



Análisis de la situación al año 2010

**Eliminación
de la transmisión maternoinfantil
del VIH y de la sífilis congénita
en la Región de las Américas**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

Análisis de la situación al año 2010

Eliminación
de la transmisión maternoinfantil
del VIH y de la sífilis congénita
en la Región de las Américas



**Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR**



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR UNODC
UNICEF OIT
PMA UNESCO
FNUO OMS
UNAIDS BANCO MUNDIAL



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud

Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas

Washington, D.C.: © OPS, 2012

ISBN: 978-92-75-11644-9

I. Título

1. SÍFILIS CONGÉNITA - transmisión
2. ATENCIÓN PRENATAL - normas
3. INFECCIONES POR VIH - transmisión
4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL – prevención y control
5. VIGILANCIA SANITARIA
6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN
7. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ALTAMENTE ACTIVA
8. AMÉRICAS

NLMWQ 256

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Servicio Editorial, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicación (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. [El Área de... Proyecto] podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

AGRADECIMIENTOS.....	4
ANTECEDENTES.....	5
FUENTES DE DATOS Y MÉTODOS.....	7
PUESTA EN MARCHA DE LA INICIATIVA DE ELIMINACIÓN.....	9
Acceso a la atención prenatal.....	11
SISTEMAS DE VIGILANCIA Y DE INFORMACIÓN SANITARIA PARA LA INICIATIVA DE ELIMINACIÓN.....	15
PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	17
Prevención primaria de la infección por el VIH y de la sífilis.....	17
Pruebas de detección del VIH y de la sífilis.....	24
Prevalencia de la infección por el VIH y de la sífilis gestacional.....	31
Provisión de antirretrovíricos a embarazadas con VIH.....	32
Tratamiento de la sífilis.....	33
Prevención y atención de los lactantes expuestos.....	34
EFFECTO DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA.....	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS.....	45

Agradecimientos

La OPS, el UNICEF y el ONUSIDA quieren expresar su agradecimiento a todos los países del continente americano que notifican datos a estos tres organismos. Sin su contribución y esfuerzo no hubiera sido posible elaborar este informe.

Colaboradores

Mónica Alonso González (OPS)
Michel Beusenbergh (OMS)
Sonja Caffè (OPS)
Arachu Castro (Escuela de Medicina de Harvard)
Mark Connolly (UNICEF)
Txema García Calleja (OMS)
Massimo Ghidinelli (OPS)
Bertha Gómez (OPS)
Raúl González (OPS)
Chika Hayashi (OMS)
Mary Kamb (CDC)
Matilde Maddaleno (OPS)
Ralph Midy (UNICEF)
María Fernanda Monzón (OPS)
Lori Newman (OMS)
Freddy Pérez (OPS)
María Dolores Pérez Rosales (OPS)
Amalia del Riego (OPS)
Suzanne Serruya (OPS\CLAP)
Carmen Rosa Torres (Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos)
Claudia Velásquez (UNAIDS)
Marcelo Vila (OPS)
Ana Clara Zoni (OPS)

Antecedentes

Se calcula que en la Región de las Américas cada año cerca de 5.000 niños (3.200-6.900) contraen la infección por el VIH y que entre 164.000 y 344.000 nacen con sífilis congénita; ambas infecciones son sumamente prevenibles y acarrear graves consecuencias para la salud si no se tratan.

Según cálculos del ONUSIDA correspondientes al 2010, 5.000 niños contrajeron la infección por el VIH en la Región de las Américas, la mayoría por transmisión maternoinfantil (TMI); 4.700 (3.000-6.500) en América Latina y el Caribe.¹ En el año 2010, unos 58.000 (44.000-74.000) menores de 15 años tenían VIH en la Región de las Américas, de los cuales 57.000 (43.000-72.000) provenían de América Latina y el Caribe. En ese mismo año, se calculó que unos 3.600 (2.100-5.100) menores de 15 años habían muerto por esta causa en la Región de las Américas, de los cuales 3.400 (1.900-4.800) correspondían a América Latina y el Caribe.

Utilizando datos correspondientes al periodo 1997-2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que, de los más de 2 millones de casos anuales de sífilis gestacional que se produjeron en todo el mundo, hasta el 25% habían tenido lugar en América Latina y el Caribe, donde se calculaba que la prevalencia de sífilis gestacional alcanzaba el 3,9%, porcentaje por encima del promedio mundial de 1,8%.² Esto se traduce en unos 460.000 casos anuales de sífilis gestacional, de los cuales no se sabe cuántos fueron diagnosticados y recibieron tratamiento, y de 164.000 a 344.000 casos anuales de sífilis congénita. Además, cada año más de 100.000 embarazos concluyen con la muerte fetal o un aborto espontáneo a causa de la sífilis gestacional o materna. Según los informes de los países correspondientes al año 2006, en los seis países de América Latina y el Caribe (ALC) que disponían de información sobre la prevalencia de sífilis gestacional, dicha prevalencia osciló entre el 0,08% en Chile y el 5,19% en el Paraguay. Según los datos de los países del mismo año, la incidencia de sífilis congénita osciló de ningún caso por 1.000 nacidos vivos en Cuba a 1,6 casos por 1.000 nacidos vivos en el Brasil.³

En 1991, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a tomar medidas para eliminar la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. En 1995, el Consejo Directivo de la OPS aprobó el *Plan de acción para la eliminación de la sífilis congénita en la Región de las Américas*.⁴ La meta principal de dicho plan era eliminar para el año 2000 la sífilis congénita como problema de salud pública, reduciendo su

incidencia a menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos, incluidos los mortinatos. En el 2006, el UNICEF y la OPS forjaron una alianza con países centroamericanos y con la República Dominicana que contribuyó a la acción conjunta centrada en la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita.

En noviembre del 2009, la OPS y el UNICEF pusieron en marcha la *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*.⁵ Esta iniciativa de eliminación estaba respaldada por mecanismos regionales clave que incluían a los médicos jefes del Caribe y al comité de ministros de la Comunidad del Caribe (CARICOM). La Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y de la República Dominicana (COMISCA) ha incluido la prevención conjunta de la transmisión maternoinfantil (PTMI) del VIH y de la sífilis como una prioridad en el Plan Regional Estratégico de Salud de Centroamérica para el periodo 2010-2015. En el 2010, la Reunión de Ministros de Salud de la Región Andina (REMSA) respaldó la asignación de prioridades y la facilitación de la iniciativa regional.⁶ La iniciativa de eliminación se articula con el *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres*.⁷

En septiembre del 2010, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita* mediante la resolución CD50.R12 aprobada en el 50.º Consejo Directivo,⁸ con el propósito de:

- reducir la transmisión maternoinfantil del VIH hasta $\leq 2\%$;
- disminuir la incidencia de casos pediátricos de infección por el VIH a $\leq 0,3$ casos por 1.000 nacidos vivos; y
- reducir la incidencia de sífilis congénita hasta $\leq 0,5$ casosⁱ por 1.000 nacimientos para el 2015.

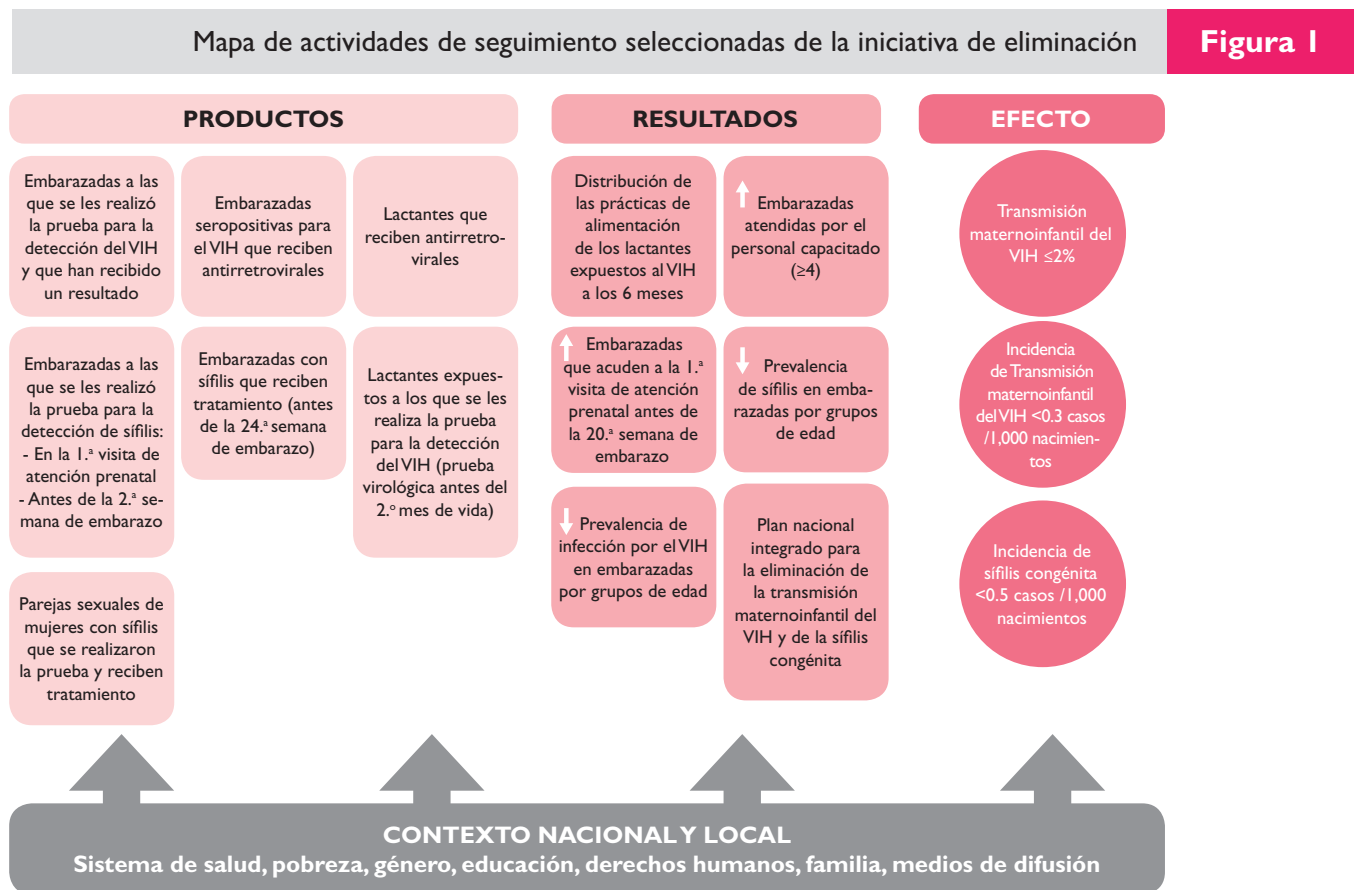
En este informe se describe el estado actual del progreso en la Región hacia el logro de las metas de la iniciativa de eliminación, se señalan las deficiencias y los retos existentes, y se brindan recomendaciones respecto a las medidas a tomar en el futuro para alcanzar estas metas.

i. Incluidos los mortinatos.

Fuentes de datos y métodos

La iniciativa de eliminación tiene un marco establecido de seguimiento conectado e integrado con mecanismos de notificación internacionales, como los establecidos por el Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/sida y los del seguimiento del avance hacia el acceso universal a los servicios de atención de la infección por VIH en el sector sanitario. Este marco incluye indicadores para medir el progreso a nivel de país sobre un conjunto de eventos clave (Figura 1).⁹

Entre las fuentes principales de este informe se encuentran los datos presentados por los países a la OMS para informar acerca del seguimiento de la iniciativa de eliminación, datos sobre el progreso del sector sanitario hacia el acceso universal, datos provenientes de los mecanismos establecidos por el Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/sida notificados al ONUSIDA, la Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud de la OPS, boletines epidemiológicos de los países que se han publicado, así como encuestas demográficas y de salud y otros informes de los países que se han publicado. Los datos que se utilizaron fueron notificados por 32 Estados Miembros.



Fuente: Alonso González M. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de monitoreo regional. Washington, DC: OPS; 2010.

Además de los indicadores incluidos en la estrategia regional de seguimiento, en este informe se incluye un grupo de indicadores de prevención primaria (Cuadro 1).

Cuadro 1

Indicadores de prevención primaria

Indicador	Fuente
1. Necesidad insatisfecha de planificación familiar	Encuestas de hogares representativas a nivel nacional, como las encuestas de la División de Población de las Naciones Unidas, ¹⁰ encuestas demográficas y de salud ¹¹ y encuestas sobre la salud reproductiva ¹²
2. Embarazo de adolescentes de 15 a 19 años por indicadores socioeconómicos y de educación	Encuestas de hogares representativas a nivel nacional, como las encuestas demográficas y de salud y las encuestas sobre la salud reproductiva
3. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que identifican correctamente las maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH y que desestiman los principales conceptos erróneos acerca de la transmisión del VIH	Encuestas de hogares representativas a nivel nacional y datos de los informes de los países al Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General sobre el VIH/sida ¹³
4. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años	
5. Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que han tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los 12 últimos meses y porcentaje de ellos que utilizaron condones durante sus relaciones sexuales más recientes	

La División de Población de las Naciones Unidas define la necesidad insatisfecha de planificación familiar como el número de mujeres que no han podido satisfacer sus necesidades de planificación familiar como un porcentaje de las mujeres en edad fecunda que están casadas o en pareja. Se considera que son mujeres con una necesidad insatisfecha de planificación familiar aquellas que son fértiles y sexualmente activas pero que no utilizan ningún método anticonceptivo e indican que no quieren tener más hijos o que desean retrasar el nacimiento de su próximo hijo.¹⁴

Cabe destacar que es posible que no se cuente en todos los países con indicadores basados en encuestas demográficas y de salud o en encuestas de la salud reproductiva y que, en el caso de estar disponibles, quizá dichos indicadores no sean recientes. Además, aunque las definiciones de los indicadores posiblemente sean estandarizadas, las variaciones en la metodología de las encuestas pueden dificultar las comparaciones entre los países.

La cifra estimada de embarazadas es el denominador de las pruebas de detección del VIH realizadas en las embarazadas. Había dos fuentes de datos para este indicador: la cifra estimada de embarazadas notificada por los países y el número estimado de nacidos vivos según los cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas.^{ii,15}

En cuanto a la profilaxis antirretrovírica (ARV) en las embarazadas y los lactantes expuestos al VIH, los denominadores se basan en los cálculos estimativos elaborados por el ONUSIDA y la OMS, en colaboración con los países de la Región, usando el paquete informático Spectrum. En el contexto de las epidemias concentradas, estos denominadores presentan un amplio margen de incertidumbre.

ii. En el caso de los países que no disponían de datos de los cálculos estimativos de la División de Población de las Naciones Unidas, se utilizó la base de datos internacional de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, que puede consultarse en: <http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>.

Puesta en marcha de la iniciativa de eliminación

El logro de las metas de eliminación exige que existan políticas y directrices amplias, y una prestación de servicios integrada para garantizar el acceso total a los diversos servicios necesarios, como la atención de salud sexual y reproductiva, la atención prenatal, las pruebas de detección de la infección por el VIH y de la sífilis, así como el tratamiento y la atención de estas enfermedades. La Región parece ir por buen camino en lo que respecta a la aplicación de estrategias o planes de acción para apoyar la iniciativa de eliminación y presentar directrices actualizadas; 22 países cuentan con planes y 26 han actualizado las directrices en cumplimiento de las recomendaciones de la OMS (Cuadro 2).

Países que han notificado que cuentan con planes y directrices para la puesta en marcha de la iniciativa de eliminación

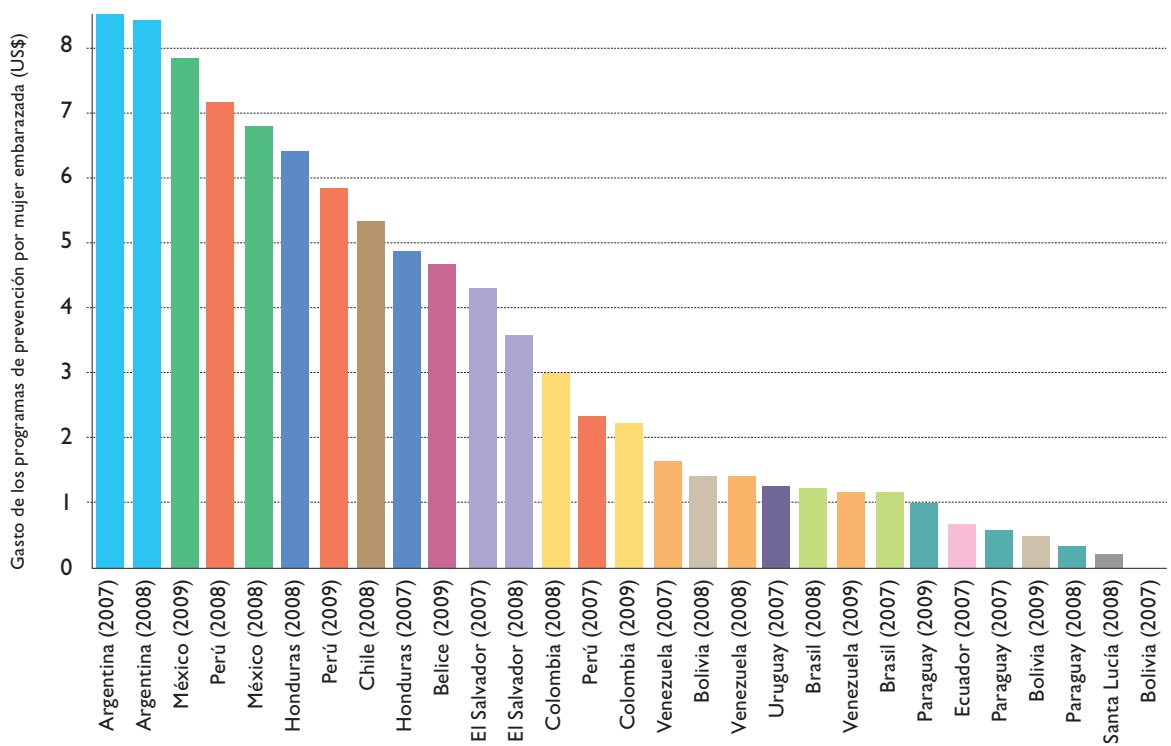
Cuadro 2

Planes operativos o estratégicos		Directrices actualizadas*	
Antigua y Barbuda	Guyana	Argentina	Guatemala
Argentina	Haití	Barbados	Guyana
Barbados	Honduras	Belice	Haití
Belice	Jamaica	Bolivia	Honduras
Bolivia	Panamá	Brasil	Jamaica
Brasil	Perú	Canadá	México
Colombia	República Dominicana	Chile	Panamá
Costa Rica	Santa Lucía	Colombia	Paraguay
Cuba	Surinam	Costa Rica	Perú
El Salvador	Trinidad y Tabago	Cuba	República Dominicana
Guatemala	Uruguay	Ecuador	Surinam
		El Salvador	Uruguay
		Estados Unidos	Venezuela

* El término "directrices actualizadas" se refiere a las directrices que reflejan las últimas recomendaciones de la OMS del 2010.

La inversión nacional de fuentes de financiamiento públicas e internacionales en los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil (sin incluir los costos de funcionamiento de la asistencia prenatal) varía en cada país (Figura 2), y la inversión en los diversos países no es proporcional al número estimado de embarazadas o a la carga de la infección por elVIH en esta población. Aunque los datos sobre las inversiones financieras son limitados, el gasto nacional medio por embarazada para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH fue de US\$ 4 a US\$ 5 en el 2008 y el 2009 en solo 11 de los países que aportaron datos. No se cuenta con datos sobre los costos, individualizados por país, del diagnóstico y el tratamiento de la sífilis, que en general se incluyen en los costos de prestación de la asistencia prenatal. Se necesitan más datos y análisis para determinar adecuadamente las carencias financieras y las fuentes principales de apoyo económico, así como para evaluar la eficiencia, la eficacia y la sostenibilidad financiera de los programas. En colaboración con otros asociados, la OPS ha creado una herramienta de determinación de los costos que ayudará a los países a calcular la inversión necesaria para alcanzar las metas de eliminación de la infección por elVIH y de la sífilis congénita (puede consultarse, en inglés y español, en www.paho.org/iniciativadeeliminacionⁱⁱⁱ). Esta herramienta se ha probado sobre el terreno en la República Dominicana, Colombia y El Salvador.

Figura 2 Gasto nacional medio en la prevención de la transmisión maternoinfantil, por embarazada, 2007-2009



Fuentes: (1) UNAIDS. AIDS Info Database. Ginebra, ONUSIDA, 2011. (2) PAHO. Health Information and Analysis Project, Health Surveillance and Disease Prevention and Control Data. Washington, DC, 2011.



iii. Enlace directo: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5874&Itemid=4204.

Acceso a la atención prenatal

La inversión en recursos humanos capacitados, como personal capacitado para la atención durante el embarazo y el parto, es un componente esencial de la iniciativa de eliminación. Aunque los datos sobre la disponibilidad y la capacidad de los recursos humanos son limitados, la mayoría de los países notifican que la cobertura es del 80% o superior; y la mediana del número de embarazadas que acuden al menos a una consulta con personal capacitado en atención prenatal alcanza el 97% (Cuadro 3). Aunque el acceso a la atención prenatal parece ser elevado en la Región, cuando se analizan con mayor detalle los indicadores que aportan información acerca del momento en que se presta la atención prenatal y su calidad, se observa que no siempre hay un acceso temprano, ni siquiera en los países que notifican una elevada cifra de mujeres que acuden al menos a una consulta de atención prenatal. En la Región de las Américas, la mediana del porcentaje regional de consultas de atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo a cargo de personal capacitado es del 73%, con un mínimo del 19%. Por ejemplo, Argentina, Bahamas, Belice, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa, Granada, Guatemala, Jamaica, Paraguay, San Vicente y las Granadinas, Saint Kitts y Nevis, Trinidad y Tabago y Venezuela tienen una cobertura inferior al 60% en lo que respecta a la “atención prenatal por personal capacitado durante primer trimestre” y “al menos cuatro consultas de atención prenatal”, pero notifican que la cobertura de al menos una consulta de atención prenatal es superior al 80%.

Asimismo existen variaciones y diferencias en todos los países en cuanto a la asistencia del parto por personal capacitado; la cobertura en esta área oscila entre el 26% y el 100%, y el 50% de los países tienen una cobertura igual o superior al 99%. Los países con los porcentajes de cobertura más bajos son Haití (26%), Guayana Francesa (49%), Guatemala (51%), Honduras (67%), Bolivia (65%) y Ecuador (71%).

La información sobre la calidad de los servicios prestados a las embarazadas en toda la Región es escasa, pero análisis indirectos indican que la calidad de tales servicios varía de unos países a otros. Si se utiliza la mortalidad materna como indicador de la calidad de la asistencia prenatal y de la atención en el parto, la cifra más elevada de defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos corresponde a Haití, seguido de Guyana, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Nicaragua y Surinam, a pesar de la elevada cobertura de atención prenatal y asistencia en el parto por personal capacitado que se registra en Guyana, Nicaragua, República Dominicana y Surinam.

Porcentaje de embarazadas atendidas por personal capacitado, por frecuencia de consultas y momento en que se realizaron, atención por personal capacitado durante el parto y mortalidad materna

Cuadro 3

	Año de los datos	Atendidas por personal capacitado al menos una vez	Atendidas por personal capacitado cuatro o más veces	Atendidas por personal capacitado durante primer trimestre de embarazo	Atendidas por personal capacitado durante el parto	Razón de la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos notificada por el país	Razón de la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos estimada por la OMS ^e
Norteamérica							
Canadá	2009	100,0 ^h	ND	99,0 ^h	100,0	6,5 ^c	12 (7–20)
Estados Unidos	2008	98,4	96,3	82,8	99,3	12,7 ^c	24 (20–27)
México	2009	91,1	83,9	93,0	97,4	62,2	85 (74–95)
Centroamérica							
Costa Rica	2010	94,0	87,0	91,7 ^d	100,0	ND	44 (24–82)
El Salvador	2010	80,3	ND	50,7	84,9 ^a	83,7	110 (71–170)

(Continúa)

**Cuadro 3
(Cont.)**

	Año de los datos	Atendidas por personal capacitado al menos una vez	Atendidas por personal capacitado cuatro o más veces	Atendidas por personal capacitado durante primer trimestre de embarazo	Atendidas por personal capacitado durante el parto	Razón de la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos notificada por el país	Razón de la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos estimada por la OMS*
Guatemala	2010	93,2	ND	60,4	49,0 ^a	139,0 ^c	110 (56–190)
Honduras	2006	91,7	ND	69,0	66,9	ND	110 (71–180)
Nicaragua	2010	91,6	79,9	70,2 ^d	91,7	ND	100 (57–180)
Panamá	2010	94,3	ND	76,9	94,2	ND	71 (58–84)
Países andinos							
Bolivia	2008	79,1 ^e	72,1	61,8	65,0	ND	180 (120–80)
Colombia	2010	96,8	88,6	77,0	95,0	75,6 ^e	85 (74–94)
Ecuador	2009	84,1 ^c	57,5 ^f	64,6 ^f	71,4 ^b	96,3	140 (81–230)
Perú	2010	97,7	92,2	73,0	94,7	93,0 ^d	98 (62–160)
Venezuela	2005	ND	ND	27,9	95,0	62,9 ^b	68 (59–75)
Cono Sur y Brasil							
Argentina	2009	88,4 ^e	ND	34,6 ^e	97,8	55,0	70 (61–77)
Brasil	2009	97,1 ⁱ	89,5	ND	98,9	72,3	58 (38–87)
Chile	2010	95,7 ^b	ND	80,1	99,8 ^a	16,6 ^a	26 (15–43)
Paraguay	2010	93,3	67,8	29,3	93,1 ^b	125,3 ^a	95 (57–150)
Uruguay	2010	97,4	91,8	71,4	99,9	ND	27 (22–33)
Caribe							
Anguila	2010	100,0	100,0	100,0	100,0	ND	ND
Antigua y Barbuda	2010	100,0	100,0	100,0 ^a	100,0	ND	ND
Antillas Holandesas		ND	ND	ND	ND	ND	ND
Aruba	2010	100,0 ^a	ND	ND	100,0	ND	ND
Bahamas	2009	94,0	86,0	45,0	99,0	ND	49 (38–57)
Barbados	2010	100,0	ND	100,0 ^b	100,0	ND	64 (55–72)
Belice	2010	91,6	ND	26,1	94,0	ND	94 (56–140)
Bermudas	2010	99,5	99,0	99,0	99,2	ND	ND
Cuba	2010	100,0	100,0	93,9	100,0	43,1	53 (36–76)
Dominica	2010	100,0	ND	28,0	100,0	ND	ND
Guayana Francesa	2009	98,3	55,2	48,2	99,2	ND	ND
Granada	2010	100,0	ND	19,1 ^b	100,0	ND	ND
Guadalupe	2008	97,2 ^d	ND	88,5	99,3	ND	ND
Guyana	2009	95,7	94,8	65,5 ^j	95,8	ND	270 (180–410)
Haití	2005	84,5	ND	ND	26,1	ND	300 (180–520)
Islas Caimán	2010	97,8	96,7	83,4	100,0	ND	ND
Islas Turcas y Caicos	2010	96,8 ^a	ND	ND	100,0	ND	ND
Islas Vírgenes (Reino Unido)	2010	100,0	91,7 ^b	100,0	100,0	ND	ND
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	2008	98,3	ND	65,7	99,3	ND	ND
Jamaica	2010	98,0 ^b	ND	25,7	90,1	146	89 (60–120)
Martinica	2008	97,2	ND	82,5 ^d	99,9	ND	ND
Montserrat	2010	100,0 ^a	ND	80,0 ^b	100,0	ND	ND
Puerto Rico	2008	98,6	98,6	74,0	98,6	ND	18 (12–26)
República Dominicana	2010	98,9 ^c	94,5 ^c	81,9 ^c	100,0	125,9	100 (62–170)
Saint Kitts y Nevis	2010	100,0 ^c	ND	43,0 ^e	100,0	ND	ND
Santa Lucía	2009	99,0	99,0	100,0	100,0 ^b	ND	ND
San Vicente y las Granadinas	2010	97,5 ^b	ND	25,0 ^e	98,3	ND	ND
Suriname	2010	99,4	ND	90,0	90,0	ND	100 (86–110)
Trinidad y Tabago	2006	97,1	ND	24,7	99,7	ND	55 (35–82)

Fuente: OPS. Información sanitaria y proyecto de análisis. Iniciativa regional de datos básicos de salud. Washington, D.C., 2011.

Nota: Los últimos datos notificados son del a) 2009, b) 2008, c) 2007, d) 2006, e) 2005, f) 2004, g) 2003, h) 2002, i) 2001 y j) 1999.

* Cálculos estimativos de la OMS para el 2008.

ND: Datos no disponibles.

Hay inequidades en lo que respecta a la disponibilidad de recursos humanos capacitados y al acceso a la asistencia dependiendo del nivel socioeconómico, la zona de residencia (urbana o rural) y el grupo étnico, siendo inferior la cobertura en las poblaciones más desfavorecidas y las rurales (Cuadro 4). Según se muestra en el cuadro 4, los datos sobre la asistencia capacitada durante el parto a nivel de país muestran que la asistencia durante el nacimiento por parte de médicos y de otros profesionales de la salud se distribuye sistemáticamente hacia los grupos con mayor nivel de riqueza y educación y hacia las personas residentes en zonas urbanas. En estos estudios, los problemas principales declarados por más de la mitad de las embarazadas de la categoría más baja de índice de riqueza son “haber tenido que tomar un medio de transporte”, “la distancia hasta el establecimiento de salud” y “la obtención de dinero para el tratamiento”, mientras que menos de un tercio de las mujeres de la categoría más alta de índice de riqueza notificaron alguno de estos problemas.

Asistencia durante el parto, por índice de riqueza de cada hogar, residencia en zonas urbanas o rurales, y nivel educativo en países seleccionados (2005-2010)

Cuadro 4

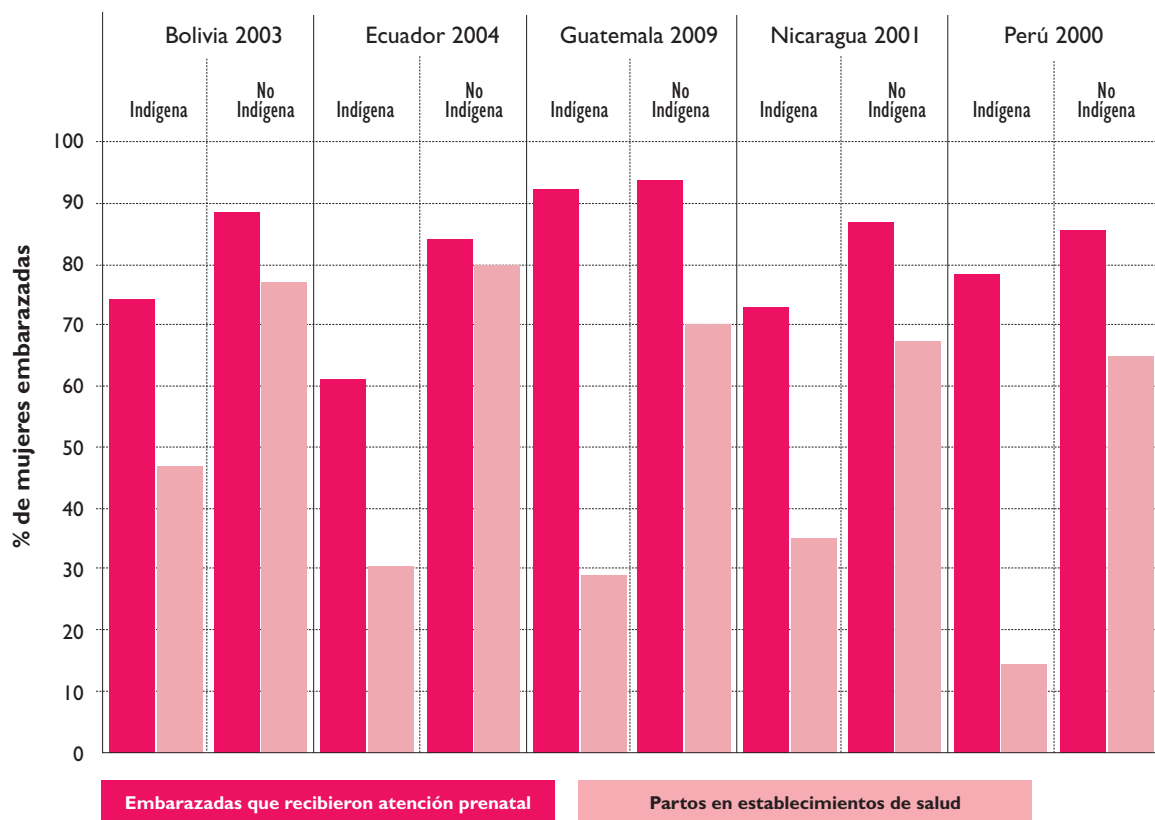
	Índice de riqueza doméstica		Residencia		Nivel máximo de escolaridad alcanzado		
	Menor	Mayor	Zonas urbanas	Zonas rurales	Ningún tipo de escolaridad	Estudios primarios	Estudios secundarios o superiores
Bolivia (2008)							
Médico/otros profesionales sanitarios	39,4	98,8	89,7	52,6	74,2	86,9	95,7
Partera tradicional	6,7	0	1,7	6	0	0	0
Colombia (2010)							
Médico/otros profesionales sanitarios	85,8	99,4	98,5	87,7	74,7	93,4	98,3
Partera tradicional	7,5	0,3	0,7	6,4	0	0	0
Haití (2005-2006)							
Médico/otros profesionales sanitarios	7,8	70,5	48,6	16,8	73,3	86,5	96,1
Partera tradicional	82,3	24,2	43,8	74,4	0,7	0,5	0,4
Honduras (2005-2006)							
Médico/otros profesionales sanitarios	37,5	98,3	90,7	54	80,1	91,8	97,1
Partera tradicional	51,2	1,5	7,5	38,6	0,4	0,1	0,1
República Dominicana (2007)							
Médico/otros profesionales sanitarios	89,6	97,9	95,6	93,8	75,7	89,3	97
Partera tradicional	7,7	1,5	3	4,4	17,9	9,6	2,3

Fuente: Macro International. MEASURE DHS STAT compiler [Internet] [consultado el 1 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.measuredhs.com>. 2011. **Nota:** En todos los casos, los datos corresponden a los nacimientos que tuvieron lugar en los 3 años anteriores al estudio.

Persisten en la Región las desigualdades en el acceso a la atención prenatal por razón del grupo étnico. Según muestran los datos de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú, las mujeres indígenas tienen sistemáticamente menor acceso a la atención prenatal y durante el parto por personal sanitario capacitado (Figura 3). Aunque los datos sobre la manera en que la calidad de la atención de salud varía de un grupo étnico a otro son limitados, unos pocos estudios realizados en el Brasil han evidenciado que las puntuaciones de la calidad asistencial fueron mayores en las mujeres blancas que en las negras. Los resultados indicaron que, en este caso, esas diferencias parecían deberse a los modelos de asistencia y no a la discriminación.¹⁶ Como consecuencia de las prioridades en pugna en los contextos de pobreza, es posible que las mujeres no busquen asistencia prenatal, ni la realización de pruebas de detección del VIH o de la sífilis, o no sigan el tratamiento debido a la necesidad de dar prioridad al cuidado infantil la atención infantil o al trabajo remunerado antes que a la búsqueda de atención. Aun cuando las mujeres llegan a un establecimiento de salud, la atención prenatal puede prestarse mediante una serie compleja y lenta de citas que suponen una carga adicional para ellas, que se ven obligadas a seguir un proceso largo y costoso. Deben tomarse medidas para aumentar el acceso temprano a la atención prenatal, en particular en el caso de las mujeres de los grupos socialmente desfavorecidos.

Figura 3

Porcentajes de embarazadas indígenas y no indígenas que recibieron atención prenatal y dieron a luz en un establecimiento de salud en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú (2000-2009)



Fuente: CEPAL. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Santiago de Chile, 2010 Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Hay poca información sobre la organización de los servicios de salud, pero algunos estudios han indicado que algunos aspectos preocupantes son la disponibilidad limitada de suministros (pruebas y reactivos para la detección del VIH y de la sífilis, equipo para cesáreas) y medicamentos (antirretrovíricos, penicilina), los servicios de laboratorio excesivamente centralizados y la falta de coordinación (incluidas la derivación y la contradirivación) entre el personal de atención obstétrica y de atención de la infección por el VIH.^{17, 18, 19}

En resumen, el nivel elevado de acceso a la atención prenatal en la mayoría de los países tiende a indicar que se pueden alcanzar las metas de la iniciativa de eliminación. Es preciso realizar mayores esfuerzos para superar las barreras al acceso temprano a la atención prenatal, solucionar los problemas de calidad en la organización y la prestación de los servicios, y eliminar las desigualdades geográficas, sociales, económicas y culturales en lo que respecta al acceso y la prestación de servicios a las embarazadas. Por último, es necesario que haya un seguimiento regular, desde la perspectiva de la equidad, del acceso a la atención prenatal y la calidad de la atención, a fin de evaluar cómo se benefician los diferentes grupos sociales de las mejoras de la atención de salud.

Sistemas de vigilancia y de información sanitaria para la iniciativa de eliminación

La carencia de datos persiste en la Región: 16 de 48 países y territorios no han aportado información alguna sobre los indicadores clave mediante la notificación del acceso universal en el 2010 a la OPS/OMS. Solo 22 países y territorios (46%) notificaron datos sobre el número de lactantes con infección por el VIH; 23 (48%) aportaron datos sobre la prueba de la sífilis en las embarazadas; 26 (54%) sobre el número de embarazadas con infección por el VIH que reciben antirretrovíricos; y 21 (44%) sobre el número de casos de sífilis congénita. Los indicadores fundamentales acerca de los cuales menos del 50% de los países han notificado datos son la prueba de detección de la sífilis en las embarazadas, las embarazadas con sífilis que han sido tratadas, los lactantes expuestos al VIH, los lactantes que tienen el VIH y los lactantes con resultados indeterminados, incluidos los perdidos durante el seguimiento. Con respecto a la calidad de los datos, los problemas de acceso, las pérdidas durante el seguimiento y la subnotificación (sobre todo en el caso de los lactantes), tanto de la infección por el VIH como de la sífilis, siguen siendo retos importantes para la Región. Los datos sobre los indicadores de la participación masculina -como la realización de la prueba de detección de la sífilis y el tratamiento de esta afección en las parejas de las embarazadas- también se obtienen y notifican deficientemente.

El seguimiento de los lactantes expuestos al VIH y de los casos positivos en los niños puede lograrse mediante la vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación,^{iv} que actualmente está fortaleciéndose en varios países de la Región. Muchos países cuentan con sistemas de información primarios que se basan en el Sistema de Información Perinatal (SIP) desarrollado por la OPS/CLAP. Recientemente se ha actualizado esta herramienta para incluir información sobre el VIH y elaborar informes automáticos. Estos “informes del SIP en un clic” permiten recuperar inmediatamente información, de una manera más sencilla. Además, 7 países (El Salvador, Nicaragua, Honduras, Uruguay, Argentina, Panamá y Paraguay) realizaron o están realizando estudios para determinar la prevalencia de la sífilis materna y la incidencia estimada de sífilis congénita.

iv. El término “vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación” hace referencia a la notificación de todos los diagnósticos de infección por el VIH y de eventos centinela fundamentales de un caso de infección por el VIH a lo largo de toda la historia de la enfermedad. La notificación de los casos de embarazadas VIH-positivas y de lactantes expuestos al VIH respaldará el apropiado seguimiento, diagnóstico e identificación de los casos de infección por el VIH en los niños y determinará las tasas de transmisión maternoinfantil del VIH.

Caso I: Sistema de información perinatal en el Uruguay

En el Uruguay, el Sistema de Información Perinatal (SIP) ha sido clave en el seguimiento de la respuesta a la sífilis congénita. En el 2008, un estudio realizado en el Hospital Pereira Rosell mostró el aumento de la prevalencia de embarazadas con un resultado positivo en la prueba de VDRL (del 1,30% en el 2003 al 3% en el 2007), así como un aumento de la prevalencia de los recién nacidos con resultados serológicos positivos (del 1,4% al 2,1%). En estudios posteriores se detectó una importante subnotificación de los casos de sífilis congénita. De un total de 58 recién nacidos con resultados serológicos positivos detectados en el Hospital Pereira Rosell entre octubre del 2007 y enero del 2008, solo el 44,6% fueron notificados al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud. Un examen reciente del Sistema de Información Perinatal en el Uruguay indicó una cobertura del 86% de todos los nacidos vivos en el país que se registraron en el sistema. Este análisis mostró los puntos débiles del registro de los resultados de las pruebas de detección de la sífilis en las madres y los recién nacidos (Cuadro 5). Las recomendaciones y los pasos siguientes de este estudio incluían la adopción de la versión mejorada del Sistema de Información Perinatal, del 2010, y la formulación de un plan para hacer el seguimiento de la calidad de los servicios y de las actividades de vigilancia basadas en la información del SIP.²⁰

Cuadro 5

Porcentaje de historias clínicas en las que no constaba el resultado de la prueba de detección de la sífilis en la madre y el recién nacido. Uruguay, 1999-2008

% sin datos del resultado de la prueba de detección de sífilis	1999			2004			2008		
	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado	Total
Recién nacidos	29,0	14,9	22,7	43,9	13,0	31,2	45,0	24,0	33,0
Embarazadas	6,0	8,5	7,1	6,6	6,5	6,6	9,9	9,8	7,4

Fuente: López Gómez A, Benia W, Alemán A, Vázquez J. Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay 2000-2009. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología; 2011.

Prestación de servicios

Prevención primaria de la infección por el VIH y de la sífilis

En las personas en edad fecunda, los servicios clave para la prevención de la infección por el VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyen la educación sanitaria sobre la actividad sexual de menor riesgo, la información y los servicios de planificación familiar, incluidos los productos básicos y la orientación. En todas las subregiones existen lagunas en los conocimientos sobre la prevención de la infección por el VIH. Aunque las relaciones sexuales se inician antes, también se conoce mejor de qué manera se puede prevenir la transmisión del VIH en el Cono Sur, Brasil y el Caribe que en Centroamérica y los países andinos. La mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar se registra en el Caribe.

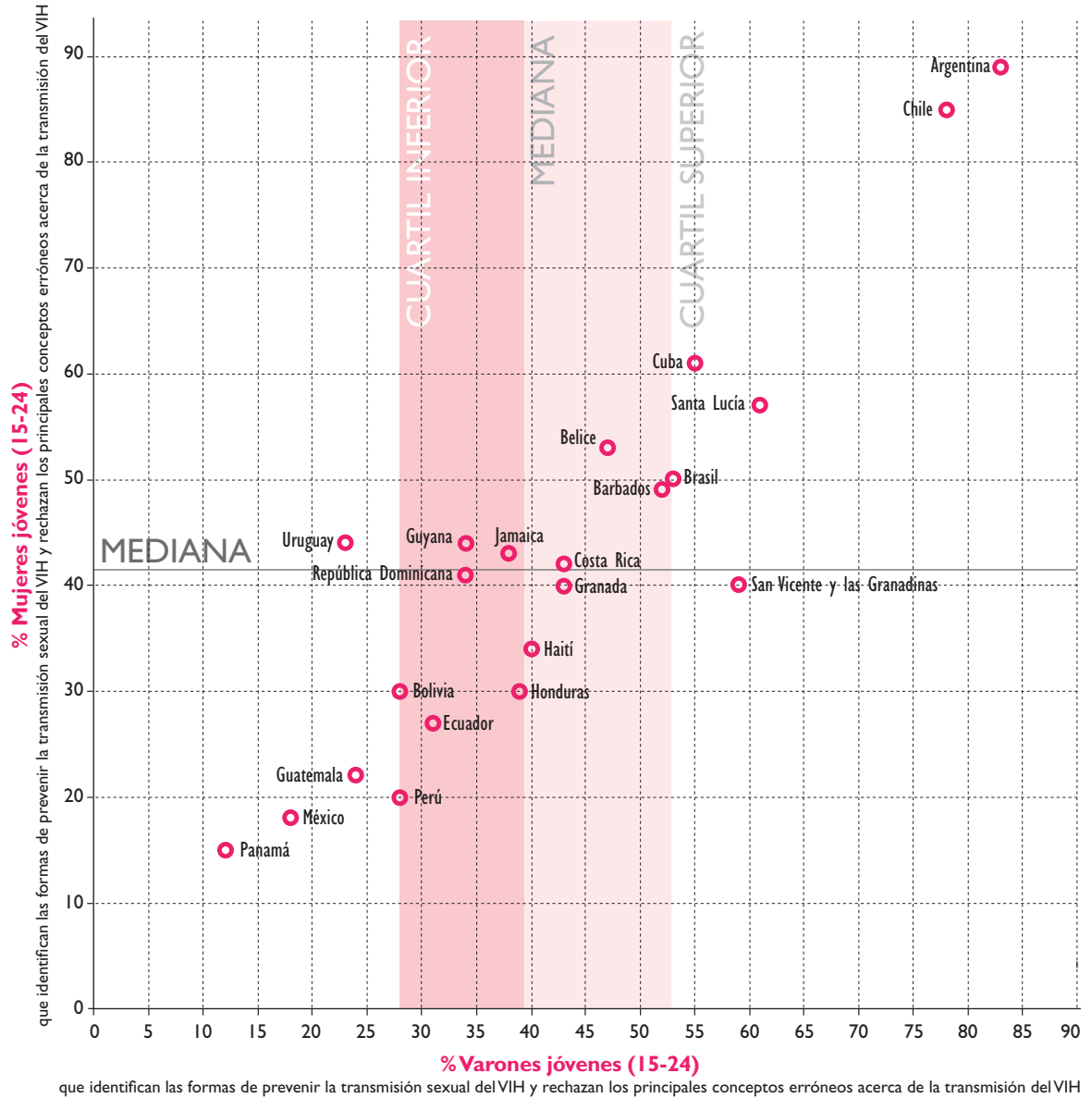
Conocimiento de los jóvenes acerca de la transmisión del VIH y la prevención de dicha transmisión

En la mayoría de los países de la Región de las Américas de cuyos datos se dispone, menos de la mitad de los jóvenes de 15 a 24 años saben cómo se previene la transmisión sexual del VIH y rechazan los principales conceptos erróneos acerca de la transmisión del VIH (Figura 4). La mediana de los valores es baja (cerca del 40%) tanto en los hombres como en las mujeres. En Nicaragua, Suriname y El Salvador, solo se dispone de datos sobre las mujeres. Argentina, Chile y Nicaragua son los únicos países con datos disponibles en los que más del 80% de este grupo de población sabe con exactitud cómo prevenir la transmisión sexual del VIH. En el nivel subregional, el conocimiento sobre la prevención de la infección por el VIH parece ser más alto en el Cono Sur y Brasil (mediana del 67%), seguido del Caribe (mediana del 50%), Centroamérica (mediana del 33%) y los países andinos (mediana del 24%).

No se dispone de información sobre la metodología empleada en los estudios, de manera que los datos que se acaban de describir están sometidos a variaciones y deben considerarse con cautela.

Figura 4

Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que identifican correctamente las maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan los principales conceptos erróneos acerca de la transmisión del VIH, por sexo (2007-2009)



Fuente: UNAIDS. AIDS Info Database [Internet]. Ginebra, 2011.

Nota: Los datos abarcan el periodo del 2007 al 2009. Existen diversas discrepancias de datos cuando se comparan los datos del 2007 y del 2009 de cada país. Por ejemplo, el porcentaje de mujeres jóvenes en Honduras era del 89% en el 2007 y del 30% en el 2009. En el Uruguay, los datos del 2007 son del 54% de los hombres, el 48% de las mujeres y un 50% en total, cifras muy superiores a las del 2009. En Argentina, el porcentaje total en el 2007 fue del 86%. En Nicaragua, El Salvador y Suriname, los datos notificados solo correspondieron a las mujeres y no se presentan.

Inicio de la actividad sexual antes de los 15 años

El porcentaje de inicio temprano de la actividad sexual (antes de los 15 años) sigue siendo elevado, del 8% a más del 50%. En el Caribe y el Cono Sur, incluido el Brasil, la mediana alcanza, respectivamente, el 22% y 27% (Cuadro 6). El porcentaje más alto corresponde a Paraguay, donde el 64% de las mujeres han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, seguido de Uruguay con el 30% y Brasil con el 29%. En el Caribe, el inicio de la actividad sexual antes de los 15 años en los hombres es superior al 50% en las Bahamas y Jamaica; el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años en las mujeres se registra en las Bahamas.

Embarazo adolescente

Se calcula que, cada año, los hijos de mujeres adolescentes representan el 18% de todos los nacimientos que tienen lugar en América Latina y el Caribe. En los países que disponen de datos, del 12% al 25% de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años están embarazadas o tienen hijos. Los datos de América Latina y el Caribe indican que la prevalencia del embarazo de las adolescentes aumenta rápidamente con la edad: a los 15 años, la prevalencia es del 2% al 8%, mientras que a los 19 años entre el 20% y el 50% de las adolescentes son madres o están embarazadas de su primer hijo (Cuadro 7).

Fuente: UNAIDS. AIDS Info Database [Internet]. Ginebra, 2011. En el caso del Canadá, la fuente es: Roterhann M. Trends in teen sexual behaviour and condom use. Health Reports 19, 2008. La fuente para los Estados Unidos es: Abma J, et al. Teenagers in the Estados Unidos: sexual activity, contraceptive use, and childbearing. National Survey of Family Growth 2006-2008. Vital and Health Statistics 23, 2010.

Nota: Los datos corresponden al 2009, salvo en los casos señalados con asteriscos. *Datos correspondientes al 2007. **Los datos del Canadá corresponden al 2005. ***Los datos de los Estados Unidos corresponden al periodo 2006-2008. Los porcentajes de las subregiones son las medianas.

ND: Datos no disponibles.

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años (2005-2009)

Cuadro 6

	Hombres jóvenes	Mujeres jóvenes	Ambos
Norteamérica	8	8	8
Canadá **	8	8	8
Estados Unidos ***	14	11	13
México	4*	4*	4*
Centroamérica	19	11	14
Costa Rica	15*	7*	11*
El Salvador	54*	11*	27*
Guatemala	16	8	11
Honduras	19	11	13
Nicaragua	ND	14*	14*
Panamá	30*	21*	24*
Países andinos	13	7	8
Bolivia	13	7	8
Colombia	ND	ND	ND
Ecuador	ND	10*	ND
Perú	12	7	8
Venezuela	ND	ND	ND
Cono Sur y Brasil	34	29	27
Argentina	27*	19*	19
Brasil	41	29	35
Chile	13	8	11
Paraguay	ND	64	ND
Uruguay	44	30	37
Caribe	32	15	22
Anguila	ND	ND	ND
Antigua y Barbuda	ND	ND	25
Antillas Holandesas	ND	ND	ND
Aruba	ND	ND	ND
Bahamas	70	41	58
Barbados	22	20	20
Belize	11	5	8
Bermudas	ND	ND	ND
Cuba	32	15	24
Dominica	ND	ND	ND
Guayana Francesa	ND	ND	ND
Granada	32*	20*	25*
Guadalupe	ND	ND	ND
Guyana	19	10	14
Haití	43*	15*	23*
Islas Caimán	ND	ND	ND
Islas Turcas y Caicos	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (Reino Unido)	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	ND	ND	ND
Jamaica	57	16	36
Martinica	ND	ND	ND
Montserrat	ND	ND	ND
Puerto Rico	ND	ND	ND
República Dominicana	24	15	19
Saint Kitts y Nevis	36*	10*	22*
Santa Lucía	32*	20*	26*
San Vicente y las Granadinas	31*	14*	22*
Suriname	ND	9	8*
Trinidad y Tabago	ND	ND	12*

Aunque la fecundidad en las adolescentes de la Región ha disminuido, especialmente en los grupos de nivel socioeconómico medio y alto, esta reducción es inferior a la observada en las mujeres adultas. En el 2009, en la mitad de los países de la Región de las Américas la tasa de fecundidad de las adolescentes fue de 60 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años; estas tasas variaron desde 12 en el Canadá, 30 en las Bahamas y 33 en Trinidad y Tabago hasta 107 en la República Dominicana y 110 en Nicaragua.²¹

En los Estados Unidos, la tasa de natalidad en adolescentes descendió un tercio entre 1991 y el 2005, de 61,8 a 40,5 por 1.000 mujeres de 15 a 19 años. Sin embargo, esta disminución a largo plazo se interrumpió en el periodo 2005-2007, cuando la tasa de natalidad en las adolescentes aumentó un 5%. Los datos preliminares del 2008 indican que la tasa de natalidad en las adolescentes descendió un 2% durante el 2007-2008, y que las tasas disminuyeron en todos los grupos raciales y étnicos. La reducción en las adolescentes hispanas llevó a la tasa al nivel más bajo registrado en los hispanos, de 77,4 por 1.000 mujeres adolescentes en el 2008. Aun con la reanudación evidente de la disminución de la maternidad en las adolescentes en el 2008, la tasa de los Estados Unidos sigue siendo sustancialmente mayor que la de otros países industrializados.²²

Se han observado inequidades que afectan a las adolescentes que viven en la pobreza y que tienen un nivel menor de escolaridad. Los datos que se presentan en el cuadro 7 indican que el embarazo en la adolescencia es de 3 a 4 veces más frecuente en los hogares de la categoría inferior de índice de riqueza que en los hogares de la categoría superior. Las diferencias socioeconómicas son aun mayores cuando se compara a las adolescentes sin escolaridad con aquellas que tienen estudios secundarios o estudios superiores.

Cuadro 7

Embarazo en adolescentes de 15-19 años en países seleccionados, por indicadores socioeconómicos y de escolaridad

	Año	% de adolescentes (15-19 años) embarazadas o con hijos					% de mujeres de 15 años embarazadas o con hijos	% de mujeres de 19 años embarazadas o con hijos
		% total de adolescentes embarazadas o con hijos	% en el menor nivel de riqueza en el hogar	% en el mayor nivel de riqueza en el hogar	% de adolescentes de 15-19 años sin escolaridad	% de adolescentes de 15-19 años con estudios secundarios o superiores		
Centroamérica								
El Salvador	2008	22,8	ND	ND	48,4	16,7	8,3	42,0
Guatemala	2008	21,8	ND	ND	44,1	13,0	6,6	36,8
Honduras	2005-2006	21,5	31,3	9,6	46,3	10,5	5,4	40,2
Nicaragua	2006	25,2	ND	ND	64,2	16,3	7,3	49,4
Panamá	2009	19,8	27,0	1,0	43,7	11,1	ND	ND
Países andinos								
Bolivia	2008	17,9	31,3	7,8	51,7	12,2	5,1	37,0
Colombia	2010	19,5	29,5	7,4	55,0	28,4	5,2	38,4
Cono Sur								
Paraguay	2008	11,6	ND	ND	33,3	7,8	1,6	23,7
Caribe								
Haití	2005-2006	14,0	21,5	7,1	30,0	8,7	1,6	29,1
Jamaica	2008	13,7	ND	ND	ND	13,9	4,0	28,9
República Dominicana	2007	22,8	36,9	7,8	51,3	14,7	6,6	39,3

Fuente: Macro International. MEASURE DHS STATcompiler [Internet]. Puede consultarse en <http://www.measuredhs.com>, 2011. En el caso de Panamá, la fuente es: De León Richardson RG, ed. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. ENASSER 2009. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2010. Puede consultarse en: <http://www.gorgas.gob.pa/images/ENASSER%202009.pdf>.

ND: Datos no disponibles.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar

A pesar de que existe una tendencia decreciente, el nivel de necesidad insatisfecha de anticonceptivos sigue siendo importante, y oscila desde un valor bajo, del 6,6%, en América del Norte, a una cifra mucho mayor, del 20,3%, en el Caribe (Cuadro 8). A nivel de país, la necesidad insatisfecha de planificación familiar es superior al 20% en Haití, Guatemala, Belice y Bolivia (Cuadro 9).

Esta necesidad insatisfecha es mayor en las mujeres jóvenes. En América Latina y el Caribe, la proporción de mujeres que quieren evitar el embarazo y tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos es dos veces superior en las adolescentes que en las mujeres de 20 a 49 años (48% y 22%, respectivamente).²³

Necesidad insatisfecha de planificación familiar en la Región de las Américas (1990-2009)

Cuadro 8

	1990	1995	2000	2005	2009
Norteamérica	6,0	6,1	6,3	6,5	6,6
América Latina y el Caribe	15,8	12,5	10,3	9,8	9,9
Centroamérica	21,4	16,7	12,2	12,6	13,2
América del Sur	13,1	9,9	8,6	7,7	7,5
Caribe	19,5	22,4	20,4	20,0	20,3

Fuente: UN Population Division, World Contraceptive Use 2011, Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2011.

Nota: Los valores son porcentajes.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar en países seleccionados de la Región de las Américas (2005-2010)

Cuadro 9

	Año (s)	Edad	% de necesidad insatisfecha
Norteamérica			
Estados Unidos	2006–2008	15–44	6,6*
México	2006	15–49	12,0*
Centroamérica			
El Salvador	2008	15–44	3,4***
Guatemala	2008	15–49	20,8***
Honduras	2005–2006	15–49	16,9**
Nicaragua	2006–2007	15–49	7,5***
Panamá	2009	15–49	27,4*
Países andinos			
Bolivia	2008	15–49	20,2**
Colombia	2010	15–49	7,0**
Ecuador	2004	15–49	7,4***
Perú	2009	15–49	7,2*
Cono Sur y Brasil			
Brasil	2006	15–49	6,0*
Paraguay	2008	15–44	4,7***
Caribe			
Belice	2006	15–49	20,8*
Haití	2005–2006	15–49	37,5**
Jamaica	2008	15–49	7,2***
República Dominicana	2007	15–49	11,4**

Fuente: *UN Population Division, World Contraceptive Use 2011. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2011.

**Macro International. MEASURE DHS STATcompiler [Internet]. Puede consultarse en: <http://www.measuredhs.com>. 2011.

***Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive Health Surveys. Puede consultarse en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys/index.htm>.

²³De León Richardson RG, ed. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. ENASSER 2009. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2010. Puede consultarse en: <http://www.gorgas.gob.pa/images/ENASSER%202009.pdf>.

Relaciones sexuales de alto riesgo y uso del condón

No usar condones y tener relaciones sexuales con más de una pareja son comportamientos sexuales de alto riesgo. En todos los países y subregiones con datos disponibles, las relaciones sexuales en personas de 15-49 años que han tenido más de una pareja en los 12 últimos meses son más frecuentes en los hombres que en las mujeres (cuadro 10); son también más frecuentes en el Cono Sur y el Brasil (mediana del 15%) y en el Caribe (17%) que en los países andinos (5%) y Centroamérica (4%). Dentro de este grupo, el uso del condón es mayor en los hombres que en las mujeres en todos los países y subregiones que disponen de datos. Entre las personas que han tenido más de una pareja, más del 50% de las mujeres de El Salvador, Uruguay, Belice, Jamaica y Suriname y más del 50% de los hombres de Guatemala, Perú, Chile, Uruguay, Belice, Guyana y Jamaica afirman haber usado condones en sus relaciones sexuales más recientes; en el nivel subregional, el uso del condón es mayor en los países andinos (64%) que en el Caribe (54%), el Cono Sur y el Brasil (50%), y Centroamérica (36%).

Cuadro 10

Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que han tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los 12 últimos meses y porcentaje de los que utilizaron condones en sus últimas relaciones sexuales (notificación del periodo 2007-2009)

	% con más de una pareja			% que usaron condones en sus relaciones sexuales más recientes		
	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos
Norteamérica	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Canadá	ND	ND	13*	23*	16*	19*
Estados Unidos	17*	10*	ND	42*	32*	ND
México	9*	ND	ND	20*	ND	ND
Centroamérica	19	2	4	44	24	36
Costa Rica	37*	35*	39*	15*	11*	13*
El Salvador	ND	ND	ND	ND	81	ND
Guatemala	12	1	4	63	24	58
Honduras	19	1	4	38*	27	38*
Nicaragua	ND	2	2*	ND	19	ND
Panamá	45	41	42	25	9	14
Países andinos	13	2	5	54	28	64
Bolivia	12	0*	0*	35	ND	ND
Colombia	ND	3	ND	ND	31	ND
Ecuador	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Perú	14	1	5	72	25	64
Venezuela	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cono Sur y Brasil	23	9	17	55	36	50
Argentina	ND	ND	ND	48*	44*	46*
Brasil	76	57	66	43	34	39
Chile	21	7	13	55	38	50
Paraguay	ND	6	ND	ND	5	ND
Uruguay	23*	11*	17*	69*	65*	68*

(continúa)

**Cuadro 10
(Cont.)**

	% con más de una pareja			% que usaron condones en sus relaciones sexuales más recientes		
	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos
Caribe	27	5	17	48	44	54
Anguila	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Antigua y Barbuda	ND	ND	55*	ND	ND	87*
Antillas Holandesas	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Aruba	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Bahamas	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Barbados	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Belice	15	5	9	66	56	63
Bermudas	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cuba	34	12	23	48	38	45
Dominica	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Guayana Francesa	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Granada	30*	13*	21*	68*	52*	ND
Guadalupe	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Guyana	10	1	5	65	48	63
Haití	23	1	11	34	21	34
Islas Caimán	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Islas Turcas y Caicos	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (Reino Unido)	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Jamaica	62	17	39	65	52	62
Martinica	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Montserrat	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Puerto Rico	ND	ND	ND	ND	ND	ND
República Dominicana	30*	4*	17*	45*	35*	44*
Saint Kitts y Nevis	53*	19*	35	ND	ND	67
Santa Lucía	42*	25*	35*	48*	39*	45*
San Vicente y las Granadinas	24	10	17	62*	52*	59*
Suriname	ND	1	3*	ND	80	49*
Trinidad y Tabago	94*	79*	85*	ND	ND	ND

Fuente: UNAIDS. AIDS Info Database. Geneva, 2011. Los datos notificados corresponden al 2009, salvo los indicados con un asterisco. *Datos notificados en el 2007.
Nota: Los valores subregionales son la mediana de los porcentajes.
ND: Datos no disponibles.

Los datos anteriores se basan en encuestas de la población. La calidad y la metodología de estos estudios varían y, por lo tanto, los resultados individuales deben interpretarse con cautela. No obstante, pueden hacerse inferencias generales sobre la situación de la Región con respecto a la salud sexual y la prevención de la infección por el VIH a partir de los datos ya descritos. En general, los conocimientos sobre la transmisión del VIH y la prevención de la infección por este virus siguen siendo inadecuados y constituyen un obstáculo para la adecuada salud de los adolescentes. Se debe mejorar y ampliar la provisión de información a los jóvenes, usando para ello diversos métodos. A los 19 años de edad, una de cada 2-4 adolescentes ha dado a luz o está embarazada. A pesar de las mejoras logradas durante los últimos decenios, todavía existen necesidades pendientes.

Satisfacer las necesidades en materia de anticoncepción de las mujeres sexualmente activas (tanto VIH-negativas como VIH-positivas) ayudaría a reducir los embarazos no deseados y, de ese modo, contribuiría a reducir el riesgo de transmisión del VIH de la madre al hijo y a mejorar la situación de la mujer en general. El uso del condón previene tanto los embarazos no deseados como la transmisión del VIH, mientras que otros anticonceptivos solo previenen los embarazos no deseados.

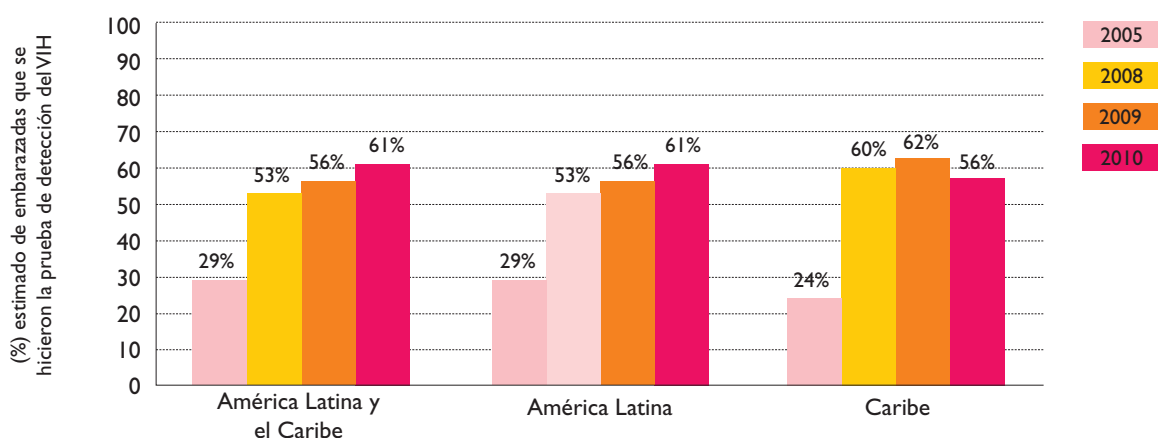
Los datos aquí descritos destacan la necesidad regional de fortalecer las intervenciones de prevención para reducir la transmisión de la infección por el VIH y de las infecciones de transmisión sexual en los jóvenes, sobre todo en las mujeres y en quienes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, como los miembros de grupos étnicos específicos. Los jóvenes notifican múltiples comportamientos que los ponen en riesgo de contraer la infección por el VIH, como la actividad sexual temprana (Cuadro 6 y Cuadro 7), pero faltan datos sobre la realización de pruebas de detección del VIH en los adolescentes de la Región. En una encuesta reciente emprendida en 12 países latinoamericanos, Costa Rica, Guatemala, Bolivia y Argentina notificaron que disponen de servicios de orientación psicológica y pruebas voluntarias para la detección de la infección por el VIH para los adolescentes,²⁴ pero no se cuenta con información respecto al consentimiento de los padres. Los jóvenes son una meta clave para la prevención y la atención de la infección por el VIH, y aprovechan voluntariamente los servicios de orientación psicológica y de realización de pruebas de detección del VIH centrados en la juventud.²⁵ Las dificultades que se plantean a la hora de realizar las pruebas de detección del VIH -como la necesidad de tener consentimiento de los padres, cuestiones de confidencialidad y carencia de los recursos humanos necesarios para proporcionar orientación sin prejuicios acerca de los riesgos- deben considerarse parte de los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a los jóvenes.

Pruebas de detección del VIH y de la sífilis

La cobertura regional de las pruebas de detección del VIH durante el embarazo en América Latina y el Caribe aumentó más del 100% del 2005 (29%) al 2010 (61%) (Figura 5). En el 2010, el desglose subregional de las pruebas de detección del VIH durante el embarazo fue el siguiente: 56% en el Caribe, 46% en Centroamérica, 64% en los países andinos y 79% en el Cono Sur y el Brasil. Los datos del 2010 a nivel de país se presentan en el Cuadro 11. La prevalencia de la realización de pruebas de detección del VIH en las embarazadas ha aumentado en América Latina durante los últimos años y lo mismo ha ocurrido en el Caribe, salvo en el 2010. Cabe señalarse que Haití y la República Dominicana han notificado una disminución de aproximadamente 40.000 en la cifra de embarazadas que se hicieron la prueba de detección del VIH.

Figura 5

Porcentajes regionales de embarazadas que se hicieron la prueba de detección del VIH en países de ingresos bajos y medianos (2005, 2008, 2009 y 2010)

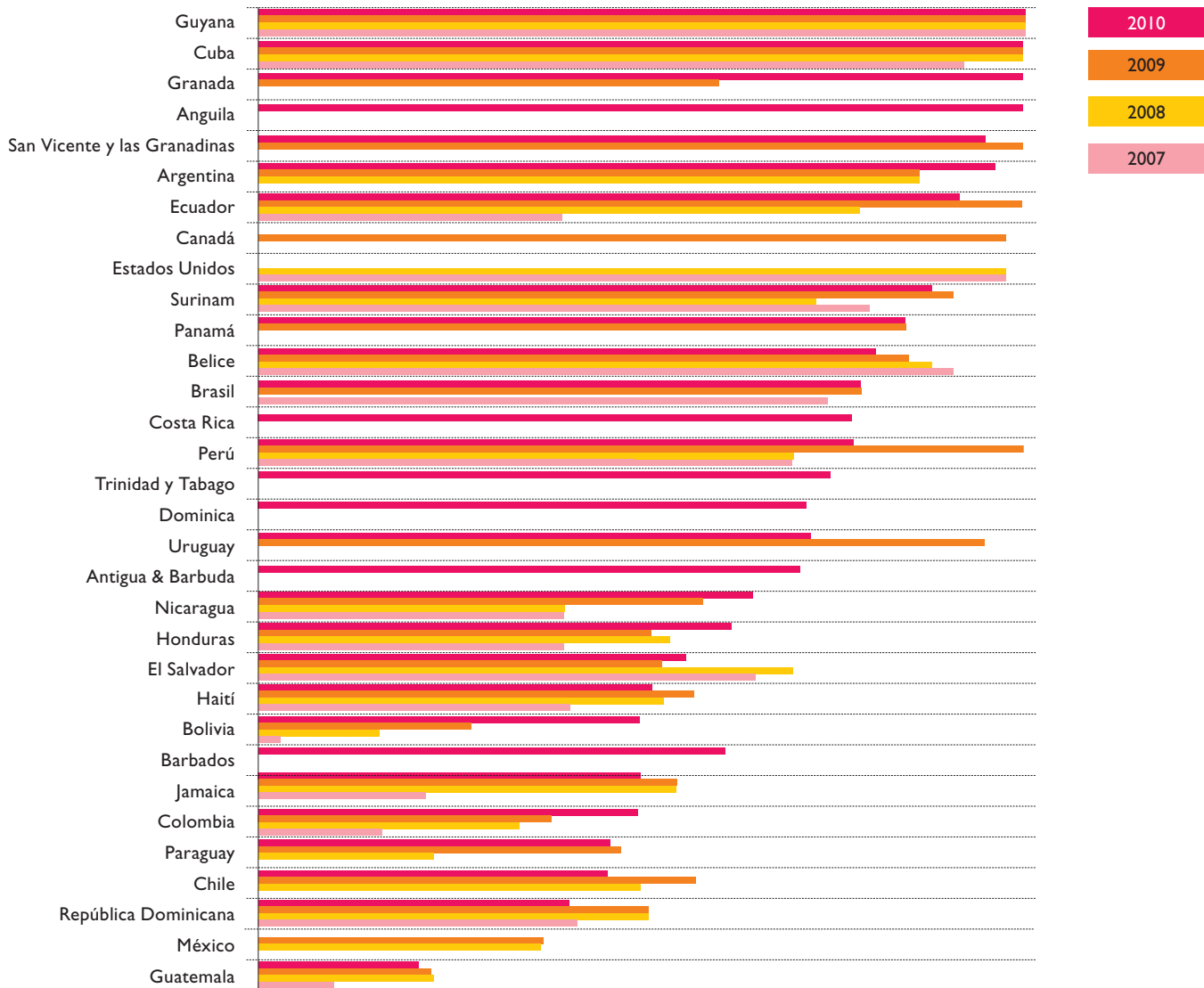


Fuente: WHO/UNAIDS/UNICEF. Global Response to HIV/AIDS. Epidemic update and progress towards universal Access 2011. Geneva. 2011.

Pese a que la cobertura de las pruebas de detección del VIH ha aumentado en la mayoría de los países de América Latina (Figura 6), aun persisten algunas desigualdades. El porcentaje de las pruebas de detección realizadas en mujeres de zonas rurales e indígenas remotas es varias veces inferior que en las zonas urbanas. Por ejemplo, los datos desglosados de la encuesta de salud reproductiva nacional de Panamá del año 2009 muestran que el 92% de las mujeres de las zonas urbanas del país se hicieron la prueba de detección del VIH durante el embarazo, en comparación con el 71% y 23% de las mujeres de zonas rurales e indígenas, respectivamente.²⁶

Tendencia en el porcentaje de embarazadas que se hicieron la prueba de detección del VIH en América Latina y el Caribe (2007-2010)

Figura 6



Fuente: Para el numerador y el denominador notificado por cada país, a menos que se indique otra cosa, la fuente son los informes de progreso de cada país para lograr el acceso universal a los servicios de lucha contra el VIH del 2011. La cobertura notificada del Canadá se refiere solo a Alberta y Ontario. La fuente es: Public Health Agency of Canada. HIV/AIDS Epi Updates, July 2010, Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Public Health Agency of Canada. La fuente de los Estados Unidos es: Centers for Disease Control and Prevention. Enhanced perinatal surveillance, 15 areas, 2005-2008. HIV Surveill Suppl Rep. 2011;16:27. Los datos de Chile y Jamaica incluyen solo a las mujeres atendidas en el sector sanitario público.

En algunos países, es difícil obtener datos sobre las pruebas de detección del VIH realizadas en el sector sanitario privado. Si los informes de la cobertura nacional de las embarazadas que se hicieron la prueba de detección del VIH se basan en el sistema de vigilancia del sector público, la cobertura nacional de las pruebas de detección del VIH parecerá artificialmente baja, como ha ocurrido en Chile, Barbados y Jamaica. Aunque no se dispone de datos nacionales sobre la cobertura de las pruebas de detección del VIH realizadas en el 2010 en los Estados Unidos y Canadá, la cobertura subnacional notificada en años anteriores fue superior al 95%.

Los países están tomando medidas para aumentar el número pruebas de detección del VIH que se realizan. Por ejemplo, los algoritmos sobre la realización de las pruebas se están simplificando y se está aumentando el uso de pruebas rápidas de detección del VIH, sobre todo en las poblaciones a las que es difícil acceder. No obstante, se siguen desaprovechando oportunidades:^{27,28} el desabastecimiento, la falta de personal capacitado con un enfoque centrado en el usuario para brindar orientación y promover el cambio de comportamiento,²⁹ los complejos requisitos de orientación antes de realizar las pruebas de detección, el miedo a la violencia por razones de género y las dificultades de acceso a la atención prenatal son obstáculos para la realización universal de pruebas de detección del VIH y de la sífilis en las embarazadas.^{30,31,32}

Cuadro 11

Cobertura estimada y notificada de las pruebas de detección del VIH durante el embarazo (2010)

	Número estimado de nacimientos (denominador estándar de las Naciones Unidas)	Número notificado de embarazadas que se hicieron la prueba de detección del VIH	Cobertura (%) de la prueba (usando el denominador estándar de las Naciones Unidas)	Cobertura (%) notificada de las pruebas de detección en cada país	Denominador notificado por cada país
Norteamérica					
Canadá	383.146	ND	ND	97-98 ^a	ND
Estados Unidos	4.300.620	ND	ND	97.6 ^c	ND
México	2.216.711	ND	ND	37 ^b	ND
Centroamérica					
Costa Rica	73.282	56.940	78	78	ND
El Salvador	125.822	70.617	56	91	77.361*
Guatemala	466.567	98.233	21	43	229.251*
Honduras	203.430	125.920	62	60	209.644
Nicaragua	138.358	89.712	65	56	159.539
Panamá	69.969	59.334	85	75	79.183
Países andinos					
Bolivia	263.060	131.723	50	41**	319.424
Colombia	913.891	452.098	49	49**	928.306
Ecuador	298.908	274.573	92	77**	357.209
Perú	593.917	462.081	78	77**	601.000
Venezuela	598.480	ND	ND	ND	ND
Cono Sur y Brasil					
Argentina	693.519	670.802	>95	90	745.336
Brasil	3.022.823	2.381.280 [¥]	79	ND	2.958.000

(Continúa)

**Cuadro 11
(Cont.)**

	Número estimado de nacimientos (denominador estándar de las Naciones Unidas)	Número notificado de embarazadas que se hicieron la prueba de detección del VIH	Cobertura (%) de la prueba (usando el denominador estándar de las Naciones Unidas)	Cobertura (%) notificada de las pruebas de detección en cada país	Denominador notificado por cada país
Chile	245.497	112.647 ^d	46 ^a	ND**	ND
Paraguay	156.431	72.497	46	53	137.508
Uruguay	49.750	35.953	72	87	41.213
Caribe					
Anguila	200	240	>95	100	240
Antigua y Barbuda	1.400	999	71	100	999
Antillas Holandesas	3.200	ND	ND	ND	ND
Aruba	1.300	ND	ND	ND	ND
Bahamas	5.291	ND	ND	ND	ND
Barbados	2.968	1.808	61	60	3.000
Belize	7.650	6.178	81	93	ND
Bermudas	800	ND	ND	ND	ND
Cuba	111.617	124.499	>95	100	124.499
Dominica	1.222	876	72	93	941
Guayana Francesa	5.600	ND	ND	ND	ND
Granada	2.031	2.056	>95	ND	ND
Guadalupe	6.500	ND	ND	ND	ND
Guyana	13.624	14.571	95	96	15.113
Haití	266.456	137.044	51	ND	ND
Islas Caimán	600	ND	ND	ND	ND
Islas Turcas y Caicos	500	ND	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (Reino Unido)	400	ND	ND	ND	ND
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	1.300	ND	ND	ND	ND
Jamaica	50.568	25.235 ^d	50 ^a	ND	ND
Martinica	4.900	ND	ND	ND	ND
Montserrat	100	ND	ND	ND	ND
Puerto Rico	52.100	ND	ND	ND	ND
República Dominicana	216.361	89.251	41	26	339.897
Saint Kitts y Nevis	700	ND	ND	ND	ND
Santa Lucía	3.067	ND	ND	ND	ND
San Vicente y las Granadinas	1.864	2.635	>95	ND	ND
Suriname	9.653	8.511	88	84	10.097
Trinidad y Tabago	19.753	15.094	76	75	20.000

Fuentes: En lo que respecta al numerador y el denominador notificado por cada país, a menos que se indique otra cosa, la fuente son los informes de progreso de cada país para lograr el acceso universal a los servicios de atención de la infección por VIH del 2011. Los datos sobre las pruebas de detección del VIH corresponden al año 2010, salvo que se indique otra cosa. Las fuentes del número estimado de nacimientos para el 2010 son: 1) UN Population Division, World Population Prospects: The 2010 Revision (puede consultarse en: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>); 2) U.S. Census Bureau, United States Census Bureau International Data Base (puede consultarse en: <http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>) (para Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Aruba, Bermudas, Dominica, Guadalupe, Guayana Francesa, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, Montserrat, Puerto Rico y Saint Kitts y Nevis).

a La cobertura notificada del Canadá corresponde al año 2006 para Alberta y al 2009 para Ontario. La fuente es: Public Health Agency of Canada. HIV/AIDS Epi Updates, julio del 2010, Surveillance and Risk Assessment Division, Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Public Health Agency of Canada, 2010.

b Los datos de México corresponden al año 2009.

c Los datos de los Estados Unidos corresponden al 2008. La fuente es: Centers for Disease Control and Prevention. Enhanced perinatal surveillance, 15 areas, 2005-2008. HIV Surveill Suppl Rep. 2011;16:27.

d Los datos de Chile y Jamaica incluyen solo a las mujeres atendidas en el sector sanitario público.

*Cifra notificada de embarazadas que accedieron a la atención prenatal.

**Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Chile, en una reunión subregional andina de la iniciativa de eliminación, notificaron una cobertura de las pruebas de detección del VIH del 45%, 55%, 85%, 80% y 72%, respectivamente.

‡ Datos notificados en el 2008.

ND: Datos no notificados.

Pruebas de detección de la sífilis

La cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en América Latina y el Caribe en mujeres que recibieron atención prenatal en el 2010 fue del 61% (según los datos de 26 países, incluidos países de ingresos altos). Entre los países que notificaron datos, las cifras de cobertura más elevadas correspondieron al Caribe y el Cono Sur, incluido el Brasil (82% y 76%, respectivamente), seguidos de la zona andina, con un promedio del 78%, y Centroamérica, con el 36%. En el Caribe, en 9 de 11 países informantes la cobertura de las pruebas de detección de la sífilis es del 95% al 100%; las excepciones son Jamaica (73%) y Haití (68%). En América Latina, Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Uruguay y Venezuela han notificado tasas de cobertura superiores al 80% (Figura 7).

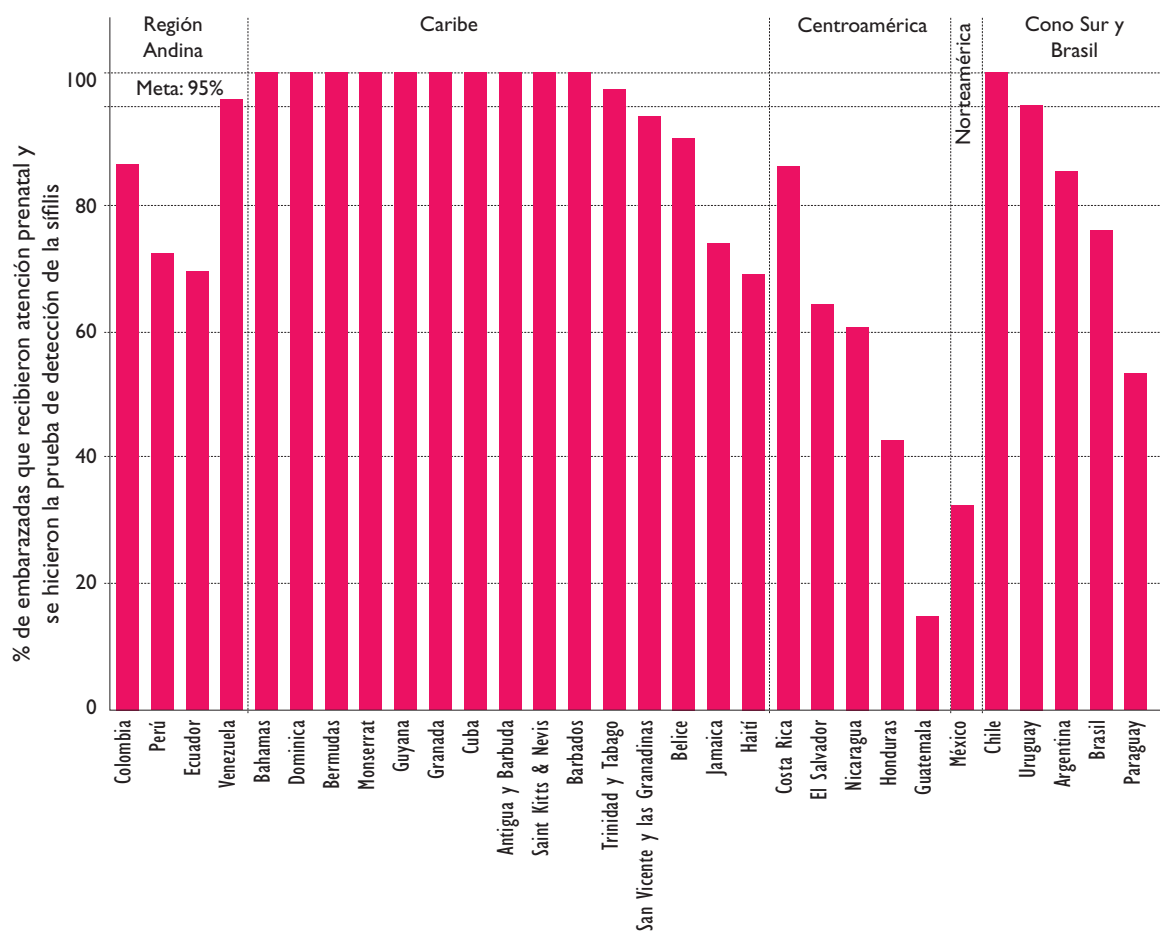
Muchos países brindan a las embarazadas acceso universal a las pruebas de detección del VIH y de la sífilis. Cabe señalar que los datos de todas las embarazadas se usan para determinar la cobertura de las pruebas de detección del VIH, mientras que para determinar la cobertura de las pruebas de detección de la sífilis se usan solo los datos del subconjunto de mujeres que reciben asistencia prenatal. En la mayoría de los países no se dispone sistemáticamente de información sobre el momento en que se realiza la prueba de detección de la sífilis; algunos se basan en las encuestas realizadas periódicamente cada 4-6 años y otros solo cuentan con datos subnacionales. Es aconsejable que la información sobre la prueba de detección de la sífilis se base en la edad gestacional. Cualquiera que sea la fuente, la información sobre la realización puntual de las pruebas de detección de la sífilis en las embarazadas es importante para vigilar el progreso hacia el acceso universal a las pruebas de detección y hacia la eliminación de esta enfermedad, incluidas las posibles evaluaciones de la calidad del sistema de vigilancia.

La realización de pruebas de detección de la sífilis está incluida en la asistencia prenatal ordinaria en la mayoría de los países, pero el examen no sigue algoritmos definidos y en muchos casos la obtención de resultados de manera oportuna puede constituir todo un reto.

Una estrategia eficaz para mejorar la detección de la sífilis materna es el uso de pruebas rápidas. Cuando se utilizan estas pruebas, el algoritmo recomendado consiste en recurrir primero a una prueba rápida como herramienta de detección sistemática para identificar a las pacientes que deben recibir tratamiento de presunción y luego realizar, como análisis confirmatorio, pruebas no treponémicas cuantitativas para determinar si la paciente tiene una infección activa. Dado su bajo costo y su sencillez, la prueba rápida es una herramienta muy eficaz para controlar la sífilis en los entornos de atención primaria de salud. Las pruebas rápidas también pueden usarse junto con las pruebas no treponémicas (prueba rápida de detección de reagina en el plasma o VDRL) para confirmar resultados anteriormente positivos a estas pruebas no treponémicas. Algunos países de la Región, como Brasil, Uruguay, Argentina, Ecuador, Nicaragua y Guatemala, se encuentran en vías de aplicar las pruebas rápidas para la detección de la sífilis materna.

Porcentaje de embarazadas que recibieron atención prenatal y se hicieron la prueba de detección de la sífilis, por subregión (2010)

Figura 7



Fuente: Informes de progreso de cada país para lograr el acceso universal a los servicios de lucha contra el VIH, 2011.

Nota: Los datos de las Bahamas, Bermudas, Costa Rica, El Salvador, México, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas y Montserrat corresponden al 2009. Los datos de Brasil y Dominica corresponden al 2006 y el 2008, respectivamente. Los datos de El Salvador se refieren a las mujeres a las que se les realizó la prueba de detección de la sífilis antes de la 20.ª semana de embarazo.

Cuadro 12
Prevalencia de infección por el VIH y de sífilis gestacional en mujeres jóvenes y en las embarazadas en la Región de las Américas (2009-2010)

	Prevalencia estimada (%) de infección por el VIH en mujeres jóvenes (15 a 24 años) (2009) (1)	Prevalencia notificada (%) de infección por el VIH en embarazadas que recibieron atención prenatal (2010) (2)	Prevalencia notificada (%) de sífilis gestacional en mujeres que recibieron atención prenatal (2010) (2)
Norteamérica			
Canadá	0,1 (<0,1–0,2)	ND	ND
Estados Unidos	0,2 (0,1–0,3)	ND	ND
México	0,1 (0,1–0,2)	0,03*	0,3 ^{b,e}
Centroamérica			
Costa Rica	0,1 (0,1–0,2)	0,03	1,4 ^b
El Salvador	0,3 (0,1–0,5)	0,24	0,47 ^{b,e}
Guatemala	0,3 (0,2–0,6)	0,3	0,65 ^c
Honduras	0,2 (0,1–0,4)	0,56	1,5
Nicaragua	0,1 (0,1–0,1)	0,1	0,5
Panamá	0,3 (0,1–0,5)	0,3	ND
Países andinos			
Bolivia	0,1 (<0,1–0,1)	0,16 ^{b,f}	ND
Colombia	0,1 (0,1–0,3)	0,22 ^b	0,6
Ecuador	0,2 (0,1–0,3)	0,17	0,1
Perú	0,1 (0,1–0,2)	0,13	0,3
Venezuela	ND	ND	1,9
Cono Sur y Brasil			
Argentina	0,2 (0,1–0,3)	0,39	1,3
Brasil	... (0,1–0,4)	0,41 ^a	1,6 ^a
Chile	0,1 (0,1–0,3)	0,02 ^b	0,2
Paraguay	0,1 (0,1–0,2)	0,34	4,5
Uruguay	0,2 (0,1–0,3)	0,8 ^e	1,3
Caribe			
Anguila	ND	0,0	ND
Antigua y Barbuda	ND	0,6 ^f	0,5
Bahamas	3,1 (0,8–6,6)	0,8 * ^f	ND
Barbados	1,1 (0,8–1,4)	0,31 ^{b,e}	0,4
Belice	1,8 (1,4–2,7)	1 ^b	1,4
Cuba	0,1 (<0,1–0,1)	0,02 [*]	0,03
Dominica	ND	ND	ND
Granada	ND	0,05	3,7
Guadalupe	ND	0,53 ^b	ND
Guyana	0,8 (0,2–1,5)	0,88	0,2
Haití	1,3 (1,0–1,8)	2,5 [*]	4,7
Jamaica	0,7 (0,3–1,4)	1,2 ^b	1,6
República Dominicana	0,7 (0,4–0,9)	1,5	0,5
San Vicente y las Granadinas	ND	0,6 ^b	ND
Suriname	0,4 (0,2–0,7)	1 ^b	ND
Trinidad y Tabago	0,7 (0,3–1,2)	1,39 ^d	0,1 ^e

Fuente: (1) UNAIDS. Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Ginebra, 2011. (2) PAHO, UNICEF. Regional Elimination Initiative: Data Reported by Countries. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011. La fuente de la prevalencia de sífilis en El Salvador es: OPS, Ministerio de la Salud de El Salvador, CLAP. Diagnóstico situacional de sífilis materna y sífilis congénita en las 28 maternidades de la red de establecimiento del Ministerio de Salud en El Salvador, durante el Periodo enero a diciembre de 2009, según Sistema Informático Perinatal. San Salvador, 2010. La fuente de los datos de la Argentina es: Ministerio de Salud, UNICEF, OPS. Estudio de seroprevalencia del VIH y de la sífilis en mujeres púerperas. Buenos Aires, 2011. La fuente de los datos de Guatemala es: Huaman Zevallos B. Situación de la sífilis materna y sífilis congénita en los servicios de salud de Guatemala. Ciudad de Guatemala: Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social; 2011.

* La fuente es el informe del 2010 del país para el Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

a Los datos de Brasil provienen de una encuesta realizada en el periodo 2004-2006 a parturientas. / **b** Datos del 2009. / **c** El informe del 2011 de Guatemala sobre el acceso universal indica una prevalencia de sífilis del 4%. / **d** Datos del 2008. / **e** Solo datos del sector público. / **f** Embarazadas de 15-24 años.

Nota: Los datos sobre la prevalencia de la infección por el VIH en las embarazadas del Uruguay proceden de un hospital de Montevideo (Centro Hospitalario Pereira Rosell). Los datos sobre la prevalencia de la infección del VIH en las embarazadas de Barbados provienen de un hospital (Queen Elizabeth Hospital) y de consultorios de atención prenatal del sector público. Los datos de Guadalupe proceden de una encuesta realizada en un hospital y del INSEE. En el caso de Costa Rica, la prevalencia de la infección por el VIH se obtuvo a partir de una encuesta realizada a 2.901 embarazadas de 90 áreas sanitarias, y la prevalencia de sífilis procede de un hospital de San José (Hospital de San Juan de Dios). En cuanto a Colombia, los datos sobre la prevalencia de la infección por el VIH en las embarazadas proceden de un estudio de vigilancia centinela. Datos recientes de Colombia muestran una prevalencia de sífilis en las embarazadas del 1,7% (de una reunión subregional andina de la iniciativa de eliminación). La prevalencia de infección por el VIH y de sífilis en las embarazadas procede, en el caso de la República Dominicana, de un estudio de vigilancia centinela del 2007. No se dispone de datos de Antillas Holandesas, Aruba, Bermudas, Guayana Francesa, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (Estados Unidos), Islas Vírgenes (Reino Unido), Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saint Kitts y Nevis o Santa Lucía. **ND:** Datos no disponibles.

Prevalencia de la infección por el VIH y de la sífilis gestacional

La prevalencia estimada de la infección por el VIH en mujeres jóvenes es mayor en el Caribe que en América Latina, y es particularmente alta en las Bahamas, Belice, Haití, Barbados, Guyana, República Dominicana, Jamaica y Trinidad y Tabago. Todos los países latinoamericanos que disponen de datos estimativos registran una prevalencia del 3% o inferior. Las cifras más elevadas de prevalencia notificada de infección por el VIH en embarazadas corresponden a Haití, la República Dominicana, Trinidad y Tabago y Jamaica (Cuadro 12). Pocos países llevan a cabo la vigilancia centinela de las embarazadas, de manera que la mayoría de los países con una cobertura elevada de las pruebas de detección del VIH dependen de datos programáticos para calcular y notificar la prevalencia de la infección por el VIH en estas mujeres.

Según los datos notificados correspondientes al 2010, que también proceden principalmente de la actividad programática rutinaria, la mayor prevalencia de sífilis gestacional en las mujeres que reciben asistencia prenatal en los 23 países que han notificado datos se registra en Paraguay y Haití, con más del 4%. Aunque algunos países no notificaron los datos nacionales sobre la prevalencia, existen datos que muestran una alta prevalencia de sífilis gestacional en Bolivia. Los estudios realizados en este país han notificado una prevalencia de sífilis activa del 3,8% en 8.892 embarazadas en el periodo 2004-2005;³³ 3,2% en 1.594 embarazadas de tres maternidades de La Paz, Chuquisaca y Cochabamba en el 2004; y 4,5% en las embarazadas de Cochabamba en el 2003.³⁵ Son características las variaciones geográficas subnacionales; en el Brasil, por ejemplo, la prevalencia de sífilis gestacional en el 2005 osciló entre el 1,1% en Goiania y el 4,4% en Río de Janeiro.³⁶

Caso 2: Vigilancia de la prevalencia de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas de Argentina

Con el propósito de fortalecer los sistemas de información en toda Argentina, los expertos del Ministerio de Salud de este país elaboraron un estudio de referencia con tres objetivos principales: determinar la prevalencia nacional de infección por el VIH y de sífilis en las embarazadas; comparar la información de este estudio con los sistemas de información ordinarios y cuantificar las deficiencias en materia de información; y evaluar la calidad de la atención prenatal en lo que respecta a la infección por el VIH y la sífilis. En el 2010-2011, la Argentina realizó un estudio nacional en 6.723 puérperas que asistieron a 23 hospitales públicos. El 49% de ellas acudieron para su primera consulta de asistencia prenatal durante el primer trimestre de embarazo, el 36% en el segundo trimestre y el 7% en el tercer trimestre; el 3% no recibieron asistencia prenatal, y no se dispone de datos del 5% restante. En total, el 85% y 87% de las mujeres, respectivamente, se sometieron a la prueba de detección del VIH y de la sífilis durante la atención prenatal; la prevalencia nacional de infección por el VIH y de sífilis fue del 0,44% y 1,32%, respectivamente (pruebas no treponémicas, con confirmación mediante pruebas treponémicas). De las 24 mujeres que tenían VIH, 11 habían sido diagnosticadas antes del embarazo presente, 12 fueron diagnosticadas durante el embarazo presente y 1 durante el periodo perinatal; 22 mujeres recibieron antirretrovíricos para la prevención de la transmisión maternoinfantil. Una mujer padecía sífilis y estaba coinfectada por el VIH. De todas las mujeres que padecieron sífilis en el puerperio, el 33,5% comenzaron el embarazo sin sífilis (es decir, los resultados de la prueba inicial realizada en el embarazo fueron negativos y contrajeron la infección durante el mismo). En lo que respecta a las mujeres que padecieron la enfermedad durante el embarazo, el 22% no habían recibido tratamiento. De las mujeres diagnosticadas de sífilis durante el puerperio, el 13,5% habían sufrido un aborto o dado a luz un mortinato. En cuanto a las mujeres que no se sometieron a pruebas de detección del VIH durante la atención prenatal, el 46% asistieron al menos a una consulta de atención prenatal y el 15% a cinco o más consultas con profesionales sanitarios. Estos resultados evidencian un grado adecuado de control y diagnóstico prenatal, pero un porcentaje alto de seroconversión para la sífilis durante el embarazo y un porcentaje elevado de mujeres que no recibieron tratamiento para la sífilis. Siguen perdiéndose oportunidades de realizar las pruebas de detección del VIH, y esta cuestión debe analizarse con mayor detenimiento. Este estudio muestra la necesidad de fortalecer la prevención y el tratamiento de la sífilis en las embarazadas y sus compañeros, así como la necesidad de determinar los obstáculos y las oportunidades desaprovechadas para realizar las pruebas de detección del VIH.³⁷

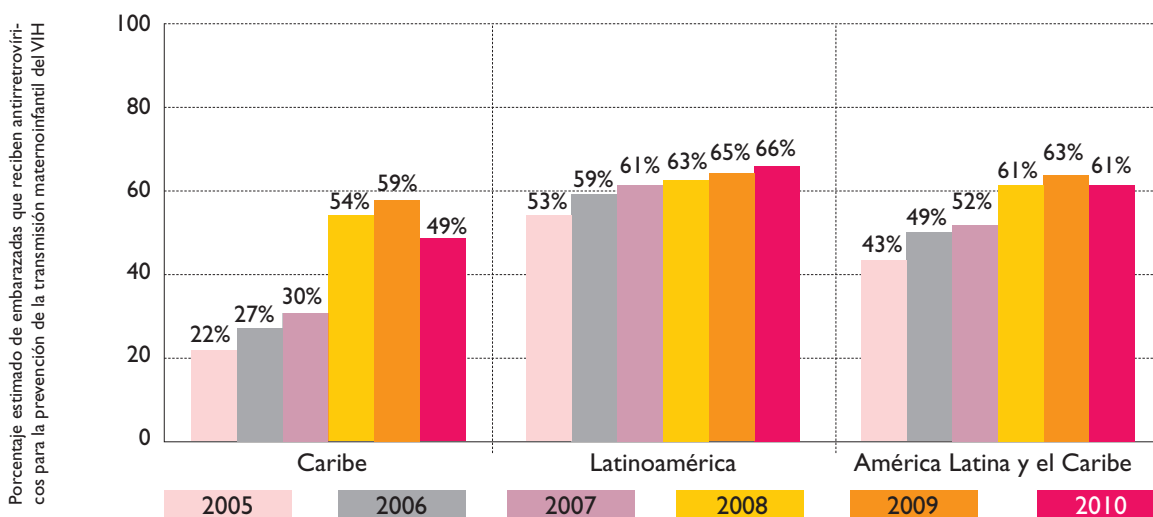
Provisión de antirretrovíricos a embarazadas con VIH

América Latina y el Caribe han progresado enormemente en la provisión de antirretrovíricos a las embarazadas. La cobertura antirretrovírica en las embarazadas seropositivas al VIH en América Latina y el Caribe aumentó de aproximadamente el 50% en el 2005 al 61% (48%-95%) en el 2010. Como se indica en el informe conjunto de la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF denominado Progress report 2011: Global HIV/AIDS response, [informe de avance 2011: respuesta mundial a la infección por el VIH/sida] cuando solo se consideran las pautas eficaces, las cifras regionales son levemente inferiores: 59% (46%-90%). Las pequeñas reducciones de las cifras regionales que se observan en relación con el 2009 se deben principalmente a una disminución en el Caribe en el 2010 (Figura 8). Esta disminución se atribuye parcialmente a los desastres naturales y las epidemias de cólera en Haití, pero deben realizarse análisis y estudios más minuciosos para entender mejor lo que está ocurriendo en esta subregión.

En el contexto de las epidemias concentradas, existe una importante incertidumbre en cuanto a las herramientas de modelamiento disponibles (como EPP/Spectrum) en lo que atañe al número de embarazadas con VIH. Por lo tanto, este indicador tiene límites de incertidumbre excesivamente amplios que descartan el uso de estimaciones puntuales en la mayoría de los países de la Región. A pesar de esta limitación, según el informe de la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF mencionado anteriormente, cuatro países de ingresos bajos y medianos de la Región (Argentina, Brasil, Ecuador y Honduras) lograron en el 2010 el acceso universal con respecto a la provisión de antirretrovíricos a las embarazadas con VIH para la prevención de la transmisión maternoinfantil.^v En estos países, las tasas de realización de las pruebas de detección del VIH son superiores al 95% en Argentina, Brasil y Ecuador; lo que confirma el valor estimado de cobertura de la prevención de la transmisión maternoinfantil que se acaba de indicar.

Figura 8

Porcentaje de embarazadas que reciben antirretrovíricos para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (2005-2010)



Fuente: WHO/UNAIDS/UNICEF. Informes sobre el progreso en el acceso universal de los países a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, 2011.

Nota: Se han publicado cifras levemente distintas en el informe de la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF denominado 2011 Global HIV/AIDS response debido a que no se incluyó la pauta con una dosis única de nevirapina y que debieron utilizarse supuestos para los países que no proporcionaron datos desglosados por régimen antirretrovírico. La cobertura en América Latina y el Caribe sin la dosis única de nevirapina es de 59% y en el Caribe, 46%.

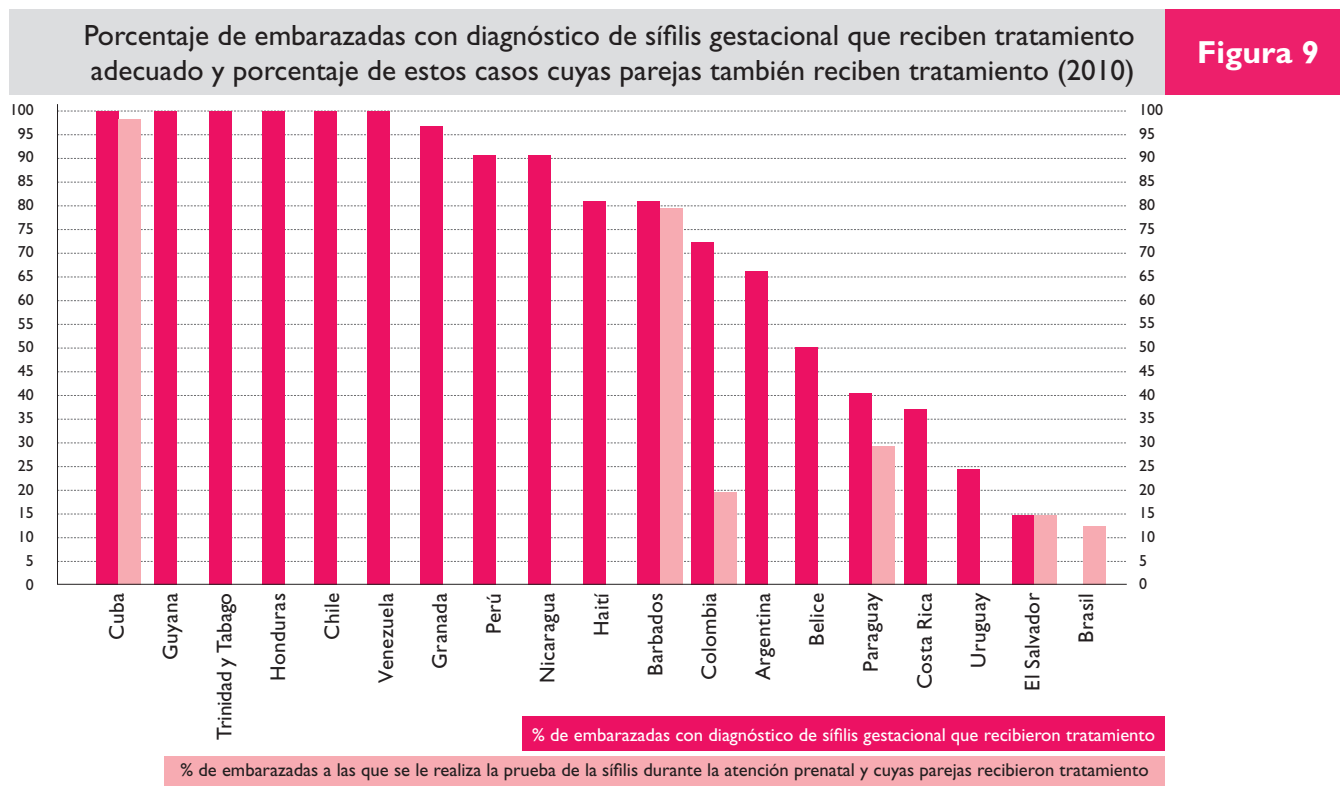
v. Solamente los países con un número calculado de embarazadas con infección por el VIH superior a 100 son mencionados por la OMS en el informe sobre el acceso universal.

Otros países con una cobertura estimada de antirretrovíricos para las embarazadas seropositivas al VIH superior al 80% (valor usado como límite del acceso universal) son Cuba, Estados Unidos, Canadá, Barbados, Dominica, Guyana, Uruguay, y Antigua y Barbuda.^{vi}

Además de los 27 países que disponen de datos desglosados sobre el tipo de régimen antirretrovírico utilizado para la prevención de la transmisión maternoinfantil, 5 países informaron sobre el uso de la nevirapina: Jamaica, Trinidad y Tabago, Guyana, Haití y República Dominicana (en un porcentaje del 0,6% de todos los regímenes antirretrovíricos en Trinidad y Tabago al 30% en Guyana). El uso de nevirapina en toda la Región ha sido sustituido por pautas más eficaces recomendadas internacionalmente; hoy en día la nevirapina representa solo el 1,6% de todas las pautas antirretrovíricas notificadas que se utilizan para la prevención de la transmisión maternoinfantil.

Tratamiento de la sífilis

El tratamiento de las embarazadas con sífilis y de sus parejas es uno de los indicadores menos notificados. Dieciocho países han informado sobre el número y el porcentaje de mujeres con sífilis gestacional que recibieron tratamiento en el 2010 (Figura 9), pero solamente 10 países han informado sobre el número de parejas de las embarazadas que se sometieron a pruebas de detección de la sífilis y al tratamiento antisifilítico. El diagnóstico y tratamiento de las parejas es un factor crucial en la eliminación de la sífilis congénita, y deben fortalecerse los sistemas de información de manera que pueda vigilarse el progreso hacia la aplicación de esta recomendación de salud pública.



Fuente: PAHO, UNICEF. Iniciativa de eliminación regional: Datos notificados por los países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
Nota: Anguila y Guadalupe no notificaron ningún caso en ninguno de los indicadores. Los valores de Costa Rica corresponden a los datos de un hospital importante de San José (Hospital de San Juan de Dios). Los datos para el Uruguay corresponden al 2009.

vi. Estos otros países no han sido incluidos en el informe mundial conjunto de la OMS, el ONUSIDA y el UNICEF mencionado anteriormente debido a que quizá no sean países de ingresos bajos y medianos o a que pueden tener estimaciones por debajo de 100 embarazadas seropositivas para el VIH.

Aunque es sabido que el tratamiento con penicilina benzatínica es eficaz para prevenir la sífilis congénita, el temor a las reacciones adversas y a la muerte es un obstáculo para su uso. No existen alternativas probadas a la penicilina para el tratamiento de la sífilis congénita, la sífilis en las embarazadas o en pacientes con infección por el VIH. En caso de alergia a la penicilina, se recomienda utilizar protocolos de desensibilización. Algunos países, como el Perú, incluyen las pruebas y la capacitación necesarias como parte del algoritmo nacional de tratamiento. Aunque las notificaciones de alergia a la penicilina por parte de los pacientes son superiores a las de cualquier otro fármaco, diversos estudios han mostrado que cerca del 85% al 90% de estos pacientes no son realmente alérgicos a la penicilina. Además, la prevalencia de alergia a la penicilina mediada por IgE (el tipo de alergia que se asocia a la anafilaxia) ha disminuido en las dos últimas décadas, tal como muestra la cifra de resultados positivos en las pruebas de sensibilidad.³⁸ Con la intención de ayudar a los países a mejorar el manejo del tratamiento, la OPS/CLAP/SMR ha elaborado una revisión bibliográfica sistemática para evaluar la seguridad de la penicilina benzatínica en la prevención de la sífilis congénita en las embarazadas.

Prevención y atención de los lactantes expuestos

Ha mejorado la notificación de la provisión de antirretrovíricos a los lactantes expuestos al VIH, y 21 países han notificado datos al respecto en el 2010. En América Latina y el Caribe, la cobertura regional fue del 55% (43%-84%), un aumento con respecto al 39% (30%-61%) en el 2005. La cobertura fue del 70% (52%->95%) en América Latina y del 18% (15%-23%) en el Caribe.

El acceso a las pruebas virológicas, a pesar de ser cada vez mayor, todavía es bajo en la mayoría de los países. En América Latina y el Caribe, se realizaron pruebas virológicas al 23% (20%-39%) de los lactantes en los 2 primeros meses de vida en el 2010: 22% en América Latina y 28% en el Caribe. Solamente 14 países disponían de información y en todos, salvo uno, menos del 75% de los lactantes expuestos detectados se habían sometido a pruebas virológicas a los 2 meses de edad (Cuadro 13). Aunque ha aumentado el porcentaje de lactantes expuestos al VIH que reciben profilaxis antirretrovírica y que se someten oportunamente a las pruebas de detección del VIH, la cobertura en muchos países es todavía baja.

Atención prestada a los lactantes expuestos al VIH (2010)

Cuadro 13

	Número notificado de lactantes expuestos que reciben antirretrovíricos	% estimado de lactantes expuestos que reciben antirretrovíricos	Número notificado de lactantes expuestos que se someten a una prueba virológica a los 2 meses de edad	% estimado de lactantes expuestos que se someten a una prueba virológica a los 2 meses de edad
Centroamérica y México				
Costa Rica	30	...(15-29)	35	...(17-34)
El Salvador	102	...(8-50)	108	...(8-53)
Guatemala	159**	...(3-47)	ND	ND
Honduras	202	...(34-82)	328	...(56->95)
México	58**	...(4-15)	ND	ND
Nicaragua	87	...(28->95)	58	...(18->95)
Panamá	151	...(25->95)	93	...(16-63)
Países andinos				
Bolivia	151	...(79->95)	151	...(79->95)
Colombia	338	...(18-45)	168	...(9-22)
Ecuador	403	...(66->95)	5*	...(1-6)
Perú	466	...(17->95)	ND	ND
Venezuela	274*	...(6-12)	ND	ND
Cono Sur y Brasil				
Argentina	2.549	...(>95->95)	ND	ND
Brasil	7.250	...(89->95)	2.306**	...(28-53)
Paraguay	165	...(28->95)	82	...(14-67)
Uruguay	72*	...(23->95)	72*	...(23->95)
Caribe				
Belice	53	...(35-62)	54	...(36-64)
Cuba	66	...(93->95)	66	...(93->95)
Dominica	1*	ND	1*	ND
Granada	1	ND	ND	ND
Guyana	188	...(>95->95)	52	...(31->95)
Haití	1.621	31 (26-38)	1.103***	21 (18-26)
Jamaica	377***	...(45->95)	ND	ND
República Dominicana	935	...(49->95)	132	...(7-15)
San Vicente y las Granadinas	15*	ND	14*	ND
Suriname	73*	(16->95)	9*	...(2-15)

Fuente: OMS/ONUSIDA/UNICEF. Informes de los países sobre el progreso en el acceso universal de los países a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, 2010-2011.

*Datos del 2009.

**Datos del 2008.

Nota: Cuando se elaboró este cuadro, no se disponía de datos de los siguientes países: Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Holandesas, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermudas, Chile, Guayana Francesa, Guadalupe, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (Estados Unidos), Islas Vírgenes (Reino Unido), Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y Trinidad y Tabago.

ND: Datos no disponibles.

Dieciocho países han notificado datos sobre las prácticas de alimentación en los lactantes expuestos al VIH (Cuadro 14). En raras ocasiones los países son capaces de notificar vinculando los datos con las visitas para la administración de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3); más bien, los datos se relacionan con otros tipos de visitas que tienen lugar antes de que los lactantes cumplan los 6 meses. En los países que notificaron datos, la mayoría de los lactantes son alimentados con sucedáneos de la leche materna. Casi todos los países informan acerca de las políticas para la provisión de sucedáneos de la leche materna de manera gratuita para todas las embarazadas seropositivas al VIH durante 6 a 12 meses aproximadamente. Haití es el único país que recomienda la lactancia materna exclusiva y, si fuera posible, bajo cobertura antirretrovírica. Dada la importante repercusión de la lactancia materna en la transmisión maternoinfantil del VIH, es esencial asegurarse, mediante el seguimiento apropiado, de que los proveedores de servicios no pertenecientes al sistema sanitario público cumplen las políticas nacionales de alimentación con sucedáneos de la leche materna proporcionados de manera gratuita.

Cuadro 14

Prácticas de alimentación en lactantes expuestos al VIH que acudieron a visita para la administración de la DTP3 y cuyas prácticas de alimentación se registraron (2010)

	Número de lactantes con prácticas de alimentación registradas*	Número (%) de lactantes con lactancia exclusivamente materna	Número (%) de lactantes que recibían alimentación con leche maternizada	Número (%) de lactantes que recibían alimentación mixta	Número de lactantes cuya alimentación no se evaluó o registró
Centroamérica					
Costa Rica	35	0	35 (100)	0	0
El Salvador	ND	0	108	0	0
Honduras	205	2 (1,0)	199 (97,1)	4 (2,0)	0
Nicaragua	90	5 (5,6)	85 (94,4)	0	0
Panamá	162	0	162 (100)	0	0
Países andinos					
Bolivia	151	0	151 (100)	0	0
Colombia	367	ND	218	15	134
Ecuador	403	0	403 (100)	0	0
Perú	ND	ND	475	ND	ND
Cono Sur y Brasil					
Argentina	2.549	0	2.549 (100)	0	0
Paraguay	165	6 (3,6)	152 (92,1)	6 (3,6)	1
Uruguay	72	ND	72 (100)	ND	ND
Caribe					
Antigua y Barbuda	8	0	8 (100)	0	0
Barbados	ND	0	23	0	0
Belize	54	0	54 (100)	0	0
Cuba	66	0	66 (100)	0	0
Dominica	2	0	2 (100)	0	0
Granada	1	0	1 (100)	0	0
Guyana	ND	0	218	ND	ND
Jamaica	336	0	331 (98,5)	5 (1,5)	0
República Dominicana	ND	ND	940	ND	ND
San Vicente y las Granadinas	14	0	14 (100)	0	ND

Fuente: OMS/ONUSIDA/UNICEF. Informes de los países sobre el progreso en el acceso universal de los países a la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, 2010-2011.

* La mayoría de los países que notificaron datos no los obtuvieron en una visita para la administración de la DTP3. No se conoce el momento exacto en que se recopilaron los datos.

ND: Datos no disponibles.

Efecto de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita

La evaluación de los efectos de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita constituye un reto en el contexto de algunos sistemas de información que quizá no tengan cobertura de nivel nacional y que tienen problemas de infranotificación, pérdida de datos durante el seguimiento y problemas de acceso de poblaciones vulnerables acerca de las cuales no se dispone de información sobre el estado respecto a la infección por el VIH. En este contexto, los países están realizando una importante inversión para mejorar los sistemas de seguimiento y la vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación de casos, como ocurre en el Caribe.

En esta evaluación se incluyó a aquellos países notificantes que contaban con datos del 2010 sobre los indicadores clave de la infección por el VIH y la sífilis, como las pruebas de detección del VIH y de la sífilis en las embarazadas y los indicadores de efecto respectivos (tasa notificada de transmisión maternoinfantil del VIH e incidencia de sífilis congénita). Se utilizó como criterio para evaluar los indicadores del efecto una cobertura de las pruebas de detección de la infección por el VIH y de la sífilis del 80% o superior. Según los datos, es posible que cinco Estados Miembros hayan alcanzado la tasa de transmisión maternoinfantil prevista del 2% o inferior (Cuadro 15).

Tasa notificada de transmisión maternoinfantil del VIH, 2009-2010

Cuadro 15

Pueden haber alcanzado la tasa prevista de transmisión maternoinfantil del VIH notificada de $\leq 2\%$	Tasa de transmisión maternoinfantil del VIH notificada de $>2\%$ al 7%
Anguila, Antigua y Barbuda, Canadá, Cuba, y los Estados Unidos**	Argentina, Surinam, Bahamas, Chile,***, Uruguay, Brasil y Guyana

*Este análisis se basa en las cifras notificadas de cada país teniendo en cuenta el carácter integral de los datos. Para llegar a conclusiones definitivas respecto al logro de las metas de cada país será preciso examinar y considerar más la calidad de los datos.

**Para 15 zonas de notificación de la vigilancia perinatal mejorada en el 2008, los Estados Unidos notifican una tasa de transmisión maternoinfantil del 2% y un 37% de los lactantes con resultados indeterminados.

***Chile ha notificado recientemente tasas de transmisión maternoinfantil del 2% aproximadamente. Dada la dificultad de notificar el número de pruebas de detección de la infección por el VIH realizadas en el sector privado, la cobertura de dichas cifras en Chile es artificialmente baja.

De manera análoga, varios países y territorios pueden haber logrado la meta de resultado en salud para la sífilis congénita (Cuadro 16).

Incidencia notificada de sífilis congénita, 2009

Cuadro 16

Pueden haber alcanzado la incidencia prevista de sífilis congénita de $\leq 0,5/1.000$ nacidos vivos	Incidencia de sífilis congénita de $>0,5$ a $\leq 0,7/1.000$ nacidos vivos
Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Guyana, Chile, Canadá,* Estados Unidos,* Guadalupe,* y Panamá*	Perú y Jamaica

*Es posible que estos países, aunque no han aportado datos sobre la cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en las embarazadas, hayan alcanzado también la meta, dado que notifican una incidencia de sífilis congénita inferior a 0,5 por 1.000 nacidos vivos.

La mejora de la validez de los datos y la cobertura es un parámetro clave en el seguimiento apropiado del progreso hacia la consecución de las metas. Aunque es posible que en el nivel nacional los países hayan logrado las metas propuestas, todavía pueden existir bolsas de poblaciones con tasas más elevadas. Los países deben hacer un seguimiento de estos indicadores en el nivel subnacional para prevenir las inequidades entre las poblaciones vulnerables.

En lo que respecta a la reducción de la incidencia de casos pediátricos de infección por el VIH, todos los países que figuran en el Cuadro 15, excepto Bahamas, Suriname y Guyana, parecen haber logrado la incidencia prevista de 0,3 por 1.000 nacidos vivos.^{vii} En el 2012, la OPS, el ONUSIDA y el UNICEF encabezarán un proceso de certificación de la eliminación en determinados países.

Además, sobre la base de una nueva herramienta de modelamiento creada por el ONUSIDA, se ha estimado que la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH en América Latina y el Caribe en el 2010 alcanzó el 15% [4%-22%], mientras que la tasa estimada, excluidos los niños alimentados con lactancia materna, es del 10%. Esto subraya la importancia de realizar las pruebas de detección del VIH en las embarazadas incluso al final de embarazo o cuando acuden para el parto.

En el modelo se han utilizado los siguientes supuestos:

- Incidencia de la infección por el VIH en mujeres de 15 a 49 años: 0,6%¹³
- Cifra de linfocitos CD4: 58% con >350 células/mm³ y 42% con <350 células/mm³
- Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que no reciben ningún tipo de profilaxis o tratamiento antirretrovírico: 39%
- Porcentaje de embarazadas VIH-positivas que reciben antirretrovíricos (61%), por pauta: dosis única de nevirapina (1,6%), dosis doble de zidovudina (AZT) (2,7%), tratamiento antirretrovírico iniciado durante el embarazo con arreglo a la opción A o B (55,5%), o tratamiento antirretrovírico iniciado antes del embarazo (40,2%)
- Mediana de la duración de la lactancia materna en púerperas con infección por el VIH: 14 meses³⁹

La información y el seguimiento de los niños expuestos plantean retos importantes para los servicios sanitarios y los sistemas de información. En muchos países no se conoce a ciencia cierta el porcentaje de lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH. Por ejemplo, es posible que las embarazadas no reciban atención prenatal, no den a luz en un establecimiento de salud, o no se les realice la prueba de detección del VIH, lo que conduce a la subnotificación del número de lactantes expuestos. En los lactantes identificados como expuestos al VIH, los obstáculos en lo que atañe al seguimiento y la muerte antes de realizar un diagnóstico definitivo pueden sumarse a los problemas para detectar correctamente a los niños seropositivos al VIH. En el contexto de América Latina y el Caribe, el fortalecimiento de los sistemas de información sistemáticos (y la adaptación, de ser necesaria) para hacer un seguimiento adecuado de los lactantes expuestos y los que contrajeron la infección es un componente esencial de la iniciativa de eliminación, que permitirá saber de qué manera las medidas tomadas logran los resultados previstos, así como fundamentar las correcciones pertinentes cuando sea preciso.

En el Canadá, aunque el número de lactantes expuestos al VIH ha aumentado en el último decenio paralelamente al incremento de la cifra de personas que tienen VIH, el número de lactantes que tienen VIH ha disminuido extraordinariamente. En el 2001, de 168 lactantes identificados como expuestos

vii. La disminución de la incidencia de casos pediátricos de infección por el VIH a 0,3 por 1.000 nacidos vivos o menos exige reducir la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH y prevenir las nuevas infecciones por el VIH en personas en edad fecunda y los embarazos no deseados en mujeres seropositivas al VIH.

al VIH, se confirmó que el 10,1% habían contraído la infección. En el 2008, 238 lactantes habían estado expuestos al VIH y se confirmó que el 1,7% habían contraído la infección. Entre 1984 y el 2009, el principal grupo de niños expuestos al VIH fue el de ascendencia africana (48%); sin embargo, durante los 4 últimos años de este periodo (2006-2009), las tasas de transmisión maternoinfantil fueron más elevadas en el grupo indígena (se confirmó que más del 6% eran seropositivos, en comparación con menos del 2% en el grupo de ascendencia africana y en el de raza blanca).⁴⁰

En los Estados Unidos, la información correspondiente al periodo 2005-2008 se basa en el sistema mejorado de vigilancia perinatal (EPS) implantado en 15 zonas del país. La mayoría de las embarazadas que tenían VIH de las que se informó al sistema de vigilancia perinatal no pertenecían al grupo de etnia blanca: 65% eran negras/afroamericanas, 23% eran hispanas/latinas, 1% eran asiáticas y menos del 1% eran amerindias/nativas de Alaska o de Hawai u oriundas de otras islas del Pacífico; el 9% de las mujeres eran blancas. La mayoría (90%) de las mujeres habían recibido algún tipo de asistencia prenatal; el 7% no habían recibido ningún tipo de asistencia prenatal. El 84% de las embarazadas infectadas por el VIH recibieron antirretrovíricos durante el periodo prenatal y el 85% durante el parto. En el 2008, el 1,7% de los lactantes contrajeron la infección por el VIH y el 62% no; en el 37% de los casos los resultados eran indeterminados. La transmisión maternoinfantil del VIH fue del 7% en las mujeres blancas (con un 39% de casos indeterminados), 1% en las afroamericanas y las de ascendencia africana (37% de resultados indeterminados), 1% en las hispanas (resultado indeterminado en el 34% de los casos) y 0% en las asiáticas (un 33% de resultados indeterminados).⁴¹

Cifra estimada de niños menores de 18 meses expuestos al VIH y lactantes seropositivos nacidos de mujeres con infección por el VIH (2009)

Cuadro 17

	Número notificado de niños expuestos al VIH	Número notificado de niños con diagnóstico de infección por el VIH	Número notificado de niños expuestos al VIH perdidos durante el seguimiento o con resultados indeterminados
Norteamérica			
Canadá	177	3	0
Estados Unidos	1.811 ^a	30 ^a	663 ^a
Centroamérica			
Costa Rica	35	0	ND
El Salvador	124 ^a	12 ^a	ND
Honduras	382	19	ND
Nicaragua	53 ^a	7 ^a	0 ^a
Panamá	151	ND	ND
Países andinos			
Bolivia	151 ^{**}	1	5
Colombia	369 ^{**}	20 [¥]	5 [¥]
Ecuador	315	ND	ND
Perú	607	74	ND
Cono Sur y Brasil			
Argentina	2.981	149	ND
Brasil	ND	381 ^a	ND
Chile	149	6	ND
Paraguay	164	5	17
Uruguay	72 [*]	3	6
Caribe			
Anguila	2	0	0
Antigua y Barbuda	5	0	0
Barbados	27	0	4
Belize	53	5	17
Cuba	54	1	0
Dominica	ND	0	ND
Guadalupe	34	0	0
Guyana	186	11	ND
Jamaica	439	ND	ND
República Dominicana	132	13	ND
San Vicente y las Granadinas	22	0	2
Suriname	95	4	67
Trinidad y Tabago	127	2	1

Fuente: PAHO, UNICEF. Iniciativa de eliminación regional: Datos comunicados por los países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011. La fuente de los datos de Canadá es: Public Health Agency of Canada. HIV and AIDS in Canada. Puede consultarse en: www.phac-aspc.gc.ca/ayudas-sida/publicación/indice-eng.php#surveillance.

*Los datos del Uruguay proceden de un importante hospital público (Centro Hospitalario Pereira Rosell). **Datos del 2010. / a Datos del 2008. / ¥ Datos recientes de Colombia (presentados en una reunión subregional andina de la iniciativa de eliminación) indican que el 7% de niños se pierden durante el seguimiento sin diagnóstico definitivo y que la tasa de transmisión maternoinfantil del VIH en el 2009 fue del 4,8%.

Nota: No se dispone de datos de los siguientes países: Antillas Holandesas, Aruba, Bahamas, Bermudas, Guayana Francesa, Granada, Guatemala, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (Estados Unidos), Islas Vírgenes (Reino Unido), Martinica, México, Montserrat, Puerto Rico, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y Venezuela.

ND: Datos no disponibles.

	Incidencia por 1.000 nacidos vivos	Número de casos notificados
Norteamérica		
Canadá	ND	0-2 ^a
Estados Unidos	0,1	427
México	ND	168*
Centroamérica		
Costa Rica	1,0	74
El Salvador	0,2	21
Guatemala	ND	2*
Honduras	0,2	32
Panamá	ND	32*
Países andinos		
Colombia	2,2	2.008
Ecuador	0,4	111
Perú	0,6	376
Cono Sur y Brasil		
Argentina	0,9	644
Brasil	1,7	5.117
Chile	0,3	64
Paraguay	2,5	390
Uruguay	5,3 ^b	261
Caribe		
Anguila	0,0	0
Antigua y Barbuda	0,0	0
Barbados	0,3	1
Belize	0,8	6
Cuba	0,0	0
Guadalupe	0,0	0
Guyana	0,0	0
Jamaica	0,1	4
San Vicente y las Granadinas	0,0	0
Trinidad y Tabago	ND	45*

Fuente: PAHO, UNICEF Iniciativa de eliminación regional: Datos notificados por los países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011. La fuente de los datos de Canadá es: Public Health Agency of Canada. 2004 Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report. CCDR 33S1:1-69, 2007. La fuente de los datos de Estados Unidos es: Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2009. Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos; 2010.

a Los datos de Canadá son del periodo 1995-2004.

b La incidencia de sífilis congénita del Uruguay, como se refleja en otras fuentes, fue de 7,7 en el 2008.²⁰

* Datos del 2008.

Nota: La tasa se calculó dividiendo el número notificado de casos de sífilis congénita por la cifra estimada de nacimientos. Cuando se elaboró este cuadro, no se disponía de los datos de los siguientes países: Antillas Holandesas, Aruba, Bahamas, Bermudas, Bolivia, Dominica, Guayana Francesa, Granada, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes (Estados Unidos), Islas Vírgenes (Reino Unido), Martínica, Montserrat, Nicaragua, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname y Venezuela.

ND: Datos no disponibles.

Diecinueve países notificaron datos sobre el número de lactantes diagnosticados de sífilis congénita en el 2009 (Cuadro 18). Las cifras notificadas sobre la incidencia de sífilis congénita notificada deben interpretarse con cautela y en el contexto de datos adicionales relativos a la cobertura de la atención prenatal y la calidad de los servicios prestados (pruebas para la detección de la sífilis, tratamiento apropiado, tratamiento de la pareja, etcétera). Los expertos sospechan que en muchos países el grado de subnotificación es importante. Por ejemplo, un estudio realizado en el Brasil en el periodo 2004-2005 reveló una prevalencia de sífilis en las embarazadas del 1,6% y unos 12.000 casos de sífilis congénita; en cambio, el número notificado de casos de sífilis congénita en el 2005 fue de 5.710.⁴² Se deben promover y aplicar las definiciones de casos conforme a las recomendaciones internacionales, los protocolos estandarizados para la búsqueda activa de casos, el seguimiento de los presuntos casos y la investigación de las causas de la mortinatalidad, a fin de lograr una mayor validez de los datos notificados y las comparaciones regionales.

Entre los países en los que se estima que la cobertura de la prueba de detección de la sífilis gestacional es del 80% o superior; los que tienen tasas de sífilis congénita notificada inferiores a la meta prevista son Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Cuba, Guyana y Chile. Otros países que podrían haber logrado la meta pero carecen de datos sobre la realización de la prueba de detección de la sífilis en las embarazadas son Canadá, Estados Unidos, Guadalupe y Panamá.

Caso 3: Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en Cuba

La cobertura de la prevención de la transmisión maternoinfantil en Cuba es sistemáticamente alta, y el país ha notificado que ha eliminado el VIH en los niños.⁴³ Se han citado múltiples razones para explicar este éxito relativo: la existencia de un programa sólido y accesible de salud maternoinfantil antes de la epidemia de la infección por el VIH, la realización habitual de pruebas de detección del VIH durante el primer y el tercer trimestre de embarazo, la provisión de antirretrovíricos a partir de la 14.ª semana de embarazo (AZT de 1997 al 2008 y tratamiento antirretrovírico desde octubre del 2008), la realización de la cesárea en caso de necesidad, la recomendación de la suspensión de la lactancia materna y la distribución de sucedáneos de la leche materna para los lactantes; todos estos servicios son financiados públicamente por completo y se brindan gratuitamente a todos los ciudadanos cubanos.^{44, 45} El diagnóstico y el seguimiento de los niños que tienen VIH en Cuba se guían por un protocolo bien establecido. Todos los niños nacidos de mujeres que tienen VIH son atendidos en el Hospital del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, en La Habana; el Ministerio de Salud Pública proporciona transporte aéreo o terrestre para el niño y hasta dos miembros de la familia. Se realiza la reacción en cadena de la polimerasa (RCP) en papel de filtro con gotas de sangre seca, y si el resultado es negativo, se deriva al lactante a los servicios de atención al lactante sano por intermedio del programa de médicos de familia del vecindario. Si los resultados de la RCP son positivos, después de la confirmación se deriva al lactante a un programa de tratamiento.

Conclusiones y recomendaciones

Este es el primer informe regional en el que se resume la información más reciente y el estado actual del progreso hacia la meta de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas. El seguimiento y la notificación anual del progreso permitirán hacer comparaciones con esta situación inicial en el 2010.

La mayoría de los países han avanzado satisfactoriamente en la elaboración de las estrategias y los planes de la iniciativa de eliminación. Los esfuerzos regionales, subregionales y nacionales han tenido éxito en lo que respecta al fortalecimiento de los marcos jurídicos y técnicos, y ahora las actividades deben centrarse en la puesta en práctica integral de las estrategias y los planes, incluida la asignación de recursos a largo plazo.

Promoción de la integración de los servicios de atención de la infección por el VIH, de salud sexual y reproductiva, de salud pediátrica y familiar, y de salud comunitaria que garanticen la perspectiva de género, la participación social, la comunicación y la información

1. La prevención primaria es un área que todavía tiene importantes deficiencias, y es preciso hacer mayores esfuerzos para fomentar el conocimiento y la actividad sexual de menor riesgo en las personas en edad fértil, en particular las mujeres jóvenes; además, deben entrar en vigor políticas apropiadas para reducir los obstáculos que han de afrontarse para realizar las pruebas de detección del VIH en los adolescentes.
2. Existen numerosas inequidades entre diversos grupos. Las mujeres jóvenes y las poblaciones pobres, rurales e indígenas son las que afrontan las mayores deficiencias en materia de salud. Las desigualdades que impiden el acceso a los programas apropiados de prevención de la transmisión materno-infantil deben abordarse en el nivel del país, y se ejecutarán medidas específicas para superarlas (con determinadas comunidades implicadas en la determinación de las estrategias a seguir para tratar estas disparidades). Potenciar el desglosamiento de los datos en el nivel subnacional y de subpoblaciones facilitará el seguimiento del progreso.

Consolidación de la capacidad de los servicios de salud con respecto a la detección temprana, la atención y el tratamiento de la infección por elVIH y la sífilis en las embarazadas y en sus parejas e hijos

3. El acceso a la atención prenatal en la Región es alto, pero parece que la infraestructura y la capacidad de los servicios para prestar una asistencia de gran calidad se están quedando a la zaga. Los países deben centrarse en retos importantes, como el aumento del acceso prenatal temprano a las pruebas de detección y al tratamiento, así como el seguimiento de las embarazadas infectadas por elVIH o con sífilis.
4. Los estudios destacan de qué manera los servicios que se amplían y abarcan a las parejas de las embarazadas pueden mejorar los resultados sanitarios de las mujeres y sus hijos. La promoción de la salud, la realización de las pruebas de detección, el tratamiento y el seguimiento de sus parejas son esenciales. Los servicios deben adaptarse y ampliarse para conseguir la participación de los hombres, lo que promoverá una mejora de la salud familiar y comunitaria en general. El seguimiento de tales iniciativas es esencial para documentar el progreso, modificar las estrategias y detectar las deficiencias en la prestación de servicios.
5. Dada la importante repercusión de la lactancia materna en la transmisión maternoinfantil del VIH, es esencial procurar, mediante el seguimiento, que los prestadores de servicios del sistema de salud pública y los que no pertenecen a dicho sistema cumplan las políticas nacionales con respecto a la provisión gratuita de sucedáneos de la leche materna.

Fortalecimiento de los sistemas sanitarios

6. La mejora de los servicios para alcanzar la meta de eliminación requiere el fortalecimiento de los sistemas de salud en su totalidad. Es importante examinar las funciones y responsabilidades en el marco de las estructuras y los programas existentes, como los programas de salud materna y de atención de la infección por elVIH, e integrar eficazmente los esfuerzos de una manera coordinada. Esto incluye abordar la organización de los niveles de atención y las derivaciones, usando un punto de vista de atención primaria de salud centrada en el usuario, que garantice la disponibilidad y la capacidad de los recursos humanos, que asegure la disponibilidad de medicamentos y de otros productos básicos, que simplifique el flujo de pacientes, que vele por la integración total de los servicios de atención de la infección por elVIH con los de salud sexual y reproductiva, y que acabe con las desigualdades que afectan a las mujeres jóvenes, de zonas rurales o indígenas y a otras mujeres vulnerables.
7. Centrarse en el fortalecimiento de los componentes de laboratorio del sistema sanitario, incluidos la selección de algoritmos, el control de calidad y los sistemas de información de los laboratorios, es fundamental para garantizar el acceso en el lugar de atención a las pruebas de detección, el diagnóstico y el seguimiento apropiados.
8. Es preciso fortalecer la capacidad de los recursos humanos al aumentar su número; sin embargo, para llegar a todas las comunidades es aun más importante considerar la calidad. Los temas relacionados con los recursos humanos no deben evaluarse de manera aislada; hay elementos específicos que deben destacarse con respecto a la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, como velar por la consideración de las cuestiones de género y culturales, y la capacidad de comunicación y de promoción de la salud. También deben considerarse las estrategias para la educación continua, la orientación y la supervisión.

Intensificación de la vigilancia de la infección por el VIH y la sífilis e información estratégica

- 9.** Los mecanismos de notificación de datos están esencialmente establecidos, pero es preciso hacer esfuerzos para lograr la puntualidad y la eficacia de la notificación a la OPS, lo cual incluye inversiones mayores en la mejora de los análisis y la calidad de los datos a nivel de país.
- 10.** La subnotificación de los casos de infección por el VIH en lactantes y de casos de sífilis congénita plantea retos como la ejecución y ampliación de la vigilancia de la infección por el VIH basada en la notificación, las definiciones de los casos de sífilis congénita y los protocolos para la búsqueda activa de casos, la investigación de los presuntos casos en niños y mortinatos, y el diagnóstico oportuno de los casos de sífilis congénita. Estas barreras deben abordarse para mejorar la detección y notificación de casos, así como para obtener datos fidedignos para medir el progreso. La vigilancia basada en la notificación y el uso de herramientas como el sistema de información perinatal (SIP) y sistemas electrónicos en línea (como SUMEVE) son métodos válidos para mejorar la calidad de los datos y los sistemas de información de la cobertura.
- 11.** Es aconsejable que otros datos sobre las inversiones financieras, los recursos humanos y la prestación de servicios sanitarios de gran calidad reflejen el nivel de sostenibilidad, de integración y la capacidad de planificación en todos los programas.

En conclusión, es posible que un número significativo de países hayan logrado o estén cerca de lograr las metas de eliminación de la infección por el VIH y la sífilis. Se está preparando un proceso de certificación que permitirá que los países candidatos validen su progreso en cuanto al logro de las metas de eliminación. No obstante, en el nivel regional, la tasa anual estimada de transmisión del VIH en América Latina y el Caribe (15%) no ha alcanzado la meta del 2%, lo que subraya la necesidad de aumentar la realización de pruebas de detección del VIH a las embarazadas, de proporcionar antirretrovíricos a las madres y a los lactantes, y de hacer el diagnóstico temprano de los lactantes expuestos. A pesar del progreso regional, unos cuantos países con una carga elevada necesitan ampliar rápidamente sus esfuerzos para mejorar esta situación. Las autoridades nacionales, los organismos internacionales, la comunidad académica, la sociedad civil y los asociados para el desarrollo tienen que seguir colaborando para alcanzar las metas nacionalmente y eliminar las bolsas de inequidades en las fronteras nacionales.

Referencias

1. **WHO/UNAIDS/UNICEF.** Global HIV/AIDS Response. Epidemic update and health sector progress towards universal Access. Progress report 2011. Geneva. 2011.
2. **Schmid G, Stoner B, Hawkes S, Broutet N.** The need and plan for global elimination of congenital syphilis. *Sex Transm Dis.* 2007;34:S5–S10.
3. **PAHO.** Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in América Latina y el Caribe . Washington, DC, 2009.
4. **OPS.** Resolución CD38.R8: Eliminación de la sífilis congénita en las Américas. 38.º Consejo Directivo. Washington, DC, 1995.
5. **OPS.** Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; 2009 [consultado el 10 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Documento%20Conceptual%20-%20Eliminación%20de%20la%20transmisión%20maternoinfantil%20del%20VIH%20y%20de%20la%20sífilis%20congénita.pdf>.
6. **REMSA.** Eliminación de la sífilis congénita, de la transmisión vertical del VIH y disminución del VIH pediátrico. Resolución REMSA XXIV/3. Caracas, 2010.
7. **UNAIDS.** Countdown to Zero: Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections among Children by 2015 and Keeping Their Mothers Alive 2011–2015. Geneva, 2011.
8. **OPS.** Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. 50.º Consejo Directivo, 62.ª sesión del Comité Regional. Documento CD50/15. Washington, DC, 2010.
9. **Alonso González M.** Regional Initiative for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: Regional Monitoring Strategy. Washington, DC: OPS; 2010.
10. **UN Population Division.** World Contraceptive Use 2011 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2011 [consultado el 11 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>.
11. **Macro International.** MEASURE DHS STATcompiler [Internet] [consultado el 2 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.measuredhs.com>.
12. **Centers for Disease Control and Prevention.** Reproductive Health Surveys [Internet]; Atlanta, GA, 2011 [consultado el 2 de septiembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys/index.htm>.
13. **UNAIDS.** AIDS Info Database [Internet]. Ginebra, 2011 [citado el 10 de noviembre del 2011]. Puede consultarse en: <http://www.aidsinfoonline.org/>.

14. **United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division [Internet].** World Contraceptive Use 2010 (POP/DB/CP/Rev2010). Nueva York, 2011.
15. **UNAIDS.** UNGASS Country Reports 2010 [Internet]. Ginebra, 2011 [consultado el 2 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/>.
16. **Victora CG, Matijasevich A, Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Barros FC.** Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan.* 2010;25(4):253-261 [consultado el 28 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/4/253.full#ref-3>.
17. **Castro A, Sandesara U.** Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en el Perú. Lima: Socios en Salud, Ministerio de Salud del Perú, ONUSIDA, UNICEF; 2009.
18. **Pérez-Then E, Miric M, Castro A.** Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en la República Dominicana. Santo Domingo: COPRESIDA y UNICEF; 2011.
19. **Castro A, Espinoza JR, Quintana ME, et al.** Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en Nicaragua. Managua: UNICEF; en prensa.
20. **López Gómez A, Benia W, Alemán A, Vázquez J.** Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay 2000-2009. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología. CLAP/SMR; 2011.
21. **World Bank. World Development Indicators [Internet].** Washington, DC, 2009 [consultado el 12 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.ADO.TFRT>.
22. **Ventura S, Mathews, Hamilton B, Sutton P, Abma J.** Adolescent pregnancy and childbirth—United States, 1991-2008. *MMWR.* 2011;60:105-108 [consultado el 12 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6001.pdf>.
23. **Guttmacher Institute, IPPF.** Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World [Internet]. Nueva York: Guttmacher Institute; 2010 [consultado el 2 de noviembre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/AD3BC308-2CC0-49B4-A9C2-2CEDE62E9BC3/0/YoungWomenFactsEnglish.pdf>.
24. **Perez F et al.** A Review of HIV Testing Policies and Practices in the Latin American Region. Washington, DC: OPS; 2011 (sin publicar).
25. **Dorjgochoo T, Noel F, Deschamps MM, et al.** Risk factors for HIV infection among Haitian adolescents and young adults seeking counseling and testing in Port-au-Prince. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2009;52:498-508.
26. **De León Richardson RG, ed.** Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva. ENASSER 2009. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2010 [consultado el 25 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.gorgas.gob.pa/images/ENASSER%202009.pdf>.
27. **Miranda AE, Filho ER, Trindade CR, et al.** Prevalence of syphilis and HIV using rapid tests among parturients attended in public maternity hospitals in Vitória, State of Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2009;42:386-391.
28. **Rodrigues CS, Guimarães MD, César CC.** Missed opportunities for congenital syphilis and HIV perinatal transmission prevention. *Rev Saude Publica.* 2008;42(5):851-8.
29. **Moore J, Palmer P, Anderson-Allen M, Billings C, McDonald-Kerr C.** Challenges and successes of HIV voluntary counselling and testing programme in antenatal clinics in greater Kingston, Jamaica. *West Indian Med J.* 2008;57(3):269-273.
30. **Zala C, Rustad CA, Chan K, et al.** Determinants of treatment access in a population-based cohort of HIV-positive men and women living in Argentina. *J Int AIDS Soc.* 2008;10:78.

31. Ventura-Filipe EM, Bugamelli L, Leme B, et al. Risk perception and counseling among HIV-positive women in Sao Paulo, Brazil. *Int J STD AIDS*. 2000;11:112-114.
32. Bonjour MA, Montagne M, Zambrano M, et al. Determinants of late disease-stage presentation at diagnosis of HIV infection in Venezuela: a case-case comparison. *AIDS Res Ther*. 2008;5:6.
33. Tinajeros F, Grossman D, Richmond K, et al. Diagnostic accuracy of a point of care syphilis test when used among pregnant women in Bolivia. *Sex Transm Infect*. 2006;82(Suppl 5):v17-v21 [consultado el 15 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563915/pdf/v17.pdf>.
34. Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, et al. Maternal and congenital syphilis in four provinces in Bolivia. *Salud Pública Méx*. 2007;49(6):422-428 [consultado el 15 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000600009&lng=en.
35. Villazón-Vargas Nayrah, Conde-Glez Carlos J, Juárez-Figueroa Luis, Uribe-Salas Felipe. Evaluation of a rapid diagnostic test to assess the prevalence of maternal syphilis in Bolivia. *Rev Méd Chile*. 2009;137(4):515-521 [consultado el 1 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000400009&lng=en.
36. Ministério da Saúde do Brasil. Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids; 2008 [consultado el 5 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/prevalencia_frequencia_relativas_dst.pdf.
37. Levite V, Vulcano S, Durán A, et al. Seroprevalencia de sífilis e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres púerperas de la Argentina 2010-2011. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación, CABA, Argentina, 2011.
38. Solensky, R. Patient Information: Allergy to Penicillin and Related Antibiotics. Waltham, MA: UpToDate; 2011.
39. World Breastfeeding Trends Initiative [Internet] [consultado el 1 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.worldbreastfeedingtrends.org/>.
40. Public Health Agency of Canada, Centre for Communicable Diseases and Infection Control. Perinatal HIV transmission in Canada. *HIV/AIDS Epi Updates*. 2010:1-7 [consultado el 1 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/2010/pdf/EN_Chapter7_Web.pdf
41. Centers for Disease Control and Prevention. Enhanced perinatal surveillance—15 areas, 2005-2008. *HIV Surveill Suppl Rep*. 2011;16(No. 2) [consultado el 1 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/>.
42. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Ano VII-nº 1-27ª a 52ª-semanas epidemiológicas-julho a dezembro de 2009. Ano VII-nº 1-01ª a 26ª-semanas epidemiológicas-janeiro a junho de 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasil, 2010.
43. UNAIDS. Keeping Score: AIDS Responses in the Caribbean. Ginebra, 2006.
44. Castro A, Khawja Y, González-Núñez I. Sexuality, reproduction, and HIV in women: the impact of antiretroviral therapy in elective pregnancies in Cuba. *AIDS*. 2007;21(Suppl 5):S49-S54.
45. González Nuñez IMP, Díaz Jidy MM, Pérez Ávila JM. AIDS in children for vertical transmission in Cuba. Toronto—AIDS 2006: Resumen n.º CDC1833 [consultado el 1 de octubre del 2011]. Puede encontrarse en: <http://libraryiasociety.org/Default.aspx?confID=2006&abstractId=1226&pageId=192>.



**Análisis de la situación al año 2010
Eliminación
de la transmisión maternoinfantil
del VIH y de la sífilis congénita
en la Región de las Américas**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR UNODC
UNICEF OIT
FAO UNFPA
PNUD UNOPS
UNEP UNWFP
UNESCO UNWIL



**Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR**



Canadian International
Development Agency

Agence canadienne de
développement international



Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo



9 789275 116449