condiciones de esa mujer no son las adecuadas, quizás es madre soltera o a veces hay diversos tipos de maltratos” E21-P4

“Cuando hablamos de personas indigentes, niños/jóvenes drogadictos, pues la verdad es que ellos necesitan una estrategia diferente para poderlos llevar a esos centros de salud verdad y eso se trabaja poco” E21-P7

“Porque cuando hablamos de esas condiciones de las personas pues tienen una causa complicada que muchas veces nacen en las familias y si nacen en las familias es porque quizás en esta familia no existen condiciones adecuadas de que todas las personas tenemos derechos humanos y no existen esas condiciones, se vulnera muchos derechos a la mujer y más que todo a los niños” E21-P7

Categoría: Demora en el acceso a atención especialidad

“Lo que veíamos hace mucho tiempo es que en ese trance de que a veces la gestante se iba sola, había demora, y a veces pasaba una semana, dos semanas, a veces hasta un mes, y como la gestante de un primer nivel, ir sola a un hospital, donde es un mundo enorme, se perdía muchas veces” E6-P10

“Que tienen un nivel educativo de por lo menos un colegio, una secundaria, una universidad ellas acuden ¿verdad?, sin embargo las jóvenes adolescentes que tienen el temor, que todavía ni el papá sabe que está embarazada porque eso se ve en todas partes, esas pacientes se ven un poquito más tarde las adolescentes ya sea por miedo o temor” E7-P12

“Yo he tenido pacientes que acuden ya cuando tienen 30 semanas porque ni ellas mismas sabían que estaba embarazada me dicen "no, no sentía", " no se movía" " no siento nada" E7-P12

“En muchos lugares del interior del país, en donde no se contaba con un médico todo el tiempo, las 24 horas, o no contabas con un ginecólogo, tenías que, es decir, tu captabas la mujer o captabas a la embarazada con sífilis positivo y tenías que derivarla a un médico para que pudiera hacerle el tratamiento, entonces era un tiempo súper valioso que uno perdía” E1-P4

“A veces no contaban con médicos, entonces tú las tenías que mandar a un segundo nivel, que es un hospital acá, donde tiene internación y acceso a otros estudios más complejos; entonces la tenías que mandar a la emergencia de ese centro de salud para qué, para esperar que un médico de emergencia la pudiera ver y ahí recién indicarle el tratamiento” E1-P5

“La embarazadas no están llegando a consulta, el control prenatal es bajo, acá nosotros las obstetras tenemos un papel protagónico a diferencia de otros países, tenemos y ocupamos cargos muy importantes a nivel de país y de programa y la salud materna al 100% está a nuestro cargo y somos duramente criticadas, lamentablemente no podemos, no tenemos pues que el talento humano, tenemos buenos centros, muy bonitos” E11-P9

Categoría: Falta de protocolos para decisiones locales

“Entonces si bien esto es positivo en otros ámbitos, en el de salud ha creado un problema porque, como ejemplo ya contextualizando para el VIH, sífilis, Chagas y hepatitis B. Mira como ejemplo, las pruebas rápidas para sífilis y VIH, bueno aquí se está promoviendo la prueba rápida conjunta sífilis-VIH” E16-P4

Categoría: centralismo de atención especializada

“Pero bueno, la barrera principal obviamente es lo que tiene que ver con esto del federalismo, con las políticas sanitarias, las políticas en general” E19-P18

“Hay muchas dificultades con los médicos principalmente, en relación a la prescripción de medicamentos, incluso en algún tiempo estaba funcionando hasta la prescripción de vitaminas, que ya se ha superado en algunos casos, para realizarles las ecografías, ¿no?, pero eso mayormente se ve en las ciudades grandes, ¿no?, como Lima” E6-P6

“Exacto pero a veces eso se convierte en una brecha porque como te indicaba hay mujeres que ya llegan con el bebé recién nacido, nosotros nunca hemos visto a una mujer con la pancita, de hecho ni la conocemos en el establecimiento de salud donde trabajamos, pero ya viene para el control del niño no más, entonces ahí nos enteramos que ella trabajaba en otra zona o en otro país como Argentina, o trabajaba en otro municipio donde no le han logrado captar al sistema de salud para sus controles” E15-P25

“Esto a veces se convierte en una gran dificultad poder llegar a todas porque no todos los establecimientos de salud logran llegar hasta lo más recóndito y justo en esas zonas donde tenemos gestantes en situación de riesgo” E15-P25

“Todos los médicos quieren estar en las ciudades grandes capitales porque primero el trabajo es más cómodo, estas en tu ciudad y tienes un horario fácil de cumplir. Aquí los médicos hacen turnos de seis horas en los centros de salud, es decir, seis horas al día” E16-P10

“En cambio, los médicos del área rural ganan el sueldo básico, les cuesta más el escalafón porque no tienen tantos cursos de actualización como tienen en la ciudad y por esto tienen una actitud negativa. Tú sabes que la atención de salud para decir que es con calidad tiene que haber conocimiento, una buena actitud, destrezas y habilidades clínicas” E16-P10

“Es bien difícil, o sea, todos los médicos del área rural lo hacen, pero de manera individual y claro cuando ganan un cupo en la especialidad renuncian a sus trabajos en la zona rural” E16-P10

“Hay municipios que contratan a sus propios médicos, especialistas o médicos generales, pero el sueldo ahí es bajísimo” E16-P10

“A mí me parece que el país es muy grande y la gran mayoría de los profesionales nos concentramos en la provincia de Buenos Aires y después hay menos cantidad en el resto del país, y obviamente cuando hay menos cantidad de profesionales la cobertura no va a ser la mejor que uno pueda generar, pero creo que tiene que ver con eso, con que la distribución de profesionales no es la misma y a la vez la accesibilidad también” E18-P3

“Nosotros sabemos que hay lugares donde tienen postas sobre todo en Jujuy, por ejemplo, los que nos han contado las colegas, de hecho, esto que se dice es así tal cual, a 70 a 100 km de lo que es el primer hospital de segundo nivel, no estoy hablando de un tercero que tenés para que deriven de un hospital pequeño de la localidad” E19-P14

Categoría: Cultura y creencias

“Las barreras básicamente es la falta de acceso y el tema ... la falta de acceso por parte del usuario por cuestiones culturales, no se atiende o llega muy tarde al servicio” E10-P5

“Tenemos zonas indígenas amazónicas, donde a las gestantes, si bien es cierto, logran captarlas, tienen su atención prenatal, su tamizaje, están recibiendo tratamiento y todo, pero la adherencia

no es muy buena, porque regresan a sus comunidades y a veces hay una sola colega para poderle hacer el seguimiento, pero finalmente no dejan la lactancia, ¿no?, por un tema cultural también” E6-P12

“Y después tenemos otro grupo de niños, de madres que, por ejemplo, se resisten a recibir la terapia, que son uno o dos casos al año, por temas religiosos también, y que son de la ciudad, pero no quieren recibir, y es un poco el problema” E6-P12

“En estas zonas es súper compleja, super compleja, hay mucha creencia de brujería, de otros remedios, creen en el curandero a veces mucho más que en el sistema, es muy complejo” E6-P12

“El estado envía personal de salud a esos lugares de la comarca, pero por el mismo nivel cultural de las personas que viven allá, generalmente son indígenas, por ejemplo, ellos no buscan vacunas, ellos no creen en las vacunas, muchas veces hay que ir a vacunarlos de casa en casa porque a ellos no les gusta vacunarse, ellos no buscan esa ayuda a menos que ellos vean que la persona esta grave o con fiebre, ahí ellos buscan la ayuda médica pero mientras no, ni siquiera para planificar nada de eso, ellos no planifican” E7-P5

“Ellos son poblaciones indígenas llamados los wayuu y hay una aristocracia y cultura muy fuerte que hay muertes por desnutrición y por más que el estado subsidie alimentación allá la persona que tienen derecho a consumir la proteína primero sobre los demás es el hombre adulto, no el niño ni la materna” E2-P11

“Sólo en la costa, tienes una diversidad y tonalidad cultural, dialectos y sus formas de comunicarse y de entenderse son distintas, vamos desde Piura, Tumbes que tienen una forma de expresarse, tienes a Tacna que es una realidad completamente distinta... Ahora si vas al tema de Los Andes ahí es otra realidad completamente distinta, porque las realidades y culturas de la Costa son muy particulares, las realidades de Los Andes es otra cultura muy pero muy distinta, ahí la mujer, es evidente de que la mujer depende del varón, en las mujeres andinas andinas, y si el nivel cultural es mucho más bajo el sometimiento de la mujer es mucho mayor,

ella no tiene en la práctica, depende mucho del esposo, tanto financiera como de toma de decisiones” E3-P18

“A veces ellas tienen que incluso por la cultura, emborrachar al marido buscar a alguien que les ayude a emborrachar al marido de estas mujeres, al esposo, para poder bajarla porque por su cultura les dicen que se muera, si es necesario que se muera pero ella no va a salir de aquí, entonces son situaciones de veras precarias a las que se enfrentan estas parteras y es a donde afortunadamente ahora si las han visibilizado y ahora tengo yo la esperanza de que cambie todo esto pero así de difícil y la brecha tan grande entre una y otra población” E9-P10

“Falta de empoderamiento, falta de información, de educación de las personas en todo caso en aquellas zonas poco accesibles, ahora está ingresando mucho foráneos por el tema de construcción de carretera, industrias, minería, entonces esa población sobre todo la más joven no tiene el empoderamiento de definir cuál es el riesgo, a que se está exponiendo, cómo hacer para protegerse y básicamente eso es que no sabe la mujer conciliar con el hombre para el uso del condón” E10-P5

“Barreras culturales, por ejemplo, mi país es multicultural, es multiétnico, entonces los servicios deberían adaptarse a la cultura local, pero como hay una política de que todo sea estándar, de que todos sean igualitos, de que si es posible la fachada de todos los centros de salud sean igualitos porque es una política populista, entonces esa es una barrera, la barrera cultural” E13-P10

“Sí, estos ayllus muchas veces están comandados por un dirigente y este dirigente es quien toma las decisión por toda la población, dice “no va a entrar personal de salud o que va a entrar” o les dice digamos " si no viene una mujer a atenderles un papanicolaou una ayllus ok" o “no se van a cuidar" son Ayllus pequeños que toman esas determinaciones y es justamente son las que están viviendo situaciones de violencia, sí o sea sus derechos completos vulnerados todos sus derechos” E15-P7

“Cada ayllus tiene sus reglas para que el personal ingrese, tiene que pedir autorización” E15-P7

“En algunos ayllus sí, es bastante sesgada el acceso debido a que diremos que en estos ayllus, algunos de estos ayllus, algunos no son todos, viven en una cultura muy patriarcal y machista, entonces las mujeres son muy sumisas, por ejemplo para el lado de Llalagua por ejemplo donde tenemos otra colega que también es “mi par” quien opina es el hombre y no la mujer y esas cosas son las que no permiten que la mujer pueda decidir si quiere seguir teniendo bebés o no, decidir por su cuerpo , “quiero cuidarme u opinar en público y decir " no, no queremos que se nos trate de esta forma" “queremos que sea de esta forma" E15-P9

“Hay zonas en las que es bastante marcado el machismo y en otras que hay años que ya digamos que están en otra faceta, más evolucionados, entonces son mucho más accesibles el dialogo, la conversación, aparte que ya hablan también el idioma castellano, porque estos ayllus son de habla Quechua neto y el quechua varia de región en región, la jerga no. El personal de salud tiene que saber el idioma nativo” E15-P9

“La cultura es una barrera también, el otro es el dominio de los protocolos de atención a pacientes portadoras de VIH” E15-P21

“Existen barreras culturales que impiden el acceso, sobre todo en áreas andinas digamos porque en áreas tropicales la mujer viene a hacerse control prenatal una vez cada mes digamos. Algunas tienen 10 a 12 controles en todo el embarazo” E16-P10

“Si, lo que pasa es que estas barreras culturales se han ido superando con el bono, pero aún persiste como te decía. Algunas mujeres prefieren parteros/parteras tradicionales. También hay mucha oferta de los parteros y parteras a nivel rural por un tema económica. También hay un tema cultural de la preferencia” E16-P12

“Tenemos muchas etnias, muchos pueblos originarios en el norte tenemos aproximadamente alrededor de once etnias diferentes las cuales son bastante complejas para la accesibilidad porque depende exclusivamente de lo que determine el cacique, nadie puede entrar a la comunidad llevando el emblema y el estandarte de salud, siempre tienen que pedir autorización al cacique para poder acceder y si el cacique está de acuerdo y da permiso sino no, también al cacique hay que decirle a lo que vamos, entonces por ejemplo, una de las cosas tan fundamentales como lo es la salud reproductiva es casi inaccesible en esas poblaciones” E17-P6

“Te decía que las equidades sociales son también muchas y muchas veces las mujeres por falta de insumos, por falta de traslados y a veces hasta por no tener una ropa interior adecuada no acuden al sistema de salud y yo siempre lo he dicho y lo sostengo durante toda mi vida profesional de que no debemos volver a las formas de atención del pasado, no debemos volver a la forma de atención del siglo pasado” E17-P7

“Hay veces que se van de alta, pero ¿qué pasa después? corrobóras que no han ido a la consulta, una de las cosas que dicen y que pasa con la penicilina benzatina que como es muy dolorosa no magnifican lo que les está sucediendo, no entienden, muchas veces vos les decís “tenés una enfermedad venérea”, “tenés sífilis”, y aún no captan la idea de que es una cosa grave, que puede ser secundaria, terciaria, que puede dejar secuelas, que te puede hasta dar síntomas neurológicos, no magnifican” E17-P16

“Tiene que viajar por su control a otro departamento porque ahí donde ella vive todas las personas se van a dar cuenta posiblemente que ella tenga VIH y empiezan a excluirla principalmente su familia es la que lastimosamente los echan de sus casas” E21-P6

“Hay zonas aquí que están muy arraigadas a las culturas y creencias. Eso muchas veces no solo con VIH, sino que con diversas patologías por lo que hace de que cierta forma retrase muchas veces este sino es el tratamiento adecuado retrasa el tratamiento y mejoramiento de las

personas, pero siempre hay esos factores que pueden servir un poquito de barrera para poder darles seguimiento o hacer una inscripción temprana para un tratamiento” E21-P6

Categoría: Barreras geográficas

“Pero en regiones donde no hay recurso humano, la infraestructura es pésima en algunos lugares, es decir, hay que llegar a través de ríos, caminando, no siempre hay carreteras” E6-P6

“Tenemos gestantes de zonas muy alejadas, inaccesibles, porque el país es muy diverso; tenemos las grandes ciudades, también tenemos pueblos pequeños, en donde son muy dispersos, la forma de llegar es compleja” E6-P11

“Hay colegas que tienen que caminar a veces seis horas, y después ir por ríos, entonces es muy muy complejo, y ahí todavía hay un grupo pequeño digamos, que no accede a su atención prenatal o no accede adecuadamente” E6-P11

“Hay lugares de difícil acceso, generalmente las comarcas, en mi país hay 6 comarcas de población originaria, ellos tienen más dificultad para acceder a los servicios de salud, porque en las comarcas solo se cuenta con un centro de salud o un subcentro y la verdad es que están en lugares bien bien de difícil acceso” E7-P5

“Se dificulta porque no hay carretera, si tenemos esa dificultad con esa población y en algunas provincias de Boca del Toro y algunos lugares de la provincia de Chiriquí” E7-P5

“Cuando ya son referidas a nivel nacional si es por consulta, ellas solamente van a su sitio de consulta y regresan a la provincia, viajarían porque la ciudad nos queda cerca no nos queda lejos, son 4 horas en bus y 45 minutos si se va en una avioneta. Así que no está lejos está cerca así que pueden viajar, generalmente viajan” E7-P11

“Cuando ellos se vienen, porque hay algunos que bajan porque viven prácticamente en montañas ¿verdad? Selva, caminos, no hay carreteras, las carreteras tan lejos de los poblados,

cuando ellos bajan a la provincia algunos viven en fincas, cuidando fincas, no sabemos ni siquiera que están acá” E7-P13

“Esas personas que son violentas no discriminan si es un adulto mayor, un recién nacido o una mujer gestante, por lo tanto, la población teme acercarse a los servicios de la salud en estos tiempos ya que las personas le tienen prohibido hacer movimientos o desplazarse y a ellos los afecta” E2-P8

“Muchos viven en zonas marginales en las ciudades, entonces la dificultad del acceso radica en la posibilidad de poder desplazarse al sitio en donde se atienden/institución de salud” E2-P10

“Si la persona reside en un municipio de una magnitud de territorio amplia lo que se puede ver dificultado ya que viven a diez a doce horas del centro municipal mas cercana, esa seria la dificultad” E2-P12

“La vía de comunicación todavía son problemas tremendos, los accidentes geográficos, nosotros tenemos 3 regiones geográficas, es la costa que tiene todo el litoral, es la cierra que el Andes separa de la selva; o sea, tenemos: costa, sierra y selva, y el Andes, ustedes conocen el Andes” E4-P9

“Muy pocas, muy pocas, porque ya sea que vive demasiado lejos o en las comarcas indígenas puede que haya, pero son muy pocas, porque la mayoría es atendida por profesional” E8-P5

“Una barrera que pueda haber es la distancia en la forma de traslado en las áreas alejadas puede ser que la persona tenga dificultad para llegar a los servicios de salud” E8-P10

“Por Panamá pasa la cordillera central que viene desde Norte América, en esa área en la parte como yendo para Centro América hacia Costa Rica, pero no llegando a Costa Rica, ahí hay una comarca que prácticamente ellos están asentados en un área de la cordillera, entonces les dificulta el traslado” E8-P10

“Acá en la comarca Guna Yala, que está hacia el otro extremo, en la parte hacia el Caribe, hay muchas islas y ahí pues se dificulta porque hay lugares que tienen que ir en bote, en lancha, la provincia de Algarín que es otra área que limite allá llegando a Colombia también tienen que transportar en algunas ocasiones a las comunidades en bote” E8-P10

“Esas son áreas pues de difícil acceso que si no vas en bote tiene que llamarse al helicóptero del servicio aéreo nacional que es el que brinda apoyo en esos individuos” E8-P10

“Es una brecha muy grande, eso hay que decirlo, una brecha muy grande sobre todo en comunidades muy alejadas como son en el sur que son Chiapa, Oaxacas, Veracruz, en donde mayor cantidad de población indígena y además muy marginada y de ... pues con muchas desigualdades en todos los sentidos, entonces esto hace que tentativamente tienen los mismos derechos que toda la población pero eso no es real porque tu sabes que hay comunidades tan alejadas de la civilización o de hospitales que el único acceso que tienen a ser tratadas digamos en este proceso de la atención reproductiva son las parteras tradicionales en las comunidades” E9-P10

“Bueno, una población que es vulnerable y que tiene a veces dificultad de acceso, es la población indígena. En la población indígena, muchos de ellos viven en lugares alejados, por ejemplo, acá en la zona nueve tenemos un lugar que se llama Nanegalito, es un distrito, ¿no?, entonces hay poblaciones que están a dos horas digamos, del centro de salud, pero no tienen transporte, tienen que esperar que haya un día de transporte y cosas así, esas mujeres tienen dificultad de acceso” E12-P4

“Solo hay pequeñas comunidades que están muy alejadas o dispersas y no hay transporte para ingresar a estas pequeñas comunidades” E15-P3

“La barrera geográfica siempre va a estar presente al menos en nuestro país por el hecho de que en general en el caso de cuando yo me desplace la gente que vive en lo más recóndito muchas veces no puede salir hacia donde yo llego” E15-P21

“Hay personas que no pueden salir por el tema geográfico mismo, porque es muy larga la distancia o no tienen con quién dejar a su círculo o no pueden, son personas con discapacidad pero que también tienen derechos sexuales y reproductivos, se embarazan, tienen hijos y de más” E15-P21

“Hay lugares que están muy lejanos para que la gente acceda, acá en la provincia de Buenos aires vos tenés muchos centros de salud y casi todos dentro de un barrio para que la gente pueda llegar caminando, también hay localidades que tienen poca población, entonces hay un centro de salud y es lejano para la población tan pequeña que hay pero redistribuida ¿no? no es lo mismo en la Patagonia que acá en Buenos aires, o en la zona del noroeste” E18-P3

“Entonces en un país que tiene tanta distancia y que la población se distribuye de manera tan disímil y tenés por ahí áreas más concentradas. a lo mejor la obstétrica va a tener que caminar para llegar a distintas postas y poder atender, somos muy pocas, la verdad es que yo creo que necesitamos que seamos más obstétricas” E18-P4

“Si vamos a todo lo que es el resto del país tenemos colegas que para tener una asistencia médica tienen que trasladar a una mujer 400 km en una provincia porque no tienen el acceso, entonces eso también dificulta mucho, dificulta también de que tengamos en algunos lugares muchas cesáreas programadas porque bueno acá en provincia de Buenos Aires, acá a unos kilómetros no más tenemos a un médico obstetra que va solo los miércoles, entonces no tiene otra alternativa que programar cesáreas todos los días miércoles porque no hay nadie que pueda atender a las mujeres” E19-P14

“La geografía de un lugar también hace que esto sea el complemento perfecto para complicar a esta mujer y a su familia el acceso, también las colegas” E19-P18

“Yo trabajaba en un hospital que era centro de derivación y ese centro de derivación de otras localidades, nosotras teníamos una paciente que decía, yo me pongo a hacer dedo a las 6 de la mañana para poder estar en el turno de las 10 y ahí llegan con una panza gigante, esas cosas sí que son barreras” E20-P18

Dimensión: Facilitadores para la Eliminación
Categoría: Presencia de normativa ETMI
<p>“Hay una norma técnica que habla sobre la prevención de la transmisión vertical, hay una estrategia sanitaria que también articula todo eso a nivel nacional” E3-P10</p> <p>“Bueno nosotros aquí en Panamá nos apoyamos a las normas de salud integral de la mujer, se rigen en la atención que se les da a las embarazadas, por ejemplo, en algunos centros de salud e instalaciones del seguro social, la primera captación ósea la primera atención casi siempre es a cargo de una enfermera obstetra, en algunas ocasiones lo hace el médico general” E8-P4</p> <p>“Bueno nosotros creo que estamos bastante avanzados porque tenemos el programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, tenemos un programa donde está establecido que trabaje el médico y la enfermera también tenemos el equipo ahí que son los que se encargan de esa área” E8-P20</p>
<p>“Tenemos el programa, la disminución y ayuda política pública para la disminución del VIH y transmisión vertical sífilis, hay toda una normativa, tenemos los flujogramas muy buenos” E11-P8</p> <p>“Porque hay un programa nacional del VIH quién se hace cargo monitorizar y del procedimiento de solicitar y requerir campañas de prevención y diagnóstico temprano y oportuno del VIH, el programa nacional te pide, le exige a los municipios y departamentos que hagan estos porque hay un presupuesto. Además, que esto a nivel municipal existen presupuestos asignados para el programa VIH, existen presupuestos asignados para la atención en salud sexual y reproductiva” E15-P23</p> <p>“En realidad hay protocolos específicos para alguna población indígena. Nosotros en Bolivia tenemos 36 naciones indígenas originarios campesinos, pues entenderás que es un país pluricultural y pluridiverso” E16-P9</p>

“Tenemos leyes, decretos supremos y documentos médicos normativos del ministerio de salud. Eso es muy bueno” E16-P11

“Hay una línea estratégica a nivel del ministerio de salud de nación, por lo general después las guías con las que se trabaja o cada provincia puede o adoptar esa guía o modificarla a su realidad, porque si tú ves la realidad del país, la realidad del norte es muy distinta a la realidad del sur del país, e incluso dentro de la provincia de buenos aires ¿no?, entonces cada uno puede ir tomando como base esa guía de protocolos nacionales, las puede tomar tal cual o los puede modificar según las necesidades de su provincia” E20-P3

“A verdad es que, en términos de atención, de medicación, nosotros tenemos un protocolo, por lo general cada hospital se programa cada cuanto pedirle las ecografías, digamos que hay un protocolo para la atención de esa patología en particular, que puede ser con los infectólogos, matronas, psicólogos, etc” E20-P7

Categoría: Registros de ficha clínica únicos

“Otra cosa que se ha logrado en Uruguay es la historia clínica electrónica, que lo que hace es, nuclea en realidad, todas las consultas de x paciente, ya sea hombre, mujer, niño, adolescente; lo que hace es nuclear todo en un mismo sistema informático, las consultas que ha tenido, los estudios y los tratamientos, todo como en ese sistema informático, es como una historia clínica electrónica” E1-P12

“En donde yo trabajo tenemos un sistema digital que se conecta con uno de los hospitales que tenemos, hay dos hospitales en esta zona, uno municipal y uno provincial, y como los centros de salud son del municipio está conectado al hospital municipal pero no al provincial, igual hay un referente que nosotras nos contactamos con él cuándo tenemos o que derivar a alguien o que ellos nos manden a nosotros a la contrarreferencia hacia el centro de salud que hace la conexión” E18-P10

Categoría: Presencia de red de apoyo familiar

“Ellas viajan y regresan a su casa, ellas solamente van a su cita de control y regresan y nosotros acá, yo creo que no existe nadie que no tenga un familiar a nivel capital así que generalmente se quedan con algún familiar” E7-P11

Categoría: Incorporación atención de parejas

“De inmediato se invita a la pareja para poder aplicarle la prueba, obviamente eso no se puede obligar, pero se invita y estamos teniendo acogida” E6-P13

“A pesar de las dificultades, está teniendo efecto, ¿no?, entonces se invita a la pareja al establecimiento para que pueda hacerse la prueba” E6-P13

“Bueno, ese hombre tiene una relación con esa mujer, a distancia o como sea, y sí se logra que tenga el acceso al tratamiento” E1-P7

“Si se le hace un diagnóstico de sífilis y se invita la pareja, lo primero que va a hacer la pareja es culpar a la señora. Muchas veces pasa eso por lo que al compañero se le llama y se le hace el tratamiento, pero generalmente se hace lo necesario para proteger la materna, buscamos protegerla” E2-P11

“En muchos casos han logrado admitir que ellos han sido los que se han puesto en una situación de riesgo y han contagiado a su pareja estable digamos, entonces se hace el tratamiento de acuerdo a si la mujer aún está viviendo con esa pareja o no y se busca a la pareja si es que está dentro del área de cobertura nuestra” E15-P19

“Mira en el caso del VIH, por ejemplo, si hay una adherencia porque el CDVIR trabaja mucho con la pareja digamos, no solo con el

“En el caso de la sífilis también, en realidad es el caso de todas las ITS. El programa tiene la directriz de que hay que tratar a la pareja, entonces cuando se detecta, ya sea, en el hombre o en la mujer, se hace la interconsulta para que venga la pareja y reciba el tratamiento también” E16-P8
varón o la mujer. Así que trabajan con ambos en el caso de VIH” E16-P8

Categoría: Acercamiento de prestaciones a zonas alejadas

“Porque obviamente son mujeres que tienen muchos hijos, ¿no?, tienen cinco, seis, siete, ocho hijos, entonces ellas pues, difícil que tengan acceso; entonces básicamente las captamos porque se hace mucho trabajo de campo ahí, prácticamente la atención prenatal, tamizaje y todo, se hacen en domicilios, y entonces hay que monitorearlas de cerca prácticamente en domicilios” E6-P12

“Cuando están en la provincia nosotros entramos a la casa donde nosotros sabemos que están ubicados, si están embarazadas se les hace el control, igual son referidas al Ministerio de Salud, Ministerio de Salud sí los atiende gratis totalmente todo para esa población” E7-P13

“En el interior del país, en el sector público, la mayoría de los controles lo hacen las parteras, y en el privado en el interior, no te quiero mentir, pero la mayoría lo realizan los ginecólogos” E1-E6

“A veces nos teníamos que quedar de dos a tres días en la zona rural y podríamos estar en la mula por ocho horas para poder llegar a alguno sitio donde nos facilitarían un espacio para atender a las personas. Si se identificaban una materna lo primero que veíamos si es que tenía alguna dificultad, en la mayoría de los municipios pequeños los alcaldes pagan una casa para que las maternas se puedan quedar durante su periodo de gestación y que puedan ser monitorizadas de una manera más segura con cercanía al hospital, esa es una de las cosas que se pueden hacer y que se hacen” E2-P9

“Se llama servicio aéreo de salud que es del departamento donde tienen una avioneta y a veces el helicóptero de la gobernación donde desplazan a personal de salud a sitios muchos más alejados para poder hacerle los tipos de prestaciones de atención” E2-P9

“Como un hospital comunitario, como ocurre en Chile ¿no? y eso esta digamos que de fácil acceso a la comunidad, porque los hospitales están casi en zonas muy muy urbanizadas” E3-P8

“Sé también que hay trabajos comunitarios, las obstetras van de casa en casa para asegurarse, para cerrar ese círculo” E3-P16

“Estrategias publicitarias que el Ministerio incorpora el concepto de interculturalidad, y hay estrategias ya muy puntuales de la zona que las obstetras y el equipo en general implementan dadas las necesidades y los términos culturales que se utilizan en la zona, si eso pasa” E3-P19

“Hay mucho respeto a la interculturalidad, es más, está normado, tan es así que el personal que va a los servicios a esas zonas muchas veces se les pide que hablen el dialecto o idioma local, eso es un factor comunicacional y en cuanto al respeto de sus costumbres, de sus tradiciones” E4-P15

“Cómo en todas las áreas pues también las tenemos de difícil acceso, pero si hay acá grupos que realizan giras a estos lugares y les dan atención no solamente a la embarazada si no a toda la población y van generalmente por lo menos una vez al mes” E5-P8

“Nosotros no vivimos en la capital, estamos a 4 horas fuera de la capital, pero contamos con muy buenas instituciones tanto de atención primaria como secundaria, el nivel terciario ya lo tenemos a 4 horas como decía, pero generalmente casi todo se resuelve en atención... aquí en el área” E5-P8

“Por ejemplo, por parte de nuestro Ministerio de Salud hay 14 regiones las cuales tienen centros de atención desde lo máximo hasta lo mínimo, que es un puesto de salud donde está un técnico de enfermería que es el que provee los servicios de salud cuando son puestos de salud es porque son áreas de difícil acceso y por ejemplo, la caja de seguro social también tiene centros de atención que es lo mismo que las unidades de atención primaria, se dedican a la atención de salud primaria, promoción de salud y prevención de las enfermedades” E8-P3

“Bueno cuando son áreas alejadas, por ejemplo, áreas de difícil acceso o las comarcas, las áreas indígenas, hay organismos no gubernamentales, acá en Panamá hay organizaciones que hacen giras y muchas veces captan algunas dificultades a los pacientes y son referidos a otro nivel si

hay factor de riesgo, por ejemplo, en algunas comarcas también hay un hospital que brinda la atención y ahí están los centros de salud también para estas áreas” E8-P6

“Capacitación comunitaria en salud sexual y reproductiva, y estamos desarrollando dentro de esta capacitación, la captación de líderes comunitarios en salud sexual y reproductiva, para que ayuden a identificar pacientes embarazadas y otras, en el tema de salud sexual y reproductiva que requieran asesoría o requieran atención” E12-P7

“Enfermeras obstétricas clínicas comunitarias, ellas si hacen control prenatal y se encargan de hacer el control prenatal si esta mujer no llega al establecimiento de salud, la enfermera obstetriz va y la busca y hace el control domiciliario, el parto es atendido por personal calificado obviamente, puede ser la enfermera obstetriz o puede ser el médico o la persona capacitada, pero siempre es con personal de salud” E15-P16

“Hay una política nacional que es la política SAFCI, que es “salud familiar comunitaria intercultural” que se está aplicando hace más de 5 años en el país, y gracias a esta política uno de los principales ejes de esta política es llegar a quien más necesita” E15-P17

“Para que todas las personas que no puedan desplazarse puedan acceder atención en salud no solo para las gestantes, también para los menores, para aquellas mujeres que requieran planificación familiar, muchas veces no pueden dejar a los niños pequeños con nadie, son madres que sus parejas están trabajando en otros lugares, esa es la ventaja de la política SAFCI de que el personal se desplaza hacia el lugar para poder proporcionar atención en salud, hacer planificación familiar, restricción regular, controles prenatales, sesiones de sensibilización hacia la población, lo hacen de manera individual como también de manera grupal” E15-P17

“Lo que pasa es que es el mismo procedimiento, nada más que un hombre, mujer, de un pueblo originario, un campesino, el tratamiento es individualizado, se hace el seguimiento y primero vemos si es que hay apertura de su pareja o no y vemos también el abordaje de cómo vamos a hacer para que esta mujer entienda que es portadora de una enfermedad, que es lo que le va a pasar a ella y al bebé y porque necesitamos hacerle las otras pruebas” E15-P20

“Como le digo es poder entender y adentrarse en la cultura de estas personas porque si llegas a imponer tu criterio médico o como personal de salud no vamos a lograr un contacto fluido con ellos, por eso le digo, hay organizaciones indígenas que son abiertas al diálogo, a conversar, a empezar a entender el por qué, pero también hay otras donde hay que trabajar mucho más para lograr que nos entiendan” E15-P20

“La asignación de presupuesto donde se han incrementado las prestaciones, entonces hay un incremento de prestaciones en atención que cubren más cosas que antes no se cubrían y que aglutinan más grupos” E16-P11

“También rescato el compromiso social del personal de salud, creo que eso es algo que ellos dan mucho, sobre todo el personal del área rural” E16-P11

“Ellos van a hacer controles prenatales pasando por ríos o a pie caminando ocho horas. Lo hacen por vocación porque por el salario no es. Entonces eso es una muy buena cosa de los recursos humanos acá, tienen una buena actitud” E16-P11

“Precisamente por todas las dificultades geográficas que tenemos trabajamos mucho con agentes sanitarios, los agentes sanitarios son los que deben hacer las rondas y tenemos cuatro niveles de jerarquía de las instituciones, el primer nivel de atención son aquellos lugares donde no hay capacidad de internación, donde los profesionales hacen solo consultorio y están abiertos en determinados horarios, después viene el nivel dos donde se hacen prácticas menores, no se hacen cirugías, no hay camas de internación y luego el nivel tres que es cuando ya se hacen cirugías menores, hay capacidad de internación y el nivel cuatro son los hospitales de alta complejidad, centros de derivación de todos los anteriores” E17-P5

“Hay mucha inequidad social y hay muchas barreras tanto sociales como geográficas para acceder al sistema de salud, los agentes sanitarios son nuestra primera línea de batalla, los

agentes sanitarios son los que deben tener su porción controlada y son los que hacen nexo con nosotros para poder decirnos que en tal casa o en cual ocurre tal cosa” E17-P6

“En la unidad sanitaria donde yo estaba lo fuimos haciendo con los promotores de salud pasando por casa, invitándolas a los controles, veíamos enserio que población tenemos en el área programática” E20-P4

“Hay algo bien importante dentro de nuestro país dentro de las unidades de salud, se trabaja con promotores de salud, entonces estos promotores de salud son los que van casa a casa” E21-P9

“Hoy en día se trabaja con un equipo donde va una enfermera, un médico y el promotor, pero generalmente a diario es el promotor que tiene su zona de trabajo/visita domiciliaria” E21-P9

“Si el conoce las diversas patologías, conoce su gente, conoce las patologías de las personas de esa comunidad generalmente tienen o condiciones, ellos saben cuántas embarazadas tienen, ellos llevan registros de cuando van a ser los días de los controles, para cuando está aproximadamente el parto, la nutrición de los niños, llevan control de los anticonceptivos y planificación familiar” E21-P9

“Si estas personas no tienen las condiciones, por ejemplo, de un vehículo para salir de su lugar pues los líderes comunitarios junto con el promotor de salud le buscan las condiciones para poderles solventar en ese momento la situación a esa persona, entonces eso es bien importante” E21-P9

“Hay técnicos. Por ejemplo, en nuestro país existe el técnico en enfermería y técnico en salud ambiental que son las personas que andan en las comunidades como promotores de salud” E21-P9

Categoría: Equipos capacitados

“Son manejadas más o menos en 160 establecimientos del país, que son acreditados, capacitados, que cuentan con equipos capacitados para el manejo de pacientes con VIH y hepatitis” E6-P9

“Hemos logrado que bueno, que sobre todo el plan de estudio de la escuela de parteras ha modificado eso en farmacología, es mucho más completo, abarca la mayoría de los medicamentos que nosotros podemos prescribir, y nosotros como egresadas estamos en continua capacitación” E1-P5

“Desde el Colegio el 2019 o 2018 hemos estado haciendo incidencia sobre eso, proveyendo a las obstetras sobre estrategias para que puedan llegar y los entrenamientos en ese campo han sido bastante, hemos tenido bastante acogida” E3-P10

“Entonces, decidimos que teníamos que unificar nuestro currículo profesional. Y ahí nace la idea de hacer, de tener nuestro, nosotros le llamamos currículo base, ¿no?, el currículo de formación, entonces tenemos un currículo base que tiene digamos un esqueleto común para todas las Universidades por compromiso de nosotras mismas, porque como ya logramos caminar y llegar a los niveles de decisión en la Universidad, entonces ya teníamos facultades para cambiar los currículos” E4-P17

“Hay organizaciones no gubernamentales y los puestos que son los mínimos que los refiere, por lo menos nosotros acá en Panamá desde el año 90’ creo que fue, se estableció una capacitación para aliar a las comadronas y se les capacitó y se les estuvo ligado a lo que es la supervisión de ellas, se les capacitó todo el instrumento para la atención, incluso en las normas hay una parte exclusiva, inclusive un folleto que se le das a ellas para que ellas deriven a las pacientes embarazadas, cuando tienen un factor de riesgo, a las instalaciones que les corresponden” E8-P6

“Ya se quitó todo ese mito que nos decíamos como Interplanetario cuando llegaban las personas con VIH ya es totalmente amigable sin miedo de nada, ahora el miedo o la lepra de los siglos pasados es el COVID” E14-P14

“El personal de salud que trabaja cerca de estas zonas o con esas zonas tiene que llegar a acuerdos, establecer acuerdos con los dirigentes y especificar cuál es el tipo de atención que realizan y que es lo que se va a hacer y de esa forma las autoridades tienen que comprender y difundir esta información con sus bases” E15-P8

“Entonces esto quiere decir que la educación es también un factor importantísimo verdad, esa concientización y sensibilización que debemos de dar a todas las personas” E21-P3

“También hay otra cosa muy importante, hay matronas comunitarias. Entonces estas matronas son personas capacitadas verdad, se le da toda su capacitación, se le entrega también su material, el equipo necesario para que ellas puedan laborar y también extienden la mano con el promotor para cualquier eventualidad que la mujer pues durante la noche pueda presentar trabajo de parto hay esas condiciones para que se pueda atender esa emergencia siempre cuando existan esas condiciones de que la mujer no sea un parto de riesgo porque si es un parto de riesgo son otras condiciones y seguimiento que se le brinda a esta persona” E21-P9

Categoría: Apoyo de organizaciones internacionales

“Cuando se introdujo por primera vez las pruebas rápidas, un ejemplo, en el 2003, 2004 si mal no recuerdo, fue por el proyecto de fondo mundial, ¿no?, a través del proyecto que estamos intentamos implementar, y había una sola compra que se distribuía para todo el país” E6-P7

“El fondo mundial apoya fuertemente con recursos que ahorita estoy coordinando, OPS también apoya, el UNFPA también apoya” E13-P5

“Ahora está una compañera que justo está contratada con recursos del proyecto del fondo mundial y que está apoyando para tener esa información actualizada porque no teníamos a alguien encargado de ETMI PLUS” E13-P6

“Entonces tuvimos 10 casos de niños que ahí el UNICEF nos apoyó con una consultora y ella fue al lugar, le fue a seguir la pista de cada una de ellas, y desde ahí es lo que nosotros tenemos información. Entonces, a pesar de todo todavía existen brechas, todavía existe mucho que trabajar en mi país” E13-P8

“La asistencia técnica, sobre todo, ¿no? Ese es el valor agregado digamos de la cooperación aparte de la financiera y eso digamos eso lo que más valora el estado” E16-P2

Categoría: Organización de la red salud

“Tenemos tres niveles, más o menos de... está el primer nivel, segundo y tercer nivel, y mientras más nivel es más especializado, y la gran cantidad de gestantes que acuden a la atención prenatal están en el primer nivel, ¿no?, y ahí generalmente lo hacen las colegas. Ya en el segundo y tercer nivel hemos ido perdiendo campo a través de los años, y entonces generalmente lo está haciendo el ginecólogo, en el entendido de que ahí están llegando gestantes de riesgo, con alguna complicación, y que debe ser vista por el especialista” E6-P6

“Los medicamentos y las pruebas los compra el nivel central, o sea nosotros como sistema tenemos dividido en dos, para el tema de las compras tenemos dos grandes grupos; uno que son las compras centralizadas que las hace el mismo Ministerio, y que muchas veces se hace de compras internacionales a través de OPS, de UNICEF o de otra organización internacional que abarata costos, incluso muchísimo, y lo distribuimos a nivel nacional” E6-P7

“Puede llegar una gestante que no tuvo su atención prenatal adecuada, o que abandonó, o alguna circunstancia, y que puede llegar a un materno, y que no necesariamente tiene servicio de carga ahí, ¿no?, entonces podríamos tener ahí cubierto el tercer escenario, pero después son derivadas a los establecimientos acreditados para brindar tratamiento antirretroviral” E6-P9

“Hemos logrado incorporar hace muchos años, en parte del equipo de atención de VIH, que haya una colega responsable de transmisión materno-infantil, entonces siempre va a haber una

colega que está responsable de las gestantes, de los niños, y que monitorea de cerca su tratamiento, su adherencia y toda la cohorte completa” E6-P10

“En nuestro sistema de salud está a nivel nacional el ente regulador entonces va bajando a nivel de provincia por los niveles regionales, por cada nivel regional hay un director regional de salud, igual hay diferentes directores, ya sea de farmacia, de laboratorio, cada provincia tiene su director, pero de salud lo que es la parte gubernamental o política” E7-P8

“Sí, tenemos, si detectamos por ejemplo sífilis o HIV positivo, nosotros tenemos en el sistema de salud enfermedades de notificación obligatoria, y dentro de esas, están VIH, sífilis, entre otras” E1-P4

Bueno, eso es por niveles y categorías. Hay un nivel 1 que es lo que llaman la atención primaria, nivel 2 que es un tema de hospitalización poquito con mayor amplitud en cuanto a la oferta de servicios, y el nivel 3 que es muy amplio, que tiene especialistas médicos y que a su vez puedes encontrar hospitales institucionalizados especializados a nivel de institutos, por ejemplo, tenemos el Instituto Nacional Materno Perinatal, lo que llamamos maternidad en Lima, que se encarga solo de temas de gestación y ginecológico para mujeres, luego el Instituto del Cáncer el INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas), el Instituto del Corazón y así de ese nivel” E3-P4

“Los servicios de salud desde el primer nivel de atención la mujer tiene derecho a la gratuidad de la atención con todos sus controles, sus exámenes de laboratorio, sus reforzamientos nutricionales de inicio, perdón, básicos, y en esos establecimientos de salud de primer nivel parte de equipo de salud es la obstetra. O sea, el equipo de salud básico está constituido por el médico, enfermera, la obstetra, eso en cualquier establecimiento de salud tiene que haber” E4-P8

“Acá tenemos prácticamente tres sistemas de salud, está la asistencia del Ministerio de Salud que es para las personas que no tienen seguro, esta la caja de seguro que es para las personas que pagan su seguro social y está la atención privada que es donde algunas personas prefieren

utilizar esos servicios porque es más rápido tal vez o van directamente a los especialistas que se desean” E8-P3

“Nuestro sistema está estructurado por niveles progresivos de atención, entonces en el primer nivel de atención se supone que es toda la parte de prevención, toda la parte educativa y en el segundo nivel de atención bueno pues ya se atiende a las personas que en cierta forma han sido referidas de ese primer nivel de atención por alguna situación” E9-P4

“Atención primaria, hay en los 3 sistemas que te comentaba, por ejemplo, el IMSS (instituto mexicano de seguro social) tiene su atención primaria y de solamente a sus agremiados digamos al IMSS, el ISSSTE (instituto de seguridad social de los trabajadores del estado) son todos los profesores, todos los médicos, todos los que trabajan para el estado, también tienen centros de atención primaria y tienen sus hospitales de segundo nivel y de alta especialidad y la Secretaría de Salud que tiene centros de salud de atención primaria que es donde ven el mayor volumen de población, entonces son diferentes sistemas de salud” E9-P13

“A pesar que nosotros hemos mandado disposiciones, lineamientos de que se priorice la compra de pruebas para las embarazadas no en todos los establecimientos disponen de pruebas, y ese sí es un factor importante” E13-P11

“En primer lugar en costa rica solo hay un sistema de salud y la prestación de los servicios la hace la caja Costarricense del seguro social y como todos los países tenemos tres niveles de atención el primer nivel de atención donde los servicios de salud y que es para 4.000 habitantes está centralizado en las comunidades y que se denomina atención primaria de salud” E14-P4

“Aquí tenemos un equipo que está compuesto por médicos generales, auxiliares de enfermería, equipo de RMSI y de farmacia” E14-P4

“En el primer nivel están también los escenarios de salud al igual que ustedes es el comunitario, el familiar, el educativo, etc. Ahí también están las clínicas menores donde hay enfermeras obstétricas y hemos logrado ir aumentando los enfermeros/as obstétricas en el primer nivel de atención, desde hace 15 a 20 años estamos con ese cuento y se han ido aumentando ya que esas mismas áreas de salud bueno estan áreas de salud” E14-P5

“Es en el primer nivel de atención y en el segundo nivel, ya en el tercer nivel es la atención del parto, lactancia materna, post parto, la evaluación de las embarazadas está ubicadas en unidades de alto riesgo obstétrico ella ahí se hace todo el monitoreo y participan esas unidades” E14-P9

“Respecto a cómo se maneja el tema de la infección de transmisión sexual específicamente en el país tenemos el programa nacional de VIH/SIDA, este programa nacional de VIH/SIDA tiene a través de los seres en cada departamento existe un servicio departamental de salud estos servicios departamentales de salud son los que monitorizan a las redes de servicio de salud municipal, y las redes de servicio de salud municipal trabajan en coordinación con las jefaturas de municipios y estas jefaturas de municipios son los que tienen a su cargo a todos los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel dependiendo de la complejidad, son

escalas jerárquicas que tienen que cumplir para poder coordinar de como están con los indicadores de salud” E15-P4

“En los municipios existe un responsable del programa VIH que tiene contacto directo con el responsable departamental del programa VIH, no sé si digamos que en este municipio por ejemplo, “tenemos aproximadamente 7 casos de VIH positivos” entonces para estos pacientes el tratamiento antirretroviral que tienen que tener entre estos pacientes mujeres y hombres quien se hace cargo de hacerles el seguimiento, el tratamiento y demás es el responsable a nivel municipal de programa VIH y él es el que se encarga de manera muy discreta y privada de requerir y solicitar los antirretrovirales al responsable departamental, entonces el mismo responsable del programa VIH es quien requiere antirretrovirales para casos de violencia sexual, que es otro stock diferente, tenemos un stock específico para personas víctimas de violencia sexual” E15-P4

“Tenemos 3 niveles de atención primero, segundo y tercer nivel de atención. El primer nivel de atención es el que está en el campo mismo o en las zonas alejadas, que son puestos de salud o centros de salud integral, si ellos no pueden resolver el problema o no tienen el insumo para confirmar el diagnóstico, pasan a nivel secundario” E15-P14

“Bueno mira para comenzar el sistema de salud en Bolivia funciona con cierto grado de descentralización porque hay una ley de marco autonomías que le ha otorgado algunas competencias al nivel departamental y a nivel municipal. Bueno Bolivia está dividido en nueve departamentos, esa es la siguiente división geopolítica digamos a nivel nacional, después viene la división municipal, hay una división provincial que es supramunicipal pero que no tiene relevancia porque no tiene ningún poder de decisión ni político, es meramente histórica” E16-P4

“Cada municipio tiene su red de salud, entonces una coordinación de red grande puede abarcar cinco a seis municipios, ¿no? Por eso es un nivel de gestión y participación en salud supramunicipal” E16-P4

“El grueso está en el subsector público, cajas o seguridad social a corto plazo y sector privado. Entonces ellos tienen que implementar todas las políticas que delinea el ministerio de salud”

E16-P4

“Esta descentralización ha hecho que todas las compras de medicamentos, insumos, mantenimiento de estructura y equipamiento médico estén a cargo los gobiernos autónomos municipales” E16-P4

“Después también una de las ventajas es el departamento que te da la posibilidad de generar más acciones a nivel departamental y municipal porque ellos tienen potestad, sobre todo. La gestión departamental es una buena ventaja” E16-P11

“Tenés quienes tienen algún sistema digital pero que no se conecta con el hospital y se conectan a través de la secretaría de salud, por ahí la obstétrica informa a sus coordinadores, entonces ellos son los que hacen el anexo” E18-P10

“Bueno nosotros tenemos un sistema de salud mixto, partimos de un subsector público y subsector privado donde las obras sociales salvo 3,4,5 que son las más importantes que la gente si o si va a un privado” E19-P3

“El sistema tiene básicamente 3 esferas. El público estatal que da acceso a todas las personas, universal y gratuito, incluso a los extranjeros, no se les niega atención absolutamente a nadie, está el sistema privado que es por pago, y las obras sociales que por lo general están vinculadas al contrato empleador-empleado, uno hace un aporte y se le descuenta eso de su aporte, por lo general el IOM” E20-P3

“Entonces quizás ese trato, esas condiciones que se le debe de dar a la persona en este caso la madre deben iniciar desde los centros de salud como son los primarios, aquí tenemos

clasificados en el primer, segundo y tercer nivel; en el primer nivel es donde llega la mujer por primera vez en busca de ayuda, para ver si tiene una prueba positiva para embarazo” E21-P3

“No, en las unidades de salud que ven todas las comunidades gracias a Dios ahí es universal” E21-P5

“Digamos que cuando se trasladó se hace una referencia a un paciente, por ejemplo, del nivel primario a secundario lleva su referencia donde va detallado toda la información y el historial clínico del paciente” E21-P5

Categoría: Universalidad de acceso al sistema de salud

“A nivel del Ministerio de Salud las pacientes embarazadas que van y buscan las unidades ejecutoras del ministerio de salud del MINSA, nosotros aquí lo conocemos como MINSA, ellas no pagan, las embarazadas no pagan igual que los niños menores de 5 años, ellos no pagan en instalaciones del Ministerio de Salud” E7-P3

“La afiliación para tener una serie de beneficios en todas las prestaciones que ofrece el Estado, eso incluye cualquier persona que vive en el territorio nacional, independientemente de su nacionalidad” E6-P5

“En general todas las mujeres del país, gestantes principalmente y niños, son afiliados al sistema cuando no tienen otro seguro digamos que sea particular, o el seguro social que le llamamos acá” E6-P5

“Si por ejemplo un paciente no tiene seguro social solamente tiene que pagar la consulta ósea igual es atendido, solamente que tiene que pagar la consulta del día y la consulta es sumamente económica, es 1 dólar” E7-P2

“Si ellos van a instalaciones de la caja de seguro social deben pagar 1 dólar la consulta porque ahí sí pagan, pero hay ciertos laboratorios que no pagan, específicamente en los laboratorios del VIH y los de sífilis se les hace una exoneración” E7-P3

“Todas las personas tienen acceso porque hay una política nacional entonces mi país es relativamente pequeño así que en cada lugar hay una policlínica para las personas que pertenecen a la caja de seguro social sino hay un centro de salud que pertenece al Ministerio de Salud y sino clínicas privadas, ellas también tienen acceso a las clínicas privadas” E7-P2

“En el 2018 más o menos fue que salió todo esto de la cobertura universal. Si bien todo el mundo tenía acceso, pero qué pasó emm... lo que se logró fue que, a través del FONASA, que es el fondo nacional de salud, se logró que, por ejemplo, si tú tienes una familia constituida y un integrante de la familia trabaja, y su trabajo es no solo remunerado, sino que además está reglamentado, es decir, la persona aporta al sistema jubilatorio, todos sus integrantes tienen acceso a una cobertura de salud” E1-P1

“Se logró como que... cubrir la mayoría de la población, es decir, que creo que hoy en día no hay nadie que no tenga acceso a la salud, eso por un lado” E1-P1

“Sistema público que cubre a toda la población uruguaya, solo que hay gente que opta por el sistema privado y bueno y se controla ahí en el sistema privado. Pero el público, ese acceso es para todo el mundo” E1-P2

“La ley tiene varios objetivos; crear un acceso universal que digamos que en teoría se da porque el estado financia aquellas personas que no pueden cotizar su salud” E2-P3

“La materna en Colombia tiene las puertas abiertas en todos los hospitales” E2-P5

“Ante maternas provenientes de Venezuela e indocumentadas en Colombia y atendemos maternas de otros departamentos que no tienen la empresa planificador de beneficios que

corresponden a ese sitio y aquí no hay restricción porque el estado ha sido muy severo cuando hay una complicación materna, muerte materna, muerte perinatal, el estado es muy severo en las investigaciones y acciones por tal razón ya que ninguna empresa se atreve a hacer algún tipo de traba para la atención de la materna y ningún hospital tampoco, ni las APS ni las empresas desean tener una mala imagen ante el estado por una mala atención ni hospitales” E2-P5

“Nosotros tenemos las puertas de los hospitales abiertas para las maternas, hay hospitales en Colombia donde no se atienden maternas que son de alta complejidad” E2-P8

“El sistema es universal, o sea, todas pueden acceder, el sistema está en función de niveles y se supone que si tú vas al primer nivel y del primer nivel en función de tus necesidades y problema de salud para la solución de esto podría ser ir subiendo de nivel” E3-P8

“Nosotros tenemos, este año inclusive se ha llamado de la universalización de la salud” E4-P8

“Entonces, hay un seguro universal, un seguro integral de salud que las siglas son SIS, seguro integral de salud, ¿no?, que pretende abarcar a toda la población sin distingo, pero es un seguro que es relativamente joven, tendrá pues 5-6 años, no tiene mucho, de repente me equivoco” E4-P7

“Bueno las que tienen seguro social no tienen que pagar absolutamente nada en ninguna unidad ejecutora de la nación, publicas, pero sin embargo si una embarazada viene a atenderse al seguro que es donde yo trabajo, ella tiene que pagar un balboa que acá en realidad pues es muy mínimo el costo de la atención para ella hacer su seguimiento en esta institución, pero ella es libre de escoger donde se quiere atender” E5-P3

“Todos tienen acceso a las prestaciones, en realidad si hablamos del Ministerio de Salud, es reconocido por la OMS y la OPS como el referente de lo que es la atención en salud aquí en Panamá, pero desde 1941 cuando la creo la caja de seguro social que brindaba prestaciones a los trabajadores, porque se ha establecido un sistema para atención de los trabajadores y

también, por ejemplo, una persona que trabaja puede asegurar a sus hijos ósea tener beneficiarios, incluye a su esposa(o) y a sus padres” E8-P3

“Bueno acá en el Perú se está tratando de implementar el sistema universal de salud y si las personas no tienen seguro del estado, que son 2 instituciones, “Es Salud” corresponde a seguridad social todas las personas que trabajan y aportan, ósea obligatoriamente todos los que trabajan aportan a la seguridad social entonces tienen acceso al sistema de salud que es toda una red prestacional” E10-P3

“El resto de las personas que no trabajan y que no les descuentan por los servicios de salud pueden acceder al “SIS” (seguro integral de salud) ese es un seguro del MINSA, entonces ahí pueden ingresar absolutamente todos, pasan por una evaluación porque si se supone que la gente no trabaja, es gente pobre entonces se hace de todas maneras una evaluación porque hay gente que no trabaja sencillamente porque no necesita trabajar por eso debe hacerse, pero si tienen condiciones económicas bajas ahí si se les permite acceder al SIS” E10-P3

“Porque nosotros no tenemos el sistema que ustedes tienen, nosotros tenemos el sistema de atención gratuita a través del Ministerio de Salud, y también existe el seguro social que está destinado para todas las personas trabajadoras, pero en este caso diríamos las mujeres trabajadoras, entonces también tenemos el seguro de las Fuerzas Armadas y de la policía, pero la mayor población es atendida a través del Ministerio de Salud, y es abierto a toda la población” E12-P3

“La Constitución determina de que toda mujer embarazada en territorio ecuatoriano tiene acceso gratuito 100% a toda la atención y todos los servicios de salud” E13-P6

“Si, totalmente porque ya sea que estén cubiertas por su seguro social de corto plazo y las que no tengan la seguridad social de corto plazo están cubiertas por el SUS (sistema único de salud) donde el estado es universalizado para toda la atención de la mujer. Incluso la ley del SUS ha ampliado a mujeres de cualquier edad, o sea, cualquier mujer puede tener acceso a la salud ahora” E16-P5

“Es un sistema universalizado, todo lo que es la atención y control prenatal, del parto institucional, control en puerperio, el seguimiento” E16-P5

“Las prestaciones al público las tienen todas, porque acá las atenciones al público son "gratuitas" siempre hago comillas en la palabra gratuitas porque nada es gratuito todo sale de impuestos y de la población por eso no podemos hablar de gratuito” E19-P4

Categoría: Acceso a control prenatal

“La cobertura de la atención prenatal es bastante alta en el país, está sobre el 90%, 95%, según las encuestas que se han hecho, pero siempre hay un grupo que todavía presenta dificultades” E6-P11

“El control lo hace la persona que le llegue la paciente porque por ejemplo muchas embarazadas van a atenderse y no saben que están embarazadas, sino que van por otras molestias y el médico que las atiende les manda el test de embarazo, si sale positivo es el médico el que les realiza el control de embarazo, pero si ellas sospechan y se hacen el laboratorio aparte en clínica y se enteran de que están embarazadas ellas buscan el acceso, por ejemplo, donde yo trabajo en el seguro social, ellas van al seguro y sacan el cupo directamente con la enfermera” E7-P6

“Todas las embarazadas que ingresan tienen acceso a todas las prestaciones” E7-P7

“Esa embarazada desde que ella llega el primer día a la captación, generalmente lo hace la enfermera-obstetra capta a la paciente, nosotros evaluamos, le mandamos referencia a otros departamentos que consideramos importantes que son 6; nutrición, salud mental, trabajo social, odontología, ginecología y ultrasonido, desde el primer día que ella llega y se le manda una serie de exámenes de laboratorio, ese mismo día la paciente se le entrega su examen de VDRL y VIH con su protocolo y ella va ese mismo día a laboratorio para que se le realice” E5-P2

“Por ley se ha establecido que las embarazadas en las instalaciones del Ministerio de Salud no pagan, es gratuita, lo primero que se le hace es su captación, se le da su tarjeta de control” E8-P5

“Está viendo la posibilidad de contratar parteras con un perfil en específico, entonces ahí creo que va a haber más posibilidades de tener una cobertura y una atención continua con las mujeres” E9-P6

“El control prenatal lo realiza el médico, la enfermera o el auxiliar del establecimiento de salud de primer nivel y cuando viene a segundo nivel lo hace especialidad el ginecólogo o la ginecóloga, ¿por qué no lo hacemos nosotras? en el caso yo hago atención en gestión comunitaria y administrativa, en el caso del departamento” E15-P16

“El control prenatal es hecho por licenciadas en obstetricia o médicos, médicos de familia, médicos ginecólogos o médicos generalistas” E17-P11

“El control lo hace la obstétrica o la licenciada en obstetricia en casi todos los centros de salud y la verdad es que hay una gran actividad, hay muchas embarazadas que no son la gran mayoría, que están sin controlarse” E18-P2

“En el sector en el que estoy yo, la verdad es que tenemos una buena cifra de embarazadas que se controlan, en algunos lugares podríamos decir que faltarían obstétricas para hacer el control, pero, para que sea un control más integral” E18-P2

“Nosotros tenemos obstétricos en nuestra rama obstétrica y bueno el programa bajaba a cada centro sanitario en cada uno de sus distritos diferentes elementos para la atención, de hecho desde el test de embarazo como también lo que tenía que ver con el sistema nutricional, trabajábamos con un programa llamado provin que era para darle a las mujeres que eran referentes porque también este programa tenía un sistema de comadres como ahí se llaman promotores de salud, las “comadres o las manzaneras” las que acercaban a las mujeres a los centros de salud nos conectaban en el lugar donde nosotros trabajábamos” E19-P6

“Fíjese de que quizás hay un equilibrio entre los dos, solamente quizás las condiciones delicadas que amerita otro seguimiento que vera el médico, pero de lo contrario pues la enfermera está muy bien capacitada para llevar esos controles” E21-P10

Categoría: Acceso a exámenes de pesquisa

“Ya hemos implementado desde ese tiempo las pruebas duales que antes no teníamos, antes teníamos solo las pruebas rápidas individuales” E6-P7

“Trabajamos fuerte para implementar las pruebas rápidas duales, que fueron todo un éxito, yo conozco mucho todo eso de cómo logramos implementar en el país, y luego ya en el 2016 más o menos, que salió el nuevo plan de eliminación donde incluimos el uso de pruebas duales, ¿no?, me parece que la primera compra entró en el 2017 ya de las pruebas duales, y se han ido implementando progresivamente, y ya todo el país usa las pruebas duales” E6-P8 “Durante el primer control de la embarazada se le mandan todos los laboratorios: el VDRL, la prueba de

VIH, todos los laboratorios de inicio de embarazo, lo que es tipaje RH, electroforesis de hemoglobina, la glicemia, todo el paquete de laboratorio se le envía ese día, igual que se le envía al ginecólogo para que la atienda para su segundo control y también las referencias a otras atenciones como ultrasonido si lo amerita depende de cada caso, nutricionista también se le manda a nutrición” E7-P7

“De conversarlas más que todo para que se haga las prueba, en la policlínica donde yo trabajo no hay problema todas llevan los resultados, todas y se hacen sus pruebas gracias a dios de todos los 10 años que tengo de estar ahí trabajando con embarazadas” E7-P14

“El sistema de salud uruguayo lo que tiene es que todas las mujeres embarazadas, a todas, en el primer control de embarazo se les hace un test rápido de VIH y de sífilis, y se les pide a todas por trimestre, la serología de sífilis y de HIV, se les pide ese examen de sangre” E1-P2

“Una vez que la tenga la prueba inmunológica de embarazo positiva la consideramos una paciente gestante, a partir de ahí se desencadena un conjunto de acciones donde en ese mismo momento se le hacen exámenes de laboratorio que están dentro de nuestra norma técnica donde encontramos la hepatitis B, VIH, serología para sífilis, en algunos casos si es de riesgo se hace la de toxoplasma, inmunoglobulinas y todos los exámenes pertinentes” E2-P5

“Otra ventaja que nosotros tenemos acá es que la paciente aunque se haya atendido todos sus controles, una vez llega al hospitales se le hacen nuevamente toda su gama de laboratorio, aunque los tenga recientes igual se les vuelven a hacer” E5-P6

“Se les manda a los laboratorios, entre ellos unos fundamentales son la prueba del VIH y VDRL y en la caja de seguro social, si la embarazada tiene seguro se le realiza inmediatamente los exámenes de VIH y VDRL” E8-P5

“Protocolo de atención inmediata en caso de que salga positivo, porque cuando la gestante ingresa al control lo primero que se le hace es el paquete de análisis” E10-P4

“Atención, en todos los establecimientos de salud se haga la prueba rápida del VIH a todas las embarazadas en su primera consulta y cada trimestre, en el parto y en el post parto. Bueno, cuando ya se incluyó el tema de sífilis, también... bueno se incluyó lo de sífilis” E12-P2

“Hicimos una campaña fuerte, fuerte sobre el tamizaje de VIH en mujeres embarazadas, vimos la oportunidad para poder entrar con la cultura del tamizaje de VIH en mujeres embarazadas y la gente, la comunidad, o sea, logramos posicionar el tema primero en la agenda política, luego en la misma comunidad, en las mismas embarazadas que pidan la prueba, que reclamen la prueba, que exijan la prueba de VIH para evitar que se transmita a su bebé” E13-P5

“Entonces la mujer embarazada la normativa actual establece 5 tamizajes durante todo su proceso, ¿ya?, 3 durante el embarazo, primer control prenatal, segundo control prenatal, perdón, primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre, el momento del parto y a los 6 meses de lactancia” E13-P6

“En todo establecimiento de salud a pesar de que nosotros desde el nivel central no habíamos comprado pruebas, en todo establecimiento de salud ellos tienen que garantizar pruebas para las embarazadas, ¿sí?, para su tamizaje ¿ya? Una vez que la mujer sale diagnosticada como VIH positiva nosotros aquí trabajamos con 2 pruebas rápidas, primero de 4° generación y segunda prueba de 3° generación” E13-P7

“Es que los hospitales todavía quedan profesionales de la vieja guardia que están muy conscientes, muy sensibles y muy comprometidos en que si les llega una embarazada tienen que hacer todo lo que se tiene que hacer para evitar la transmisión al bebé, entonces ellas están pendientes de que les hagan el tamizaje en el parto” E13-P12

“Entonces nosotros en la consulta prenatal podemos detectar el problema de las ITS, se le indica el VDRL a la usuaria, se le hace la valoración en el examen físico y ginecológico y se le manda

el tratamiento que quien lo prescribe es el médico y en algunos lugares, en otros tiene lugar la enfermera” E14-P7

“La enfermera generalmente atiende a la usuaria en el primera consulta y las consecuentes, ella le hace todo el tamizaje que tiene que hacerse, en el Streptococcus hemos tenido problemas porque dicen que no tienen el reactivo, que no consiguieron tal cosa entonces los pretextos, pero es obligatorio en Costa Rica hacérselos para evitar los problemas respiratorios del neonato” E14-P11

“La prueba rápida de VIH se hace a la gestante, a la población en general cuando se hacen campañas de detección temprana que son campañas así nomas "relámpagos" en un día X todos los que quieran hacerme una prueba se hacen la prueba rápida, es así” E15-P6

Categoría: Acceso a tratamiento

“Los otros medicamentos, los que son para el tratamiento antirretroviral también los compramos también a nivel central, lo que son el PCR, el CD4, todo. Incluso, si es que a nivel privado no tuvieran, y muchas veces no las tienen, porque digamos, los medicamentos no es que los encuentres en la esquina en la farmacia, no es algo tan rápido de comprar, entonces nosotros atendemos a los privados gratuitamente, sin mayor problema, eso está en la norma” E6-P7

“En cada región, hay uno o dos establecimientos, dependiendo de la magnitud de la epidemia, establecimientos que brindan tratamiento antirretroviral, entonces ese el punto de referencia de la gestante, ¿no?, o de cualquier paciente con VIH, y ahí es manejada por el equipo, y pues... recibe ahí su tratamiento” E6-P9

“Nosotros tenemos en la policlínica una clínica del TAR del tratamiento, así que nosotros referimos a epidemiología inmediatamente, si la paciente sale positiva es referida de una vez a

epidemiología y es captada por una enfermera o por una infectóloga que también tenemos contamos con 1 y se les da tratamiento desde que nos damos cuenta de que es positiva, cuando es por sífilis es lo mismo, epidemiología y se les da tratamiento a la pareja” E7-P9

“Cuando tiene una serología para sífilis el tratamiento está descrito en la guía de práctica clínica de Colombia del 2014” E2-P7

“Cuando se hizo el seguro popular precisamente se creó una cláusula en donde toda mujer que saliera positiva a esta situación sobre todo el VIH, tenía anteriormente... tu sabes que ese tratamiento es sumamente costoso, entonces es inaccesible para algunas personas y este seguro les cubría todo ese tratamiento tanto de cáncer, cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, VIH y de algunas otras patologías” E9-P9

“Y si te saliera positivo inmediatamente se hace un tratamiento, se buscan contactos de acuerdo con lo que sea protocolizado para ese tipo de atención” E10-P4

“Cuando decimos que es paciente VIH pues a veces lastimosamente la familia es la primera que le da la espalda, entonces es ahí en donde se deben dar los inicios, empezar a trabajar, apoyar y brindarles educación explicándoles cómo será el procedimiento, que le vamos a hacer, el tratamiento que va a llevar y brindarles ese apoyo emocional que la mujer necesita” E21-P4

Categoría: Derivación a la especialidad

“Sí, la verdad es que una vez que alguna de esas pruebas viene positiva, desde ya que atención primaria ya no la sigue controlando, sino que se deriva a otro nivel que tal vez esa pudiera ser una barrera ¿no? que la paciente ya se tenga que desplazar a otro nivel de atención” E20-P7

“En caso de que, por ejemplo, yo tengo una paciente con una sífilis en el primer trimestre y después los estudios vienen bien por así decirlo, las ecografías están bien y la paciente dice yo quiere volver a atención primaria porque me queda cerca, se puede hacer esa referencia, pero

también la contrarreferencia si el nivel siguiente lo aprueba como oportuno, se puede bajar de nivel y atenderse en un primer nivel de nuevo” E20-P7

“Para derivar entre niveles vos tenés que hacer una nota de derivación, de transferencia al otro nivel, eso sí está protocolizado, es un papel donde vos tenés que llenar por qué se deriva, después una vez que vos recibiste esa paciente le abres una historia clínica” E20-P8

“Luego de su control se le hace su prueba de VIH, es a partir de ahí que si la mujer sale positiva necesaria y obligatoriamente las mujeres deben tener un apoyo emocional de parte de un profesional como lo es un psicólogo o una psicóloga que la vaya orientando, apoyando y fortaleciendo porque no es fácil, con solo decir que mire usted tiene VIH a pesar de que hoy en estos momentos es una enfermedad crónica tratable” E21-P3

“De todas formas, si la mujer amerita una hospitalización u otros tratamientos más complicaditos que no hay ahí en ese centro de salud, se le hace referencia al segundo o tercer nivel según las condiciones en la que la mujer se encuentra” E21-P5

“Del segundo nivel, por ejemplo, se puede hacer una referencia dependiendo del caso de la complicación de la patología de la persona, pero también está la vía telefónica donde se dice mandamos paciente fulanito de tal en esta y estas condiciones con este tratamiento y es necesario que lo evalúe tal especialista o algo así” E21-P5

“Además si por ejemplo una patología que es complicada y el promotor la tiene que referir, pues le hace una referencia y con un familiar o con otra persona de apoyo, vecinos y líderes comunitarios que les dan apoyo a los promotores y que ellos también se capacitan para que de una u otra forma puedan ayudar trabajando en equipo con el promotor, de esta manera puedan ayudar a estas personas” E21-P9

Dimensión: Rol de la matronería en la eliminación

Categoría: Tratamiento de casos

“En el caso de la sífilis, nosotros le indicamos el tratamiento, y en el caso del VIH, la paciente se deriva a un centro que se llama Instituto de Higiene, y ahí es donde la sigue una epidemióloga y una infectología, y le realiza el tratamiento” E1-P14

“Antes nosotras no podíamos medicar a las embarazadas, es decir, a ninguna mujer, no podíamos medicarla. Hoy gracias a Dios se logró, gracias a muchas luchas, se logró el vademécum obligatorio de las parteras, en donde nos habilita a prescribir determinadas medicaciones, por ejemplo, para tratar infecciones genitales bajas, para tratar infecciones urinarias, y para tratar la sífilis” E1-P4

“Hoy en día se ha logrado eso, ¿no?, de que nosotras podamos prescribir esa indicación y ser tratada como en el momento” E1-P5

“Nosotras con la nueva ley que salió en el 2015, las medicamos nosotras y las controlamos pidiendo interconsulta con infectología, si no, las derivamos al segundo nivel, pero lo que es el tratamiento es un tratamiento controlado, el día que se hace el diagnóstico de sífilis se la trata ese día y se la da una orden para que vuelva la semana siguiente y a la siguiente, son 3 dosis que les damos nosotros, y se tiene que anotar si pasa por el consultorio a avisar que se colocó la penicilina” E18-P6

Categoría: Consejería y educación

“Siento que lo más importante es orientar en ese primer control, ese primer contacto que tiene con ese paciente orientarla sobre el examen, hacerle ver a ella que la importancia de hacerse el examen más que todo no tenerle temor porque yo le digo a ellas” E7-P14

“La educación que uno le brinde a esa mujer de la importancia que tiene el tratamiento, y la educación, ¿sabes en qué me parece?, sobre todo en mujeres no gestantes, bueno en gestantes también, pero es como la educación en la prevención de esa enfermedad” E1-P8

“Nosotros tenemos, por ejemplo, en los centros de salud, lo que hacemos es realizar clases de preparación para el parto por ejemplo, para las embarazadas, entonces eso es como un rol fundamental en la educación a esa embarazada” E1-P11

“Parteras, y unas de las competencias bueno, es la educación en la promoción y prevención en salud. Creo que de hecho, lo que más hacemos en Uruguay a veces, es más la educación que capaz que la asistencia de un parto” E1-P11

“El protagonismo que tienen las obstetras en relación a la comunidad y el primer nivel de atención y la sensibilidad, el humanismo y todas esas llegadas que tienen a las pacientes ha tenido su efecto” E3-P5

“Estamos internalizando en nuestro rol más importante es en los primeros niveles de atención, porque es allí donde tenemos que estar más directamente con la comunidad y donde nuestra labor preventiva tiene que ser eficiente” E4-P10

“Porque de profesionales de los servicios, y de los profesionales de la Universidad están sensibilizados sobre lo que es la interculturalidad, el respeto a la interculturalidad” E4-P19

“Yo creo que hace mucho tiempo atrás yo tuve una experiencia que me pareció muy positiva, que era de trabajo en terreno dentro de la comunidad, en donde los profesionales salen a la comunidad, tienen un contacto y ese vínculo genera una confianza que hace puedas hablar de todos los temas, y cuando pasa eso a veces uno va al barrio y decís bueno vamos a hacer una charla sobre un tema, aquí uno puede dar herramientas y la información y educación en determinados temas como lo que es el uso de preservativo, el hecho de concurrir precozmente si está embarazada, de la importancia de hacerse los estudios, de que significa tener determinada enfermedad y que patología o que problemas nos puede trae” E18-P11

“Pues si no es así entonces solicitarle, darle hincapié ,educación, charlas, estrategias en las comunidades y casas de estas personas para que las mujeres se inscriban lo más pronto posible

a sus controles de embarazo, reciben ese tratamiento oportuno y dándole toda esa educación”
E21-P5

“Si nosotros le educamos y todo pues ella va a ir comprendiendo y aceptando de mejor manera que lo más probable que su parto sea vía abdominal por las condiciones verdad” E21-P5

Categoría: Auditoria de casos

“Cada niño que sale infectado lo investigamos operativamente para conocer los procesos, qué pasó, dónde se falló, si hubo una mala referencia, si no hubo un acompañamiento adecuado”
E6-P10

Categoría: Tamizaje

“Las colegas son las que comandan ahí en el tema del tamizaje” E6-P6

“Si por ejemplo, nosotros tenemos una embarazada con sífilis positivo, se le pide la prueba cuantitativa para saber los marcadores, para saber las IgM, y se trata independientemente de que sea una enfermedad actual o un recuerdo, se las trata siempre” E1-P2

“El protocolo de acá del sistema de Bolivia sería, una prueba rápida sale positiva, le pedimos otra de confirmación una ELISA o un western blot, una vez que salga en esas pruebas positivas se inicia el tratamiento aquí y aquí mismo se hacen las pruebas” E15-P12

“Nosotras cuando viene una paciente a control a toda se les pide serología y se les pide serología a la pareja” E18-P5

Categoría: Seguimiento de casos

“Le ponemos numero 1 al primer control y numero 2 a las 28 semanas que le repetimos la prueba, entonces pues si esa paciente sale positiva en VDRL de una vez se le informa al departamento de epidemiología y ellos captan a la paciente, la llaman, le dan seguimiento,

tratamiento y hacen la captación de la pareja, se le da seguimiento hasta que la mujer pues salga del embarazo, una vez si ese producto sale positivo pues que a veces ha sucedido a pesar del tratamiento, esto es captado y también seguido en una clínica que hay acá para el recién nacido con VDRL, que es la misma clínica para el VIH, nosotros nos manejamos” E5-P2

“Mira que yo soy coordinadora materno-infantil del área donde yo estoy y hacemos reuniones mensuales para ponernos al día respecto a todas las embarazadas que han salido con sífilis y todos los RN que han salido con sífilis, para saber a quién se le ha dado seguimiento y a quien no, quien abandonó el tratamiento o no lo completó, ese tipo de cosas” E5-P2

“Nosotros decidimos utilizar unas tarjetas y estas a la embarazada se le da el seguimiento del tratamiento que recibe, tiene que estar firmada, entonces hay un sistema que se llama “SISDIT”, donde se meten todas las pacientes que tienen algún tipo de diagnóstico, que necesiten de vigilancia epidemiológica y lo maneja tanto MINSA como CSS (caja seguro social) a cualquier nivel” E5-P4

“Por decirte a veces una mujer viene, se atiende en la unidad ejecutora donde trabajo y le sale positivo y de repente la mujer se pierde del área, no sabemos, se llama, busca, no se mudó, no está, perdió el teléfono, etc” E5-P5

“Cuando ella llega a una unidad ejecutora ya sus datos están en el sistema y por ahí donde ella llegue se capta la paciente. Nos ha pasado de acá que se van a otras áreas y de allá llaman e informan tenemos a la paciente “tanto” a ver que respuesta nos tiene con respecto al tratamiento que ella recibió o si no lo recibió” E5-P5

Categoría: Pesquisa de casos

“Las colegas conocen, hacen sus reuniones cada cierto tiempo, tienen un flujo definido de referencia; entonces la colega de primer nivel que capta una gestante con VIH, la refiere, pero es una referencia acompañada, “Nosotros le llamamos un acompañamiento individualizado, y eso también lo hemos puesto más específico en la última norma que salió, de tal manera que

asegure las coordinaciones, no solamente con el equipo que la va a recibir y va a iniciar su tratamiento, sino, las coordinaciones administrativas” E6-P10

“Hacemos una pesquisa de todas las gestantes y las normas es que se repite 2 veces la prueba de VIH, en el primer trimestre y en el tercer trimestre se hace la prueba de VIH en la gestación” E15-P6

Dimensión: Desafíos para la Eliminación

Categoría: Avanzar en promoción y prevención

“Cuando hablamos de personas indigentes, niños/jóvenes drogadictos, pues la verdad es que ellos necesitan una estrategia diferente para poderlos llevar a esos centros de salud verdad y eso se trabaja poco” E21-P7

“Bueno ahí a nosotros nos faltaría esa parte de la atención preconcepcional, tener más énfasis en esas estrategias para disminuir lo que es una infección de transmisión sexual, por ejemplo, trabajar más esa parte con los adolescentes, también porque como en todo el mundo los adolescentes nuestros también están teniendo relaciones sexuales muy tempranamente y embarazándose muy tempranamente” E8-P18

“Debería estar en la educación sexual en los colegios, en las escuelas, debería estar en el empoderamiento de las mujeres desde los colegios, porque cuando ya salen del colegio o cuando están todavía estudiando en colegio es cuando inician su vida sexual. Entonces te hablo ya ahí como sexóloga, o sea, la educación sexual es la base, la educación sexual metódica, organizada, basada en la ciencia y no en religión ni en política, sino la educación sexual basada en la ciencia, una educación sexual que oriente” E13-P13

“Creo que es el seguimiento que se tiene que hacer adecuado en la etapa preconcepcional, que primero tenemos que detectar si los problemas se dieron en el embarazo o se están dando” E14-P12

“En eso estamos trabajando fuertemente las obstétricas, por eso cuando llega una obstétrica al centro de salud de primer nivel de atención no quieren que se vaya, porque la obstétrica va a la escuela, se junta con las madres, porque da charlas con el pediatra, ¿entiendes?” E17-P18

“Hay muchos profesionales que tienden a tratar la enfermedad, pero hay muchos otros que están tratando de trabajar más en prevención y que el paciente sea el que decida sobre sí mismo y sobre sus derechos, que los derechos no son de los profesionales de la salud” E18-P12

“Es importante es que las obstétricas trabajando en lo que tiene que ver con educación sexual integral desde los primeros niveles de enseñanza, porque si uno empieza desde ahí seguramente mañana va a ser diferente” E18-P13

“A mí me parece que ahí las obstétricas tenemos también que tratar de apuntar a la educación, a veces uno dice uff como cambia el sistema de salud, a veces no solamente depende del sistema de salud también tenés que incursionar por otros sectores y me parece que el de educación es importante, eso ayudaría que haya una diferencia” E18-P13

“El acceso a una consulta preconcepcional para preparar a la usuaria y su familia es fundamental me parece a mí que es fundamental” E14-P12

Categoría: Registro clínico único

“Todavía no, todavía no hay. O sea, está dentro de las aspiraciones porque con la regionalización ahora los servicios de salud dependen de los gobiernos regionales” E4-P13

“Entonces hay un expediente electrónico que lo que se pretende es precisamente tener esa continuidad y unificación, pero está todo en proceso, se ha logrado en varias instituciones, pero no ha sido general” E9-P12

“Entonces nosotras hacemos el registro digital, el registro en una historia clínica de papel y en la libreta sanitaria de la madre, ella se va con la libreta sanitaria y nosotras nos quedamos con

la historia por si el sistema no funciona, y en el hospital la colega que recibe también le llena la libreta de la madre y hace un registro escrito también para que quede en el hospital” E18-P10

Categoría: Descentralismo profesional

“Pienso que el problema es un poco más estructural porque si ahorita mismo con las condiciones que tenemos, los médicos de los municipios pudieran llegar a las poblaciones indígenas con más efectividad, pudieran coordinar o hacer una mejor gestión en salud con las autoridades indígenas podrían llegar a tener buen acceso y cobertura” E16-P10

“Entonces para los concursos se califican más aquel que ha hecho el SERUMS en una zona alejada” E4-P11

“En la selva ellos tienen sus, ellos son un poco más organizados porque tienen sus comunidades grandes, pero también las comunidades del Andes son muy solidarias, sin embargo, el factor profesional se está, está ingresando para formar los líderes dentro de esas comunidades” E4-P23

“Osea más personal de salud que apoye y colabore en las acciones de prevención y seguimiento, porque generalmente en los puestos de salud hay dos personas: un médico y una enfermera” E15-P25

Categoría: Gobernanza local

“Los gobiernos regionales no tienen como prioridad la eliminación, por ejemplo, de la transmisión materno-infantil, poco le va a dedicar en tema de recursos financieros, humanos y todo eso, entonces eso yo la verdad que espero abordarlo para el otro año” E6-P14

Categoría: Capacitación profesional continua

“Hemos trabajado mucho es en capacitar a las colegas para una adecuada técnica y de lectura también y todo eso” E6-P8

“Hay cosas muy particulares que hay que trabajarlas más finas con las colegas en relación, por ejemplo, a la identificación de riesgos, ¿no?, porque ahí se está detectando el tema de que la pareja tiene múltiples parejas sexuales, de que hay un tema de violencia, de que hay un tema social relacionado a que a veces no tiene para comer la paciente, un tema cultural... que son justamente los casos de madres que están resultando en niños infectado” E6-P14

“Porque fue un acuerdo en realidad en que nosotros quedamos en que bueno, ustedes nos permiten el vademécum, y nosotras de nuestro lado es, seguir formándonos en farmacología, porque en realidad nuestra formación en farmacología es muy básica” E1-P5

Categoría: Sentido de las intervenciones

“Necesitamos tener intervenciones ya desde lo específico a lo grueso, porque ya el tema no está en las grandes masas, que la atención prenatal, obviamente siempre hay que cuidar el tema de la calidad y todo eso” E6-P14

Categoría: Normativas adaptadas a la realidad local

“Hemos sacado una nueva norma para tener un manejo diferente, por ejemplo, ¿no?, está permitida la lactancia materna, pero siempre y cuando la madre y el niño estén recibiendo tratamiento, ¿no?, o sea, que estén recibiendo antirretrovirales” E6-P12

“Un protocolo que es más urbano digamos, donde no contemplaba estas particularidades culturales, entonces a raíz de eso sacamos una norma... un poco para adaptar a las zonas, pero la mayoría son de zonas selva, de estas comunidades donde las condiciones justamente son complejas para el acceso, para el monitoreo, la adherencia y todo el cumplimiento del protocolo” E6-P12

“Esperamos sacar un nuevo plan, con intervenciones más específicas, más localizadas, porque como te decía, nuestra tasa de transmisión materno-infantil está mayormente en las zonas selva por ejemplo” E6-P14

Anexo 4: Artículo derivado de este estudio

EVOLUCIÓN DE LA TASA DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DE VIH EN PAÍSES DE SUDAMÉRICA, PERIODO 2013 AL 2019

EVOLUTION OF THE MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION RATE OF HIV IN SOUTH AMERICAN COUNTRIES, PERIOD 2013 TO 2019

Ingrid Vargas-Stevenson¹, Anamaria Silva-Dreyer², Byelca Huaman-Zevallos³, David San Martin-Roldan⁴, Victor Díaz-Navaez⁵

¹ Doctoranda Universidad Autónoma de Barcelona, España; Escuela Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaíso, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7326-9690>

² Escuela Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaíso (hasta mayo 2022), Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud Universidad de Valparaíso, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9858-4125>

³ International Center for AIDS - Care and Treatment Programs - Columbia University, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8390-1378>

⁴ Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad Diego Portales, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3208-8823>

⁵ Facultad de Odontología, Universidad Andres Bello, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5486-0415>

Autor de correspondencia: Ingrid Vargas-Stevenson

Ingrid.vargas@uv.cl

RESUMEN

En los niños infectados por el VIH, la principal causa sigue siendo la transmisión materno-infantil: embarazo, parto o lactancia. Según el informe de la OPS/OMS de 2019, la tasa de transmisión materno-infantil del VIH en América Latina es del 12%. El objetivo del estudio fue analizar la evolución de la tasa de transmisión materno-infantil del VIH, así como su incidencia en los países de América del Sur en el período comprendido entre 2013 y 2019.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con un diseño de estudio ecológico y multigrupo para medir el comportamiento de los indicadores después de la implementación de políticas públicas en un período determinado. La recolección de datos se realizó a través de sitios web oficiales y/o con referentes responsables de TMI de los Ministerios de Salud de los 10 países latinoamericanos de la región sudamericana.

En general se observa una disminución de los valores en las tasas de TMI del VIH con variaciones importantes entre año y año, pero haciendo poco posible una tendencia sostenida de la reducción de los casos de TMI, con excepción de pocos países. El porcentaje de TMI varió entre 6,3% y 1,0%; mientras la incidencia de casos de TMI varió entre 0,4 y 0,02 por 1000 nacidos vivos. La forma de evolución que adquieren las curvas de las tasas de transmisión materno infantil del VIH en el periodo 2013-2019, son no lineales y las curvas estimadas en este estudio representan la tendencia general en que estas tasas se manifiestan en tiempo.

Los resultados de este estudio podrían orientar a los países de Sudamérica a mejorar sus políticas públicas e impulsar el acceso universal a las medidas de prevención y control del VIH en la población.

PALABRAS CLAVES:

Transmisión vertical, Virus Inmunodeficiencia humana, América del Sur

ABSTRACT

In HIV-infected children, the main cause remains mother-to-child transmission: pregnancy, childbirth or breastfeeding. According to the 2019 PAHO/WHO report, the mother-to-child transmission rate of HIV in Latin America is 12%. The objective of the study was to analyze the evolution of the rate of mother-to-child transmission of HIV, as well as its incidence in South American countries in the period from 2013 to 2019.

A quantitative, descriptive, cross-sectional, descriptive study was conducted with an ecological and multigroup study design to measure the behavior of indicators after the implementation of public policies in a given period. Data collection was carried out through official websites and/or with referents responsible for IMT in the Ministries of Health of the 10 Latin American countries of the South American region.

In general, there was a decrease in the values of MTCT rates for HIV with significant variations from year to year, but little evidence of a sustained trend in the reduction of MTCT cases, with the exception of a few countries. The percentage of MTCT varied between 6.3% and 1.0%, while the incidence of MTCT cases varied between 0.4 and 0.02 per 1000 live births. The form of evolution that the curves of HIV mother-to-child transmission rates acquire in the period 2013-2019, are non-linear and the curves estimated in this study represent the general trend in which these rates manifest in time.

The results of this study could guide South American countries to improve their public policies and boost universal access to HIV prevention and control measures in the population.

KEY WORD

Mother to Child Transmission, Human Immunodeficiency Virus, Southamerica

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS); han definido una serie de orientaciones técnicas y a su vez promueven estrategias para alcanzar la meta de eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la Sífilis Congénita (SC) en Latinoamérica y El Caribe (LAC). Entre las recomendaciones para eliminar el VIH infantil se encuentran: mejorar el acceso al control prenatal, ofertar el tamizaje de VIH y la entrega, la atención profesional del parto, oportuna de antirretrovirales para las gestantes que viven con VIH, además de la profilaxis antirretroviral a los recién nacidos expuestos, entre otras. En el continente americano, se han reportado distintos estados de avance respecto a este problema de salud pública dado que los países de LAC progresivamente han implementado normativas para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH y SC, las cuales se basan en las recomendaciones de la OMS/OPS (46)

En los últimos años la OMS/OPS además de promover la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita; ha incorporado en sus recomendaciones también la eliminación de Hepatitis B y Enfermedad de Chagas, denominado ETMI Plus, siendo un desafío para los países del continente americano. Para el caso de la eliminación de TMI del VIH las metas de impacto son: la reducción de la transmisión materno infantil a menos o igual al 2%, o bien, una reducción de la incidencia de la transmisión materno infantil del VIH a menos o igual a 0.3 nuevas infecciones pediátricas de VIH por 1000 nacidos vivos. (6)

En los niños infectados por el VIH, la causa principal sigue siendo la transmisión madre-niño, ya sea que se produjo durante el embarazo, parto o durante la lactancia materna, esto a pesar de las intervenciones implementadas en los países y los compromisos regionales y mundiales de los países desde el inicio de la epidemia.

En general, los reportes de las acciones de salud para la eliminación de la transmisión materno infantil de VIH muestran avances importantes en América Latina y el Caribe para reducir las infecciones por VIH, aunque de manera desigual entre los países y dentro de los ámbitos nacionales. Según el último reporte de la OPS/OMS publicado en el 2019 con información de los países al 2018 proporcionada por los Ministerios de Salud, la tasa de

transmisión materno-infantil del VIH en Latinoamérica disminuyó de 17% a 12%, evitándose unas 30,800 nuevas infecciones por VIH en los niños (1).

Respecto a la búsqueda de la certificación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH por los países, ésta depende del cumplimiento de las metas de impacto propuestas por la OMS/OPS (tasa menor o igual al 2% o una incidencia menor o igual a 0.3 nuevas infecciones pediátricas de VIH por 1000 nacidos vivos); además del alcance de los indicadores de cobertura mayor al 95% de gestantes que reciben atención prenatal, tamizaje para VIH y tratamiento antirretroviral para aquellas que resultan infectadas. La certificación de la ETMI, implica la verificación en campo de los datos y de la calidad de los mismos; así como la evaluación de la gestión de la calidad del laboratorio y de los servicios de salud. Todo ello, sumado al cumplimiento de los derechos humanos, equidad de género y participación comunitaria en las estrategias que aplican los países para la ETMI(3).

El objetivo del estudio fue analizar la evolución de la tasa de transmisión materno infantil de VIH, así como su incidencia en países de Sudamérica en el periodo comprendido entre los años 2013 al 2019.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva, transversal, con un diseño de estudio de tipo ecológico, de multigrupo, ya que se muestra la tasa del evento de varios grupos durante el mismo período de tiempo, en este caso, la tasa de la transmisión materno-infantil del VIH en los países de Sudamérica en el periodo 2013 al 2019 (47). Considerando que la comparación entre países se basa en una línea de tiempo, el tipo de estudio ecológico pretende medir el comportamiento de ambos indicadores posterior a la implementación de políticas públicas en un periodo determinado, en este caso, las intervenciones para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH (48).

Para la recolección de los datos se realizaron gestiones a través de las plataformas de transparencia de los países, sitios web oficiales y/o con referentes responsables de TMI de los Ministerios de Salud de los 10 países latinoamericanos de la región de Sudamérica. Del total de países, se obtuvo información oficial de la mayoría de ellos, que fueron incluidos para el análisis de datos.

Cuadro 1. Fuente de información de los países incluidos en el estudio

PAÍSES SUDAMÉRICA QUE REPORTARON DATOS	TASA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (%)	INCIDENCIA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL (por 1000 nacidos vivos)	FUENTE
Argentina	Si	Si	Sitio web oficial
Bolivia	No	Si	Sitio web oficial
Brasil	Si	Si	Sitio web oficial
Chile	Si	Si	Transparencia / Sitio web oficial
Colombia	Si	Si	Sitio web oficial
Paraguay	No	Si	Sitio web oficial
Perú	Si	Si	Transparencia
Uruguay	Si	Si	Sitio web oficial
Ecuador	No	No	Datos no validados

Venezuela	No	No	No disponibles
-----------	----	----	----------------

Elaboración propia, 2021

La recolección de la información incluyó las siguientes variables: número de niños expuestos nacidos de madres infectadas por VIH, número de niños infectados por VIH, número de niños negativos a VIH, número de niños nacidos vivos estimados. Todos los datos fueron recopilados por país y por año de acuerdo al periodo definido para este estudio.

Para el análisis de la tasa de transmisión materno infantil de VIH (porcentaje de niños nacidos de madres infectadas por el VIH que resultaron VIH positivos). El numerador correspondió al número de niños nacidos por año calendario de madres infectadas por el VIH que fueron diagnosticados como VIH positivo. El denominador correspondió al total de niños nacidos de madres infectadas por el VIH que tuvieron diagnóstico definitivo (VIH positivo o negativo) amplificado por 100(46).

Para construir la tasa de incidencia (casos reportados de transmisión materno infantil del VIH por 1000 nacidos vivos); el numerador correspondió al número de niños nacidos en un año calendario de madres infectadas por el VIH que fueron diagnosticados como VIH positivos y, el denominador correspondió al número estimado de nacidos vivos en el periodo definido (46).

Para el levantamiento de la información, se construyó una tabla excel, en el cual se ingresaron la información recopilada y reportados por los Ministerios de Salud de cada país. Se calculó la evolución de la tasa y la incidencia de la transmisión materno infantil de los países de la región incluidos en el estudio para el periodo 2013 - 2019.

Para el análisis estadístico, se utilizó el software Minitab, versión 18.0, utilizando la información de la tasa de transmisión materno infantil VIH por cada 1.000 nacidos vivos. Los valores de las tasas de incidencia de transmisión materno infantil del VIH ajustadas por país y en Sudamérica fueron empleados para el análisis de tendencia. Se estimaron la forma de las curvas y las ecuaciones de regresión. Las fórmulas de los modelos de regresión empleadas fueron las siguientes: Cuadrático: $Y_t = \beta_0 + \beta_1 * t + (\beta_2 * t^2) + e_t$ and **Curva en S:** $Y_t = (10^a) / (\beta_0 + \beta_1 * \beta_2^t)$. Adicionalmente fue estimado el error porcentual absoluto medio (MAPE), que expresa la exactitud como un porcentaje del error de la

estimación de la ecuación de regresión; la desviación absoluta de la media (MAD), viene a expresar exactitud en las mismas unidades de los datos; y la desviación cuadrática media (MSD), mide la exactitud de los valores de las series de tiempo.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los valores absolutos de las tasas de incidencia de la transmisión materno-infantil del VIH en los países de América del Sur analizados entre el año 2013 y 2019. Todos los países reportaron tasas menores a la tasa de eliminación a excepción de Colombia en un periodo (2019). Sin embargo, a pesar de presentar estos valores, no ha sido posible sostenerla en los diferentes años del periodo estudiado que permita certificarlos como en estado de eliminación.

Los países con la tasa promedio más alta en estos periodos son Bolivia y Colombia, y la más baja Chile. En cuanto a la tasa promedio de Sudamérica, ésta fue más alta en el año 2019 y la más baja en el año 2014.

Tabla 1. Tasa de Incidencia de Transmisión Materno Infantil de VIH en países de América del Sur. Años 2013 – 2019 (por cada 1.000 nacidos vivos)

Year	Argentina	Bolivia	Brasil	Chile	Colombia	Paraguay	Perú	Uruguay	South American
2013	0,0700	0,1275	0,0200	0,0210	0,1442	0,1000	0,0600	0,0400	0,0728
2014	0,0730	0,0571	0,0581	0,0480	0,1031	0,0600	0,0500	0,0800	0,0662
2015	0,0780	0,1480	0,1000	0,0490	0,0817	0,0300	0,0600	0,0800	0,0783
2016	0,0670	0,1480	0,1100	0,0210	0,1004	0,0630	0,0700	0,0400	0,0774
2017	0,0700	0,1480	0,1200	0,0320	0,0746	0,0340	0,0600	0,0500	0,0736
2018	0,0540	0,2379	0,1300	0,0410	0,0662	0,0440	0,0600	0,0520	0,0856
2019	0,0540	0,2805	0,0981	0,0430	0,3994	0,0530	0,0530	0,0280	0,1261
Promedio País	0,067	0,164	0,091	0,036	0,139	0,055	0,059	0,053	0,083

Fuente: Ministerios de Salud de los países, 2021

En la Figura 1 se grafican las tasas antes señaladas y se observa que Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay, en general, tienden a disminuir el valor de las tasas de transmisión materno infantil del VIH, mientras que Bolivia, Brasil, Chile y Colombia, y el promedio para todos

los países de Sudamérica, tiende a aumentar la TMI de VIH. Todos los países presentaron variaciones en los valores entre 2013 y 2019, no mostrando una tendencia sostenida hacia disminución.

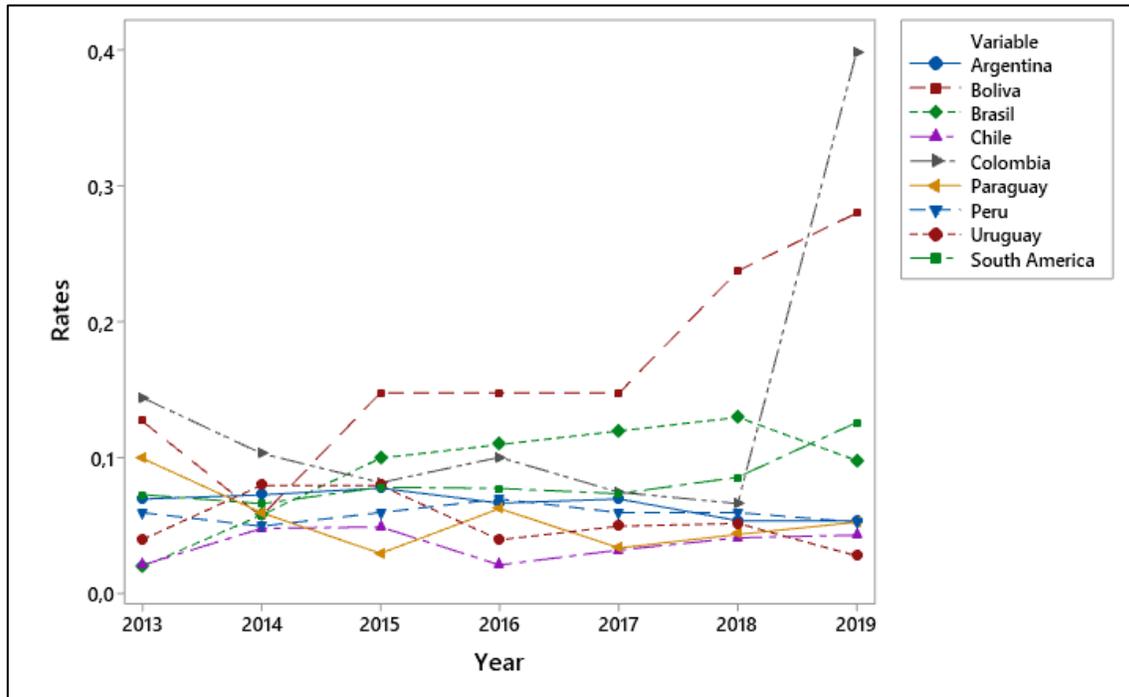


Figura 3. Tasa de Incidencia de Transmisión Materno-Infantil de VIH en países de América del Sur. Años 2013 – 2019 (por cada 1.000 nacidos vivos)

En la Tabla 3 se presentan los tipos de regresión, las ecuaciones de regresión correspondiente y los errores MAPE, MAD y MSD. Los signos correspondientes a cada uno de los parámetros de las ecuaciones avalan las tendencias de la tasas de TMI del VIH antes señaladas. En general se observa que los crecimientos y decrecimientos de los valores, en su mayoría, están en correspondencia con datos que se comportan en forma cuadrática y, por tanto, son no lineales. Adicionalmente, los valores de los errores estimados, en general, son bajos. Como

consecuencia, es posible afirmar que los datos de estas tasas TMI del VIH se ajustan bien a la forma generalizada de regresión encontrada.

Tabla 2. Resultado del análisis de tendencia de la tasa de incidencia de la transmisión materno-infantil de VIH en países de América del Sur. Años 2013 - 2019

País	Tipo de ecuación	Ecuación de regresión estimada	MAPE	MAD	MSD
Argentina	Quadratic	$Y_t = 0,06686 + 0,00540 \times t - 0,001095 \times t^2$	5,06530	0,00320	0,00001
Bolivia	S curve	$Y_t = (10^0) / (0,587839 + 24,9699 \times (0,730945^t))$	22,54400	0,03000	0,00140
Brazil	Quadratic	$Y_t = -0,0388 + 0,06275 \times t - 0,006066 \times t^2$	6,29500	0,00510	0,00003
Chile	Quadratic	$Y_t = 0,0304 + 0,0019 \times t - 0,00008 \times t^2$	39,97200	0,00940	0,00010
Colombia	Quadratic	$Y_t = 0,305 - 0,1515 \times t + 0,02199 \times t^2$	51,09400	0,04990	0,00370
Paraguay	Quadratic	$Y_t = 0,1249 - 0,0366 \times t + 0,00382 \times t^2$	19,92150	0,00930	0,00020
Perú	Quadratic	$Y_t = 0,0484 + 0,00711 \times t - 0,000893 \times t^2$	6,82280	0,00390	0,00002
Uruguay	Quadratic	$Y_t = 0,0403 + 0,0156 \times t - 0,00250 \times t^2$	23,21690	0,01210	0,00020
South America	Quadratic	$Y_t = 0,0879 - 0,01491 \times t + 0,00273 \times t^2$	8,53080	0,00711	0,00006

MAPE: Error porcentual absoluto medio; **MAD:** Desviación absoluta media; **MSD:** Desviación cuadrática media

Fuente: Elaboración propia, 2022

En la Tabla 3 se presenta la tasa de transmisión vertical del VIH (en porcentaje), en donde se observa que de la totalidad de los países estudiados, solo Colombia logra la meta en 3 periodos consecutivos (2017, 2018 y 2019) y Uruguay en 5 períodos consecutivos (2015 al 2019). Los valores más altos se observan en Chile (2014 y 2015) y en Perú (2013, 2015 y 2016). En relación al promedio de Sudamérica, el valor más bajo correspondió al año 2019 y el más alto al año 2015.

Tabla 3. Porcentaje de Transmisión Materno-Infantil de VIH en países de América del Sur. Años 2013 – 2019

País	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Argentina	4,2	4,2	3,7	3,0	3,1	(*)	(*)
Bolivia	sd						
Brasil	1,0	2,3	3,7	3,9	4,3	4,5	3,8
Chile	2,6	5,1	6,3	2,1	2,6	2,4	2,3
Colombia	3,4	3,8	2,7	2,3	1,9	1,5	1,4
Paraguay	sd						
Perú	4,8	4,1	4,6	5,7	4,3	3,8	3,3
Uruguay	1,6	2,9	1,8	1,5	2,0	1,8	1,5
América del Sur	2,9	3,7	3,8	3,1	3,0	2,3	2,1

Fuente: Ministerios de Salud de los países, 2021

(*) Ministerio de Salud de Argentina informa la ausencia de datos de laboratorio cercana al 40% en años 2018 - 2019, lo que no permite una adecuada estimación de la tasa de transmisión vertical del VIH (49)
sd = No fue posible conseguir la información para construir el indicador.

DISCUSIÓN

En general se observa una disminución de los valores en las tasas de TMI del VIH con variaciones importantes entre año y año, pero haciendo poco posible una tendencia sostenida de la reducción de los casos de TMI, con excepción de pocos países. El porcentaje de TMI varió entre 6,3% y 1,0%; mientras la incidencia de casos de TMI varió entre 0,4 y 0,02 por 1000 nacidos vivos.

La forma de evolución que adquieren las curvas de las tasas de transmisión materno infantil del VIH en el periodo 2013-2019, son no lineales y las curvas estimadas en este estudio representan la tendencia general en que estas tasas se manifiestan en tiempo.

Las limitaciones del estudio que se pueden mencionar corresponden a las dificultades para acceder a datos oficiales, no logrando el de 2 países latinoamericanos de la región sudamericana. Por otro lado, estudios publicados relacionados a la incidencia por 1000 nacidos vivos de transmisión materno infantil del VIH son poco utilizados por los países. En cuanto al porcentaje de transmisión vertical de VIH no se pudo obtener información de 4 países latinoamericanos de Sudamérica, en particular Argentina, se informó que no fue posible construir el indicador para los periodos 2018 y 2019. Por otro lado, la estimación de curvas ajustadas a los datos observados, en estudios de regresión, son más exactas en la medida que el número de estos sean más grandes. Consecuentemente, la estimación realizada de las curvas en este estudio tiene el sesgo de haberse realizado en pocos años. Por lo tanto, se debe considerar estos tipos de curvas como una aproximación a la forma de la curva de las tasas estudiadas en los países analizados, así como en América del Sur.

Las políticas públicas en el los países de Sudamérica, en general han buscado favorecer la atención en los servicios de salud; acorde con los avances y recomendaciones a nivel mundial, se han implementado diversas estrategias para mejorar el acceso de las gestantes al tamizaje de VIH y la entrega de tratamiento antirretroviral oportuna, siendo la detección precoz de la infección del VIH en gestantes el pilar más importante para la prevención de transmisión materno-infantil, conjuntamente con la atención prenatal lo más impulsado (50)(51). Esta mejora en las políticas públicas de los países podrían haber contribuido en la disminución de la tasas de TMI del VIH en los países, pero que probablemente no están

siendo de alcance de todas las gestantes o está llegando de manera tardía, por lo que la eliminación parece aún no posible en la región.

En el marco de la iniciativa de la eliminación de la transmisión materno infantil -Plus (1)), también se reconoce que los logros más destacados en el campo de salud pública es el diseño de intervenciones para la prevención del VIH en las gestantes, aunque no se ha logrado la eliminación en los países de Sudamérica a la fecha. De acuerdo a la “*estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita*”; con el objetivo de fortalecer la vigilancia mundial y permitir la comparación de resultados entre los países, la OMS recomendó el uso de indicadores básicos, siendo las metas de impacto: i) reducir la transmisión materno infantil del VIH a menos del 2% y, ii) reducción de la incidencia de la transmisión materno infantil a 0,3 por 1000 nacidos vivos o menos, además de iii) la reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 por 1000 nacidos vivos o menos.

Un artículo publicado con datos al 2005 y cuyo objetivo fue conocer el comportamiento epidemiológico de la transmisión vertical en el Cono Sur americano, de la revisión de datos de los países de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Perú y Uruguay, estimó el porcentaje de TMI promedio del 3% (11). Los datos más actuales publicados por la OMS/OPS al 2018 muestran tasas de transmisión materno-infantil del VIH estimadas (%) que pueden variar entre 4 y 23% en Latinoamérica. (3)

Según el informe de la OPS/OMS publicado en el 2019 elaborado con datos cerrados al 2018; el diagnóstico temprano en las gestantes fue una política generalizada en la Región de las Américas, así como en los lactantes favoreciendo un mejor seguimiento de los niños expuestos al VIH; además reflexionan que la disminución de la tasa de transmisión materno-infantil del VIH está asociada con la ampliación del tratamiento antirretroviral de las embarazadas, lo que contribuyó a la reducción de 29% en esta tasa del 2010 al 2017 en América Latina y el Caribe, sólo América Latina en el 2017 el 73% de la gestantes con VIH recibió terapia antirretroviral y se presentó una tasa de transmisión materno infantil del VIH de 11%. (46)

La OPS/OMS para el informe 2019, presentó las siguientes tasas notificadas y estimadas: Bolivia 9% (tasa estimada), Colombia 13,5% (notificada), Ecuador 12% (estimada) y 4,2 (notificada), Perú 8% (estimada) y 3,7% (notificada), Argentina 5% (estimada) y 3,1% (notificado), Brasil 8% (estimada) y 2,5% (notificada), Paraguay 14% (notificada), Uruguay 4% (estimada) y 1,5% (notificada) Chile 4% (estimada) y 1,7% (notificada); cabe señalar que el informe, no reporta datos de incidencia por 1000 nacidos vivos (52). Llama la atención las diferencias de reportes en este informe y lo recolectado a través de los sistemas oficiales de los Ministerios de Salud de los países, esto podría corresponder a actualizaciones posteriores al reporte que se hiciera a la OPS/OMS dado que los datos recolectados para este estudio fue realizada en el año 2021.

De acuerdo a las publicaciones de la OMS/OPS en Latinoamérica, Cuba en 2015 y en 2017, Anguila, Antigua y Barbuda, Bermudas, Islas Caimán, Montserrat, y Saint Kitts y Nevis fueron reconocidos como países que lograron la eliminación del VIH y sífilis congénita. La mayoría de países de Sudamérica está en progreso de alcanzar la ETMI (53). En el 2021, Dominica fue el último país en recibir la certificación de la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis (54)

Uno de los fenómenos fuertemente producidos desde el año 2018 ha sido la migración masiva de la población de los países sudamericanos, siendo principalmente los países con mayor emigración Venezuela y con mayor recepción de migrantes Colombia y Perú, seguidos por Ecuador y Chile ((55)), lo que podría influir en la evolución de las cifras de las tasas TMI del VIH de los países y por ende, la meta de eliminación . Otro factor importante a tomar en cuenta para futuras evaluaciones es la pandemia del coronavirus que inició en el año 2020 y que ha afectado a los países a nivel global, obligando a los países a focalizar sus esfuerzos sanitarios para contenerla.

CONCLUSIÓN

Los países de la región de Sudamérica muestran la evolución a la baja de las tasas de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, pero con variaciones a tomar en cuenta entre países y entre los diferentes años, que parecen hacer poco favorable el logro de la meta de eliminación de la TMI.

Es preciso, además, considerar en próximos estudios los fenómenos sucedidos en los últimos años como la migración de países de sudamérica y la pandemia del COVID a nivel mundial para conocer cómo han afectado los indicadores relacionados a la prevención de la TMI del VIH en los países de la región.

Los resultados de este estudio dejan un desafío a los países de Sudamérica a mejorar sus políticas públicas e impulsar el acceso universal a las medidas de prevención y control del VIH en la población. Así mismo, revisar las causas locales que no permiten una disminución sostenible en el tiempo de las nuevas infecciones por TMI del VIH.

Bibliografía

1. Panamerican Health Organization. New generations free of HIV, Syphilis, Hepatitis B and Chagas disease in the Americas. WDC: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
2. Caffé S, Perez F, Kamb ML, Gomez Ponce de Leon R, Alonso M, Midy R, et al. Cuba Validated as the First Country to Eliminate Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Congenital Syphilis. *Sex Transm Dis* [Internet]. diciembre de 2016 [citado 22 de septiembre de 2018];43(12):733-6. Disponible en:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00007435-201612000-00003>
3. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones Mundiales sobre los Criterios y Proceso para la Validación de la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y Sífilis. 2015;
4. Eke AC, Eleje GU, Eke UA, Xia Y, Liu J. Hepatitis B immunoglobulin during pregnancy for prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 11 de febrero de 2017 [citado 28 de agosto de 2019];(2). Disponible en:
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008545.pub2>
5. Cevallos AM, Hernández R. Chagas' Disease: Pregnancy and Congenital Transmission. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014 [citado 22 de septiembre de 2018];2014:1-10. Disponible en:
<http://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/401864/>
6. Organización Panamericana de la Salud. Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. 2017; Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>
7. WHO. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016 - 2021. *Ops* [Internet]. 2008;16.09:1-38. Disponible en:

[https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN NACIONAL DE SS Y SR 2017-2021.pdf](https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN_NACIONAL_DE_SS_Y_SR_2017-2021.pdf)

8. Naciones Unidas. Salud - Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [citado 26 de agosto de 2019]. Disponible en:
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
9. BANCO MUNDIAL. Nueva clasificación de los países según el nivel de ingreso para el periodo 2018-19 [Internet]. [citado 24 de agosto de 2019]. Disponible en:
<https://blogs.worldbank.org/es/opendata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingreso-para-el-periodo-2018-19>
10. Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios observacionales con diseños transversal y ecológico. *Medwave*. 2019;19(8):e7698.
11. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina. Prevención de la Transmisión Perinatal de Sífilis, Hepatitis B y VIH. 2016;
12. Ministry of Health Commonwealth of Bahamas. National HIV and AIDS Strategic Plan. 2016;1-8. Disponible en:
[http://www.ghan aids.gov.gh/gac1/pubs/EXPRESSION OF INTEREST SUB PROJECT.pdf](http://www.ghan aids.gov.gh/gac1/pubs/EXPRESSION_OF_INTEREST_SUBPROJECT.pdf)
13. Ministry of Health of Barbados. Policy Document on The Prevention of Mother-to-child transmission of HIV in Barbados. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 2003;123(15):2029-32.
14. Ministry of Health of Belize. National HIV Treatment Guidelines. 2012;
15. Ministerio de Salud Estado Plurinacional de Bolivia. Guía para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita. Vol. 353, Ministerio de salud. 2014.
16. Ministerio da Saúde Brazil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas Com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 1°. 2019.
17. Government of Canada. Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections - Canada.ca [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2019]. Disponible en:
<https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/sexual-health-sexually-transmitted-infections/canadian-guidelines.html>

18. Health Canada of the Government of Canada. Oficial Web Site Health Canada. 2019.
19. Ministerio de Salud de Chile. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis [Internet]. Vol. 30, Rev Chilena Infectol. 2013. 259-302 p. Disponible en: www.sochinf.cl
20. Ministerio de Protección Social de Colombia. Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita. 2011.
21. Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de VIH y Sida. J Chem Inf Model. 2007;1689-99.
22. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las ITS y el VIH/SIDA, 2014-2018 [Internet]. 2013. Disponible en: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/cuba-plan-estrategico-its_vih_sida-2014_2018.pdf
23. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Manual de Procedimientos para la Atención de Grupos priorizados (mujer) dirigido a Médicos y Enfermeras (os) de la Familia [Internet]. 2011. Disponible en: <http://search.bvsalud.org/portal/resource/en/lil-710677>
24. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Guía de Prevención y Control de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis Congénita, y de Atención Integral de Niños/as con VIH/SIDA. 2013.
25. Ministerio de Salud, Gobierno de El Salvador. Guía clínica para la atención integral en salud de las personas con VIH [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.sv>
26. Department of Health and Human Services of United States. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. 2017; Disponible en: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/0Ahttp://aidsinfo.nih.gov/0Ahttps://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
27. Department of Health and Human Services of United States. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2015.

28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República de Guatemala. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. 2018.
29. República de Haití. Ministerio de Salud Pública y Población de Haití. 2019.
30. Secretaria de Salud de Honduras. Normas Nacionales Para la Atención Materno-Neonatal. 2010.
31. Secretaría de Salud de Honduras. Normas de Atención Integral a la Embarazada para la Prevención de la Transmisión del VIH de Madre a Hijo o Hija. 2008.
32. Gobierno Federal de México. Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de la Sífilis Congénita en el Primero y Segundo Nivel de Atención. 2011.
33. Ministerio de Salud de Panamá. Normas para el Manejo Terapéutico de las Personas con VIH en la República de Panamá. 2007;
34. Ministerio de Salud de Panamá. Normativa Nacional para el Abordaje Integral de las Infecciones de Transmisión Sexual en Panamá. 2014.
35. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. Programa Nacional de Control VIH, ITS, SIDA. 2019.
36. Ministerio de Salud de Perú. Norma Técnica de Eliminación Transmisión Materno Infantil VIH, Sífilis y Hepatitis B. 2019;
37. Ministerio de Salud Pública, República Dominicana. Norma Nacional para la Prevención y Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. 2012.
38. Ministry of Health. UNGASS COUNTRY PROGRESS REPORT Trinidad and Tobago. 2010;(December 2009). Disponible en:
<http://www.health.gov.tt/sitepages/default.aspx?id=224>
39. Ministerio de Salud de Uruguay. Situación de Sífilis Congénita y TV de VIH. 2015.
40. Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Guía Nacional para la Prevención del VIH SIDA ITS. Caracas; 2011.
41. Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. Guia de Tratamiento Antirretroviral de las Personas que Viven con el VIH/SIDA en Venezuela [Internet]. 5°. 2014. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47499/pdf/TOC.pdf>
42. Schreier M. The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis. 2014.

43. Quadros Santos MM, Gomes do Carmo BA, Barbosa Rodrigues T, Leite Dias BR, Abreu Martins C, Oliveira Naiff Ferreira GR, et al. Spatial variability of mother-to-child human immunodeficiency virus transmission in a province in the Brazilian Rainforest: An ecological study. *Geospat Health*. 29 de noviembre de 2022;17(2).
44. Bristow CC, Larson E, Anderson LJ, Klausner JD. Cost-effectiveness of HIV and syphilis antenatal screening: A modelling study. *Sex Transm Infect*. 1 de agosto de 2016;92(5):340-6.
45. Silveira MF, Ponce de Leon RG, Becerra F, Serruya SJ. Evolution towards the elimination of congenital syphilis in Latin America and the Caribbean: A multicountry analysis. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2019;43.
46. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Estrategia de Monitoreo Regional [Internet]. 3ed ed. WDC: Paho; 2013. 82 p. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31365/9789275318126-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Henquin R. Epidemiología y Estadística para Principiantes. Corpus, editor. Buenos Aires; 2013.
48. Cataldo R, Arancibia M, Stojanova J, Papuzinski C. Conceptos generales en bioestadística y epidemiología clínica: estudios observacionales con diseños transversal y ecológico. *Medwave*. 25 de septiembre de 2019;19(8):e7698.
49. Ministerio de Salud Argentina. Boletín N° 38. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. Ministerio de Salud. Argentina. 2021. Disponible en: [moz-extension://ec742deb-1097-2d48-af26-b67da2718cf4/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fbancos.salud.gob.ar%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2020-11%2FBoletin%2520VIH%25202020%2520final%2520V2.pdf](https://www.argentina.gob.ar/salud/boletines/38)
50. Bassi MA, Lopez MA, Confalone L, Gaudio RM, Lombardo L, Lauritano D. Ensuring a Public Health Impact of Programs to Reduce HIV Transmission From

- Mothers to Infants: The Place of Voluntary Counseling and Testing. *Am J Public Health*. 2002;3(92):347-51.
51. McGowan JP, Shah SS. Prevention of perinatal HIV transmission during pregnancy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* [Internet]. 1 de noviembre de 2000 [citado 31 de mayo de 2022];46(5):657-68. Disponible en: <https://academic.oup.com/jac/article/46/5/657/668571>
 52. ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2017 [Internet]. Primera Ed. Ginebra, Suiza; 2017. 1-65 p. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf
 53. World Health Organization. Prevención de la Infección por VIH bajo la Lupa. Vol. 59. WDC; 2017.
 54. Organización Panamericana de la Salud. Dominica celebra la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH y la sífilis. 2021.
 55. Organización Naciones Unidas. Informe sobre las migraciones en el mundo 2020. Oficina Internacional para las Migraciones. Ginebra, Suiza; 2019. 528 p.