



**INICIATIVA REGIONAL PARA LA ELIMINACIÓN  
DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL  
VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA  
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

**DOCUMENTO CONCEPTUAL**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*



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



“GENERACIONES LIBRES DE VIH Y SÍFILIS”

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



DOCUMENTO CONCEPTUAL

Septiembre de 2009



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud*



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA  
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA  
CLAP/SMR**

**unicef** 

CLAP 1569

Título Traducido:

Regional Initiative for the Elimination of Mother-to Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in Latin America and the Caribbean: conceptual document

Organización Panamericana de la Salud.

Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; set. 2009.

1. Sífilis Congénita
  2. Enfermedades de Transmisión Sexual
  3. Transmisión Vertical de Enfermedad
  4. Relaciones Madre-Hijo
  5. Infecciones por VIH
  6. Región del Caribe
  7. América Latina
- I. CLAP/SMR
  - II. UNICEF

ISBN: 978-92-75-32990-0

*<http://www.paho.org/iniciativadeeliminacion>*

Sitio CLAP/SMR: *<http://www.clap.ops-oms.org>*

BVS Mujer, Materna y Perinatal: *<http://perinatal.bvsalud.org/>*

Centro Latinoamericano de Perinatología / Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR  
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud - OPS/OMS

Casilla de correo 627, 11000 Montevideo, Uruguay  
Teléfono: +598 2 487 2929, Fax: +598 2 487 2593  
[postmaster@clap.ops-oms.org](mailto:postmaster@clap.ops-oms.org)

“POR GENERACIONES LIBRES DE VIH Y SÍFILIS”  
INICIATIVA REGIONAL PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL  
DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Publicación Científica CLAP/SMR 1569  
Septiembre 2009

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| Siglas  | 4  |
| Definiciones  | 4  |
| I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES  | 5  |
| II. LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y LA SITUACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE EN 2008                 | 8  |
| III. VIABILIDAD Y COSTO-BENEFICIO   | 13 |
| Viabilidad biológica  | 13 |
| Viabilidad programática y financiera  | 13 |
| Costos y beneficios de la eliminación   | 14 |
| IV. LA ESTRATEGIA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE | 16 |
| Indicadores de impacto  | 16 |
| Objetivos programáticos   | 17 |
| Principios rectores   | 17 |
| Líneas de acción  | 19 |
| Guías clínicas y estándares de atención   | 23 |
| Sistema Informático Perinatal   | 24 |
| V. CUESTIONES RELATIVAS A LA IMPLEMENTACIÓN   | 27 |
| Implementación a nivel de país  | 27 |
| Implementación regional   | 27 |
| Proceso de certificación  | 28 |
| Financiamiento de la Iniciativa de Eliminación  | 28 |
| Anexo: representación del marco conceptual  | 29 |
| Bibliografía citada   | 30 |

## SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| AFASS    | Asequible, Factible, Aceptable, Sostenible y Segura. Acrónimo utilizado por OMS para describir en qué circunstancias puede recomendarse la sustitución de lactancia materna por fórmula láctea. |
| ALC      | América Latina y el Caribe  |
| AVAD     | años de vida ajustados por discapacidad   |
| CLAP/SMR | Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva   |
| COHSOD   | Council for Human and Social Development (Consejo para el Desarrollo Humano y Social)   |
| COMISCA  | Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica  |
| CP       | Carné Perinatal   |
| HCP      | Historia Clínica Perinatal  |
| ITS      | infección de transmisión sexual   |
| MERCOSUR | Mercado Común del Sur   |
| ODM      | Objetivos de Desarrollo del Milenio   |
| OMS      | Organización Mundial de la Salud  |
| ONUSIDA  | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida  |
| OPS      | Organización Panamericana de la Salud   |
| ORAS     | Organismo Andino de Salud   |
| PANCAP   | Asociación Pancaribeña contra el VIH/Sida   |
| PTMI     | prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH  |
| RPR      | Rapid Plasma Reagin   |
| SC       | sífilis congénita   |
| SIP      | Sistema Informático Perinatal   |
| SSR      | servicios de salud reproductiva   |
| TARV     | terapia antirretroviral   |
| UNICEF   | United Nations Children's Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)  |
| VDRL     | Venereal Disease Research Laboratory test   |

## DEFINICIONES

- Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH: reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH al 2% o menos
- Eliminación de la sífilis congénita: reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por 1.000 nacidos vivos.

# I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La infección por VIH y la sífilis son importantes problemas de salud pública que afectan a las mujeres y sus recién nacidos de manera directa y por extensión al conjunto de la comunidad en América Latina y el Caribe (ALC). La infección del niño por el VIH supone la adquisición de un padecimiento crónico que potencialmente acorta la esperanza de vida y que supone un enorme costo humano, social y económico.

Por otra parte son conocidas las consecuencias que la sífilis gestacional puede ocasionar. Sin tratamiento, de un 50% a un 80% de las gestaciones con infección por sífilis acabarán de forma adversa, pudiendo producirse aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación.

Se estima que en América Latina y el Caribe en 2007, alrededor de 6.400 niños se infectaron por el VIH <sup>(1)</sup>, la mayoría a través de la transmisión madre a hijo y más de 164.000 niños nacieron con sífilis congénita (SC)<sup>(2)</sup>.

Se dispone de intervenciones eficaces y asequibles para la prevención de la transmisión maternoinfantil de ambas enfermedades que colaboran de forma efectiva a la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal, a la mejora de la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, a la salud de lactantes y niños, así como contribuyen específicamente al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4: disminución de la mortalidad infantil, 5: mejorar la salud materna y 6: combatir el VIH, la malaria y otras enfermedades.

La prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC producirá un ahorro sustancial en los costos asociados al tratamiento y la atención de los casos evitables de niños con sífilis congénita o infectados con VIH.

Algunos países de la Región han realizado progresos significativos hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC como problemas de salud pública, mientras que en otros países persisten brechas importantes. La OPS, el UNICEF y otras organizaciones proponen impulsar

un proceso conocido como *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*, que surge de diferentes instancias, siendo especialmente relevante la siguiente cronología:

- 1994 - la 24ª Conferencia Sanitaria Panamericana llamó a la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas;
- 1995 - formulación del “Plan de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita” durante la 116ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS <sup>(3)</sup>;
- 2005 – OPS publica el Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015 <sup>(4)</sup>; y el Marco de referencia para la eliminación de la sífilis congénita América Latina y el Caribe <sup>(5)</sup>;
- 2006 - UNICEF y la OPS/OMS lanzaron una iniciativa en Centroamérica y República Dominicana para fortalecer la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita, como parte de las acciones para el control de la epidemia del VIH.
- 2008 agosto - La OPS/OMS y UNICEF desarrollaron una consulta técnica durante la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, con las autoridades de salud pública, expertos en VIH y de salud maternoinfantil, donde se insta a superar los retos existentes en la prestación de servicios, en particular la verticalidad de los programas y a avanzar hacia la integración de los servicios de VIH y salud sexual y reproductiva en la atención prenatal;
- 2009 febrero - La OPS junto con UNICEF y ONUSIDA organizaron en Puerto España (Trinidad y Tobago) la reunión del grupo técnico de trabajo para la “*Elimination of vertical transmission of HIV and syphilis in the Caribbean*” donde se discutió el documento del Marco Conceptual para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis en el Caribe;
- 2009 marzo - OPS/OMS con la participación de UNICEF y ONUSIDA organizaron una consulta técnica en Panamá, que reunió a responsables de programas de salud reproductiva y de los programas de ITS/VIH

y sida de 10 países de la Región para la identificación de las barreras existentes para avanzar hacia eliminación de la TMI del VIH y la SC y el desarrollo de indicadores para monitorear este avance.

Con la Iniciativa de Eliminación se busca superar la concepción perpetuada en el pasado, en la que la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita se abordaban de manera separada, con un enfoque más dirigido a la enfermedad que a la persona. Ambas condiciones se dan, o pueden darse, en una misma mujer y los servicios que proveamos van a tener un impacto en el conjunto de la familia. **En este documento conceptual, desarrollado para la Región de las Américas, se identifican las principales estrategias y acciones con un enfoque integrado para lograr la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC en América Latina y el Caribe como problema de salud pública. Este enfoque integrado debe permitir aprovechar todas las oportunidades de diagnóstico de la infección por VIH y sífilis en la embarazada e implementar una adecuada prevención, entendiendo a la mujer en su dimensión humana y como parte de una familia.**

El propósito de este documento es brindar recomendaciones y directrices programáticas que orienten y apoyen el desarrollo de planes estratégicos y operativos nacionales con el objeto de eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita en los países de América Latina y el Caribe.

En las siguientes páginas se describe el estado actual de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis en ALC, se estudia la factibilidad de eliminación de ambos padecimientos como problemas de salud pública, así como se establecen los estándares básicos de la estrategia a seguir y los aspectos relativos a la implementación de los planes de eliminación.



## II. LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y LA SITUACIÓN DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En ALC, a pesar de existir una elevada cobertura de atención prenatal (94%)<sup>(6)</sup>, se reporta una baja cobertura de partos institucionales en muchos países de la Región, lo que constituye una barrera muy importante para la implementación de la estrategia de eliminación. Además el porcentaje de gestantes tamizadas para VIH no supera el 55% en el conjunto de ALC (figura 1)<sup>(7)</sup>. La estimación mínima de seropositividad frente a VIH en embarazadas en el conjunto de la Región es del 0,3%, con variabilidad entre los diferentes países, estimándose la más alta en Haití, con un 1,9%<sup>(7)</sup>. Si tenemos en cuenta que en la actualidad la cobertura de algún tipo de profilaxis para la PTMI no supera en el conjunto de la Región el 36% de las gestantes y con una estimación de unos 11,38 millones de nacimientos anuales<sup>(6)</sup>, tendríamos entre 5.700 y 10.400 casos anuales de infección por VIH por transmisión maternoinfantil. En los últimos años el incremento en la cobertura de profilaxis con TARV para PTMI se ha estancado (figura 2).

Figura 1.  
 Porcentaje del tamizaje para VIH en embarazadas en diferentes países de  
 ALC, 2007. <sup>(7)</sup>

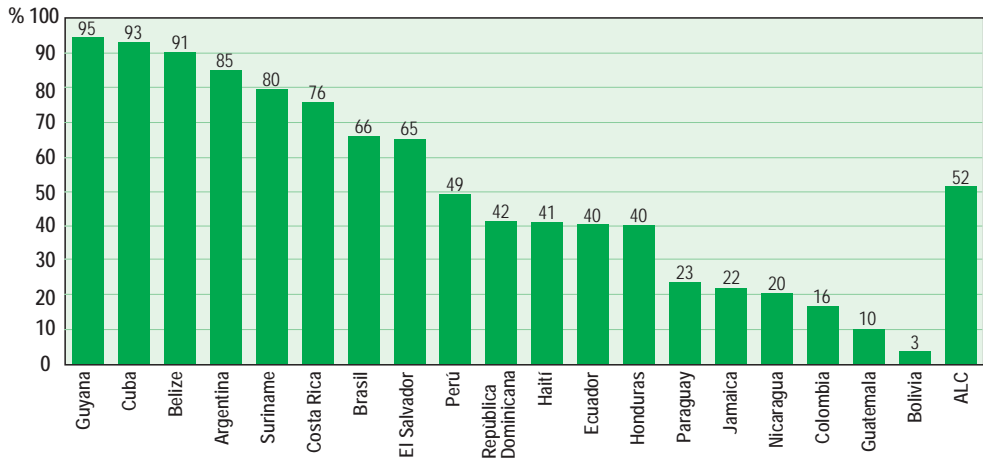
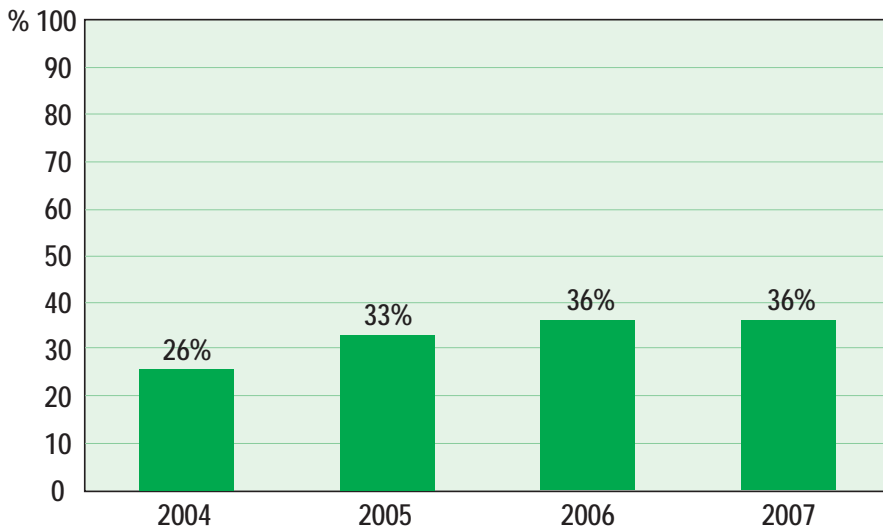


Figura 2.  
 Porcentaje de embarazadas con VIH que reciben profilaxis con antirretrovirales  
 para la prevención de la transmisión materno-infantil en ALC <sup>(7)</sup>



En ALC la mediana de seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 3,9%, con un rango variable entre países del 0,7% al 7,2%. De acuerdo a esta cifra se calcula que en la Región de las Américas (exceptuando EUA y Canadá), se producen cada año unos 460.000 casos de sífilis gestacional, que resulta en un número anual estimado de casos de SC entre 164.000 y 344.000<sup>(2)</sup>. La mayoría de los países de ALC reportan tasas de prevalencia de sífilis materna inferiores al 5%, aunque algunas poblaciones notifican tasas de hasta el 14%. Disponemos de información validada en 15 países. De éstos, en 7 países (Costa Rica, Colombia, Perú, Brasil, Paraguay, Uruguay y Argentina) la SC constituye un problema de salud pública, es decir, se reportan más de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos. No disponemos de datos nacionales de Bolivia pero, de acuerdo con un estudio realizado en cuatro provincias, el país tendría una de las tasas de prevalencia de sífilis materna más altas de América del Sur. En dicho estudio, realizado en el año 2004 sobre 1.594 mujeres, se demostró una prevalencia de sífilis en mujeres del 7,2%, una tasa de TMI del 15,7% y una tasa de SC de 11/1.000 nacidos vivos (no incluyó mortinatos). Los mayores predictores de sífilis materna fueron un bajo nivel educativo y ausencia de controles prenatales. En 2007, en Belice el tamizaje para sífilis alcanzó el 100% de las mujeres embarazadas y la prevalencia de sífilis fue del 0,98%. Haití informó de la realización de tamizaje para sífilis en el 35% de las mujeres embarazadas, con una seroprevalencia del 4,1%.

Chile y Cuba representan dos de los países con mejor control de la SC en la Región. Cuba notificó en el año 2004 un 98% de captación de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre y un 99,8% de partos institucionales, con una prevalencia de sífilis materna del 1,7%, 100% de cobertura de tratamiento y ningún caso de SC en los últimos 3 años<sup>(8)</sup>. En Cuba se observa una disminución sostenida de nuevos casos de sífilis en la población femenina desde el año 1996. Chile presentó durante el año 2004 una tasa de SC de 0,18/1.000 nacidos vivos, acompañada por un descenso en la tasa de incidencia de sífilis en la población general.

En el cuadro pueden verse datos de sífilis en diferentes países de la Región.

Cuadro: Casos reportados de sífilis en diferentes países de la Región

| País        | Año  | Casos /100.000 | % de gestantes con serología (+) a sífilis | SC/1.000 nacidos vivos | Comentarios  |
|-------------|------|----------------|--|------------------------|--|
| Argentina   | 2006 | 7,7            | 1,4  | 0,78                   | En banco de sangre 0,97%. <sup>(9)</sup>                                 |
| Bahamas     | 2004 | ND             | 2,4  | 1,2                    | <sup>(10)</sup>  |
| Belice      | 2004 | ND             | 1,5  | 0,13                   | <sup>(10)</sup>  |
| Bolivia     | 2004 | ND             | 4,9  | 12                     | <sup>(10)</sup>  |
| Brasil      | 2005 | ND             | 1,4*                                       | 1,9                    | * 2004 <sup>(11)</sup>   |
| Chile       | 2006 | 17,4           | 0,21                                       | 0,18                   | ALAC.ITS   |
| Colombia    | 2004 | ND             | NA   | 1,4                    | trabajadoras sexuales <sup>(12)</sup>                                    |
| Cuba        | 2003 | ND             | 1,8  | 0                      | <sup>(10)</sup>  |
| Ecuador     | 2006 | 14             | NA   | 0,79                   | MSPSCI   |
| El Salvador | 2003 | ND             | 6,2  | 0,9                    | <sup>(10)</sup>  |
| Honduras    | 2006 | 29             | 1,5  | 10,8                   | Ministerio de la Salud.  |
| Paraguay    | 2003 | ND             | 6,3  | 1,9                    | <sup>(10)</sup>  |
| Perú        | 2004 | ND             | 1  | 1,7                    | En bancos de sangre 4,33% y en trabajadoras sexuales 37% <sup>(10)</sup> |

Aunque muchos países han ampliado exitosamente la respuesta frente al VIH mediante la generalización de las pautas de PTMI, a menudo no se ha mejorado en forma simultánea el acceso al diagnóstico y tratamiento de la SC, dándose la paradoja de niños que, habiendo recibido profilaxis para evitar la transmisión del VIH, fallecieron por SC.

Persisten problemas organizativos y de gestión en los sistemas de salud de la Región como la fragmentación de servicios, inequidad en la prestación, carencia y capacidad de recursos humanos y falta de insumos.

**Los datos disponibles indican que el control prenatal para el tamizaje del VIH y de la sífilis no está bien establecido en la Región. Se evidencia que persisten los obstáculos para lograr una adecuada cobertura de la profilaxis para la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC. Asimismo, las debilidades de los sistemas de seguimiento y vigilancia y la accesibilidad limitada en algunos países para el diagnóstico del VIH**

**y SC en menores de 12 meses comprometen la capacidad de la Región para documentar adecuadamente el impacto de la implementación de la estrategia de eliminación.**

**El enfoque integrado de la Iniciativa de Eliminación busca disminuir las oportunidades perdidas.**

### III. VIABILIDAD Y COSTO-BENEFICIO

La revisión de la situación actual indica que las dos condiciones básicas para la eliminación de ambas enfermedades están al alcance de los países de América Latina y el Caribe: existe disponibilidad de medios eficaces para interrumpir la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC (viabilidad biológica) y hay disponibilidad de medidas prácticas de tratamiento y herramientas de diagnóstico simples, asequibles y sostenibles (viabilidad programática y financiera).

#### **Viabilidad biológica**

La transmisión maternoinfantil del VIH puede reducirse a menos del 2% con el TARV, tipo de parto y la sustitución de la lactancia materna <sup>(13)</sup> y la transmisión maternoinfantil de la SC puede ser interrumpida por la administración de una dosis adecuada de penicilina <sup>(14)</sup>.

#### **Viabilidad programática y financiera**

- Relativa alta cobertura de los servicios de salud maternoinfantil en amplias zonas de la Región;
- Disponibilidad de tecnología y medidas eficaces para el diagnóstico, profilaxis y tratamiento del VIH y de la sífilis:
  - TARV;
  - Capacidad de realizar cesáreas;
  - Capacidad para sustituir la lactancia materna por fórmula láctea;
  - Penicilina;
  - VDRL y RPR, pruebas rápidas para el diagnóstico del VIH y de la sífilis, las pruebas virológicas para la detección de VIH.
- Los mismos servicios donde se implementa la PTMI son aquellos donde se atienden las embarazadas que pueden tener sífilis;
- Compromiso regional de cooperación técnica;
- La mayoría de los países pueden destinar recursos para la PTMI para mejorar la calidad de la atención para las mujeres y los niños; la prevención de la SC indudablemente se beneficiará de un enfoque integrado.

Basándose en estas consideraciones, la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita es una meta alcanzable a medio plazo en amplias zonas de la Región y en un futuro en el conjunto de la Región.

### **Costos y beneficios de la eliminación**

Si bien la toma de decisiones en la atención de la salud no debe estar sujeta exclusivamente a factores económicos, la relación costo-beneficio es sumamente importante en el contexto de la promoción y la movilización política y de gestión para orientar la toma de decisiones y la planificación, en particular en entornos con recursos limitados.

El análisis costo-beneficio incluye los costos de todos los componentes del servicio o programa, los costos asociados con eventos evitados y el tiempo de vida perdido. En el contexto de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC, las estimaciones de costos incluyen la evaluación de los costos y ahorros relacionados con una variedad de servicios y eventos, incluyendo la atención prenatal, atención al parto, atención post-parto y servicios para el recién nacido, tratamiento del VIH y de la SC, costos de parto prematuro, costos derivados del bajo peso al nacer, aborto en condiciones de inseguridad, la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

Disponemos de estudios en la Región que avalan la excelente relación costo-beneficio que supone la inversión en la PTMI. En una evaluación de la respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH en la República Dominicana, liderada por OPS en colaboración con UNICEF, con apoyo del sistema nacional de salud y otras agencias, se estimó que el costo de la atención (sólo TARV) para los casos evitables de transmisión del VIH de la madre al niño osciló entre US\$ 20 millones a US\$ 51 millones, mientras que el costo para la prevención de la transmisión se calcula en alrededor de US\$ 7 millones<sup>(15)</sup>. Existe actualmente un estudio realizado por la OPS con características similares y con mayor complejidad y alcance, que busca estimar el costo-beneficio de la PTMI en Guatemala, del que pronto tendremos resultados.

En algunas regiones el déficit de la infraestructura sanitaria limita la realización de estudios de laboratorio, o sus resultados demoran un periodo inaceptable de

tiempo. La disponibilidad de pruebas rápidas para sífilis y VIH en los centros de atención primaria permitiría eliminar esta barrera. El costo efectividad de las pruebas rápidas también ha sido explorada y demostrada. En Haití, la integración de las pruebas rápidas para sífilis al programa de prevención maternoinfantil de VIH fue costo-efectiva, en especial en áreas rurales, (US\$ 6,83/AVAD vs. US\$ 9,95/AVAD en áreas urbanas<sup>(16)</sup>). De acuerdo a estos resultados, una inversión anual de US\$ 525.000 podría prevenir 1.125 casos de SC y 1.223 muertes fetales o neonatales.

Además del costo económico existen costos intangibles asociados con la muerte prematura, el tiempo de vida perdido, la discapacidad, la interrupción de la vida familiar y otros costos sociales que hay que tener en cuenta al considerar la relación costo-beneficio de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC.



# IV. LA ESTRATEGIA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DEL VIH Y DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Para lograr y mantener la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC, es necesario un enfoque de salud pública. La estrategia se basa en la capacidad técnica disponible y en una orientación programática. Se propone un enfoque integrado para la eliminación de la SC y la PTMI de modo que se puedan destinar recursos específicos para la prevención del VIH a intervenciones eficaces para prevenir el VIH y la sífilis en los servicios de salud maternoinfantil. La mejora en la cobertura y la calidad de los servicios de salud maternoinfantil constituye una parte fundamental de la estrategia y una condición indispensable para el éxito.

La atención a los hombres, además de la atención a las mujeres y a los niños, también constituye un elemento clave de la Iniciativa de Eliminación. La implicación de los hombres es fundamental para lograr los objetivos en un enfoque equitativo y sostenible.

## **Visión**

- Por generaciones libres de VIH y sífilis.

## **Meta**

- Eliminar la sífilis congénita y la transmisión maternoinfantil del VIH en ALC para el año 2015.

## **Indicadores de impacto<sup>1</sup>:**

- Reducción de la transmisión maternoinfantil del VIH al 2% o menos;
- Reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por 1.000 nacidos vivos.

<sup>1</sup> Los países del Caribe consideran un tercer indicador de resultado: la incidencia VIH de transmisión maternoinfantil se reduce a 0,3 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.

## Objetivos programáticos

- Aumentar la cobertura de atención prenatal y parto atendido por personal cualificado a más del 95%;
- Aumentar la cobertura de detección de sífilis y el VIH en embarazadas a más del 95%;
- Aumentar la cobertura de profilaxis del VIH y tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas y niños a más del 95%;
- Aumentar a más de 95% los centros de atención de primer nivel de atención que proporcionan servicios para la prevención y diagnóstico de VIH e ITS en forma integrada con los otros servicios de salud, incluidos los centros de atención prenatal, SSR, servicios para adolescentes y de violencia de género;
- Aumentar a más de 95% el número de países de la región que disponen de sistemas de información que permitan monitorear y evaluar el progreso hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la SC y apoyar la toma de decisiones.

## Principios rectores

**El acceso universal:** la Iniciativa de Eliminación apoyará a los países y territorios para que revisen sus planes nacionales, estrategias y metas para el VIH, SSR, y salud maternoinfantil, así como para desarrollar estrategias para llegar al acceso universal de servicios integrales.

**Atención Primaria:** reforzando la importancia de un enfoque de Atención Primaria de la Salud, los esfuerzos para ampliar los servicios de SSR/VIH/ITS deben tener por objeto ofrecer un amplio conjunto de servicios al alcance de todos, con especial atención a la familia y a los grupos más vulnerables.

**Centrada en el usuario:** la Iniciativa de Eliminación tendrá como objetivo garantizar la disponibilidad de un paquete integral de servicios para la mujer embarazada (durante y después del embarazo), su pareja y su familia, que incorpore un sistema eficaz de remisión, que cuente con los agentes comunitarios y que considere los aspectos de género en la prestación de los servicios.

**Impulsada por los países:** la implementación de la estrategia de eliminación se adaptará al contexto específico de cada país y territorio, considerando el estado y los patrones locales de la epidemia del VIH y de la sífilis, el sistema de atención de salud, la organización de los servicios de salud materno-infantil, la cobertura actual de los servicios, los recursos disponibles y la capacidad del sistema para ampliarse. Se tenderá a una expansión sostenible de la cobertura de servicios de calidad. La situación específica de cada país determinará el enfoque local.

**Perspectiva regional:** la implementación de la Iniciativa de Eliminación se impulsará con una perspectiva global para la Región de las Américas, que permita el intercambio de recursos, lecciones aprendidas y prácticas prometedoras. Se aprovecharán las redes de colaboración subregional como el COHSOD, el PANCAP en el Caribe, la COMISCA en Centroamérica, el ORAS en la subregión andina y el MERCOSUR. Los elevados niveles de migración entre los diferentes países que conforman la Región, con especial relevancia en el Caribe y Centroamérica, hacen que se considere prioritario este enfoque subregional con el fin de alcanzar la meta de eliminación.

**Alianzas y participación comunitaria:** se impulsan procesos dirigidos por los países, incluyendo consultas con las partes interesadas, como las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y el sector privado. Se promueve una asociación sólida interagencial, nucleada por OPS y UNICEF, que optimiza los recursos técnicos y financieros y que estimula una fuerte participación de todos los sectores en la sociedad.

**Enfoque de derechos humanos:** los derechos humanos son fundamentales en los servicios de salud y de especial importancia en la respuesta a la epidemia de VIH/ITS, para reducir la vulnerabilidad y proteger las libertades fundamentales y la dignidad humana de todas las personas. Un enfoque de derechos humanos garantiza a todos los individuos el acceso a servicios con calidad, asegurando la confidencialidad y autonomía en la toma de decisiones sobre opciones de alimentación, tratamiento, vida reproductiva y sexual, observando una promoción y protección de los derechos de las mujeres. En consonancia con la Convención de los Derechos del Niño se observará una protección óptima de los derechos de los niños.

**Perspectiva intercultural:** en la Región es necesaria una mirada especial a los diferentes grupos étnicos y culturales que conforman la realidad humana de América Latina y el Caribe, teniendo en cuenta sus necesidades específicas. El derecho que asiste a los pueblos indígenas y comunidades étnicas requiere de intervenciones culturalmente apropiadas que respeten su cosmovisión, sus saberes tradicionales, formas de organización social y la diversidad de sus respuestas a la epidemia.

**Perspectiva de género:** las cuestiones de género constituyen factores determinantes de la salud y deben considerarse en todos los aspectos de la prestación de asistencia sanitaria. En la Iniciativa de Eliminación, las cuestiones de género tienen particular importancia al considerar la interrelación de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. Para aumentar el acceso y la utilización de los servicios se requerirá la consideración de las inequidades de género, generada por los estereotipos de género, las normas y roles. La Iniciativa de Eliminación apoyará el desarrollo de estrategias de género innovadoras y fomentará la formulación de políticas y programas sensibles a las diferencias de género. Se considera esencial fomentar la participación activa de los hombres, lo cual contribuirá a la reducción de la violencia de género, la mejora de la adherencia y la prestación eficaz de servicios.

### **Líneas de acción:**

Se proponen cuatro líneas de acción:

1. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud maternoinfantil, del recién nacido y de atención familiar y comunitaria para la detección temprana, atención y tratamiento del VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas, niños y sus parejas.
2. Intensificar la vigilancia del VIH y de la sífilis en los servicios de salud maternoinfantil.
3. Integrar los servicios de VIH, salud sexual y reproductiva, atención al recién nacido y salud familiar y comunitaria.
4. Fortalecer los sistemas de salud.

## **Intervenciones estratégicas en cada línea de acción:**

### **1. Fortalecer la capacidad de los servicios de salud maternoinfantil, del recién nacido y de atención familiar y comunitaria para la detección temprana, atención y tratamiento del VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas, niños y sus parejas.**

- Mejora de la cobertura de los servicios de salud maternoinfantil, a través de la integración, la descentralización y la eliminación de los obstáculos para acceder a los servicios;
- Fortalecimiento de los programas preventivos para mujeres en edad reproductiva y sus parejas, para inducir y asegurar la demanda de servicios de SSR y atención prenatal oportuna;
- Consejería y tamizaje para VIH y sífilis para todas las mujeres embarazadas para asegurar la detección temprana de la infección. El uso de pruebas rápidas para VIH y sífilis puede contribuir a la captación de embarazadas y a la reducción de pérdida durante el seguimiento;
- Diagnóstico y terapia tempranos de sífilis y consejería sobre detección y tratamiento de VIH en las parejas de las embarazadas con VIH o sífilis;
- Detección y tratamiento temprano de sífilis y VIH en los otros hijos de la gestante con VIH o sífilis en un contexto de atención familiar y comunitaria;
- Adecuada referencia a los servicios de atención del VIH a aquellas embarazadas que resultaran con serología positiva a VIH para proveer TARV como un estándar de la atención. La mayor parte los países de la Región de las Américas tienen actualmente acceso a TARV;
- Asegurar el tratamiento adecuado con penicilina para las mujeres embarazadas con sífilis y sus parejas;
- Diagnóstico precoz de los recién nacidos expuestos al VIH y la sífilis para un tratamiento temprano y reducción de la mortalidad infantil;
- Tratamiento profiláctico adecuado de los recién nacidos expuestos al

VIH y seguimiento activo de los niños con VIH y/o con SC durante al menos 6 meses o mientras se mantenga la lactancia materna;

- Adecuada orientación nutricional para la madre y el niño, con asesoramiento sobre todas las opciones posibles en la alimentación para el niño y la referencia a servicios apropiados cuando sea necesario;
- Sustitución de la lactancia materna cuando, siguiendo las recomendaciones oficiales de la OMS, sea AFASS;
- Provisión oportuna y sostenida de fórmula láctea para la alimentación del niño por parte de los servicios de atención al recién nacido y de salud familiar y comunitaria cuando se establece la recomendación de sustitución de lactancia materna;
- Adecuada derivación a los servicios de salud sexual y reproductiva, violencia doméstica y otros servicios de apoyo psicosocial para las mujeres con el VIH o sífilis y de sus familias cuando sea necesario;
- Participación de la comunidad y movilización y fortalecimiento de las redes de apoyo.

## **2. Intensificar la vigilancia del VIH y de la sífilis en los servicios de salud maternoinfantil.**

- Implementación de servicios de vigilancia basados en búsqueda activa de casos de sífilis y de VIH en los servicios de salud maternoinfantil;
- Difusión e implementación del Sistema de Información Perinatal (SIP) para la vigilancia del diagnóstico y tratamiento de VIH y sífilis e iniciar o mejorar el registro de los abortos y muertes fetales en los servicios de salud maternoinfantil<sup>(18)</sup>.
- Fortalecimiento de los sistemas de información del sistema de salud, para la producción, análisis, disseminación y uso de esta información y así llevar a cabo el monitoreo y evaluación de los logros de la Iniciativa de Eliminación de manera oportuna y confiable y para adelantar los estudios de costos que faciliten la asignación adecuada de los recursos financieros a estos esfuerzos;

- Aplicación de los resultados de la investigación operativa;
- Establecer mecanismos de coordinación regional para la vigilancia.

### **3. Integrar los servicios de VIH, salud sexual y reproductiva, atención al recién nacido y salud familiar y comunitaria.**

- Integración de la promoción y prevención del VIH y de la sífilis en los servicios de salud sexual y reproductiva, de atención prenatal, de atención familiar y comunitaria, y de atención de ITS, seguida de un tratamiento adecuado y/o la remisión cuando sea necesario;
- Integración de los servicios adecuados para adolescentes en los servicios de salud reproductiva y otros servicios prioritarios (ITS, planificación familiar, etc.), seguidas de un tratamiento adecuado y las referencias necesarias;
- Intervenciones específicas para la prevención y detección temprana de VIH y la sífilis entre las mujeres en edad reproductiva;
- Intervenciones específicas para la prevención de embarazos no deseados entre las mujeres con VIH;
- Intervenciones específicas para la prevención de embarazos en las adolescentes;
- Integración de las intervenciones de prevención de VIH/ITS (incluida la profilaxis post exposición) en los programas y servicios referidos a la violencia de género;
- Promoción del uso del condón y de la reducción de conductas de riesgo en los servicios de salud maternoinfantil.

### **4. Fortalecimiento de los sistemas de salud.**

- Mejora de la entrega de servicios a las mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas, sus parejas y los recién nacidos, definiendo un paquete de servicios integrados mínimos a recibir, acordando modelos de entrega de servicios que se ajusten a sus necesidades e implementando estrategias para inducir la demanda de servicios de estas poblaciones;
- Desarrollo de servicios de SSR, VIH y atención maternoinfantil

integrados y de calidad que aseguren una buena provisión de salud y con un enfoque el respeto a los derechos humanos, la confidencialidad, el enfoque de género, la interculturalidad, la reducción del estigma y la discriminación;

- Mejora de la gestión de los suministros, tales como las pruebas necesarias para el diagnóstico y medicamentos para el tratamiento del VIH y la sífilis. La gestión de estos suministros debe garantizar una entrega oportuna, con productos de calidad y con un acceso equitativo de las embarazadas a estos insumos;
- Fortalecimiento de los recursos humanos en los servicios de salud, mediante la elaboración e implementación de políticas de personal que busquen la asignación clara de responsabilidades y roles en este proceso, así como una distribución (geográfica y en número) de estos recursos para que se asegure la equidad en la oferta de los servicios.
- Fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para la planificación estratégica y operacional, seguimiento y evaluación y la colaboración entre la salud maternoinfantil y los programas nacionales de sida;
- Fortalecimiento de la asociación con las principales partes interesadas y refuerzo de los sectores público y privado para aumentar la colaboración técnica de expertos y fuentes de recursos humanos y materiales;
- Fortalecimiento del liderazgo de las autoridades de salud y la gestión pública para armonizar y alinear adecuadamente los esfuerzos nacionales, así como para cumplir con su función de supervisión y regulación, con el fin de garantizar la calidad de los procesos con una perspectiva de costo-beneficio y costo efectividad.

## Guías clínicas y estándares de atención

La OPS en cumplimiento de su objetivo de apoyar a los países para alcanzar la meta de la eliminación ha desarrollado, en colaboración con UNICEF, las recomendaciones clínicas que se presentan en la *Guía clínica para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Se ha utilizado como base la masa crítica de información contenida en la publicación Antiretroviral drugs for



treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access. Recommendations for a public health approach<sup>(17)</sup>, lanzada en 2006 por la OMS.

En esta guía se han actualizado los contenidos en base a la última evidencia científica y a las recomendaciones internacionales de mayor impacto, manteniendo una perspectiva de salud pública y adaptándose los contenidos a la realidad social y a la capacidad y objetivos de nuestra región. Entre las novedades introducidas se encuentran tres recomendaciones específicas de enorme impacto sobre la TMI del VIH:

- 1) Se recomienda TARV al total de las embarazadas a partir de la semana 14 de gestación independientemente de su situación clínica o inmunológica;
- 2) Se recomienda la sustitución de lactancia materna por fórmula láctea a todos los niños expuestos al VIH cuando se den las condiciones AFASS;
- 3) En los casos excepcionales en los que no se pueda sustituir la lactancia materna, se recomienda lactancia materna exclusiva, manteniendo la TARV a la madre mientras dure la lactancia.

Se plantea un abordaje conjunto en el diagnóstico de la infección por VIH y la sífilis en la gestante y la implementación de medidas preventivas de la transmisión de ambas enfermedades al niño, con un enfoque integrador que no finaliza en el momento del parto, propiciando un seguimiento del niño en el ámbito de la atención primaria.

Estas guías suponen una de las herramientas básicas que han de servir a los profesionales de la salud y a los tomadores de decisiones para conseguir la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita como problemas de salud pública en la Región, de acuerdo con los cinco objetivos programáticos citados anteriormente.

## Sistema Informático Perinatal

La Historia Clínica Perinatal (HCP) constituye la fuente de datos más valiosa con que cuenta el equipo de salud, ya sea para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar un sinnúmero de investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por los propios proveedores de salud.

Como respuesta a esta necesidad, la OPS ha elaborado, desde su centro regional CLAP/SMR, la propuesta de Sistema Informático Perinatal (SIP), que contempla todos los aspectos mencionados anteriormente. El SIP está constituido por la HCP, el Carné Perinatal (CP) y el sistema computarizado con programas para el procesamiento de la información.

La HCP cumple con la finalidad de reunir en una sola hoja una serie de datos de consenso universal que resumen, a modo de hoja de ruta, la información mínima indispensable para la adecuada atención de mujer gestante y el recién nacido. Es de uso sencillo y de bajo costo.

Las características salientes del SIP pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Permite el procesamiento local de los datos con estos programas y fortalece la capacidad de auto-evaluación de la atención perinatal mediante el análisis de datos en la propia institución asistencial;
- Hace tomar conciencia al personal de la importancia de una documentación completa de las acciones y observaciones de salud;
- Facilita la comunicación intra y extra institucional, favorece el cumplimiento de las normas, registra datos de interés legal y facilita la auditoria;
- Sirve de base para la planificación de la atención, al proveer la información necesaria para identificar la población, evaluar la asistencia, categorizar los problemas y realizar investigaciones operativas.

A nivel nacional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo por áreas geográficas, redes de servicios u otras características poblacionales específicas, convirtiendo al SIP en un instrumento muy útil para la vigilancia de eventos maternos y neonatales y para la evaluación de programas a nivel nacional.

# V. CUESTIONES RELATIVAS A LA IMPLEMENTACIÓN

## **Implementación a nivel de país**

La implementación de la Iniciativa de Eliminación a nivel de país exigirá el desarrollo de planes operativos. El proceso de planificación tendrá por objeto armonizar las políticas, planes e iniciativas en el ámbito de la atención primaria, VIH, ITS, salud maternoinfantil, salud del adolescente y SSR, para alcanzar un enfoque integrado, descentralizado y global. Será necesario contar con un equipo conjunto de todos los programas enunciados que se comprometa a liderar la elaboración del plan estratégico y operativo, realizar la abogacía política necesaria para lograr su financiamiento y sostenibilidad, así como para monitorear y evaluar los progresos realizados. El proceso de planificación establecerá metas programáticas nacionales y objetivos de prestación de servicios, identificará las intervenciones y los costos asociados, señalará necesidades y carencias, tanto en lo referente a recursos humanos como al financiamiento, y definirá la organización marco de la ejecución con una adecuada distribución de responsabilidades.

## **Implementación regional**

En la implementación de la Iniciativa de Eliminación se considera un aspecto de máxima importancia el fomentar y facilitar la colaboración horizontal entre los países de la Región para desarrollar un óptimo intercambio de experiencias, recursos regionales y el compartir las lecciones aprendidas.

La planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la Iniciativa de Eliminación constituye un proceso colectivo de colaboración, haciendo énfasis en asumir la propiedad de la iniciativa por parte de los diferentes actores regionales y nacionales. La evidencia generada por la investigación operativa en la Región proveerá información para el ulterior desarrollo de las líneas estratégicas de acción.

Se considera necesaria la colaboración con las instituciones académicas y con las redes de la sociedad civil, de forma especial con las asociaciones de mujeres con VIH.

## **Proceso de certificación**

A partir del marco regional de monitoreo y evaluación, actualmente en desarrollo, se establecerán una serie de indicadores para la evaluación del progreso en la Iniciativa de Eliminación, que constituirán una referencia para certificar la eliminación de transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita como problemas de salud pública.

## **Financiamiento de la Iniciativa de Eliminación**

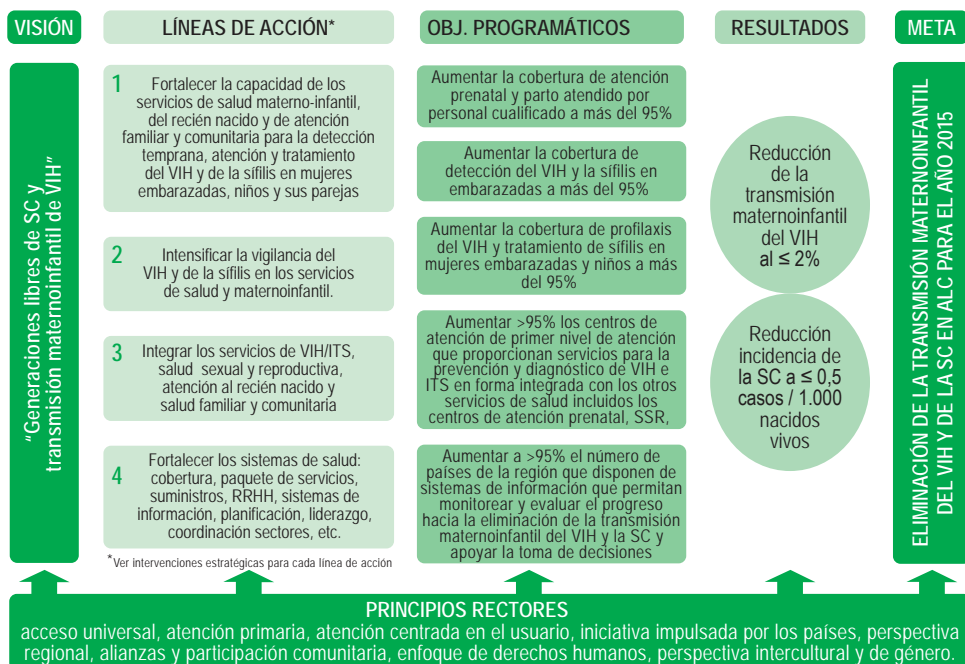
Este documento servirá de guía programática para movilizar los recursos necesarios para el desarrollo del plan regional y para apoyar el desarrollo de los planes y proyectos nacionales. El financiamiento de la Iniciativa de Eliminación tendrá como prioridad la planificación, reorientación y armonización de las actuales fuentes de financiamiento dentro de un planteamiento integrado para conseguir una asignación y utilización eficiente de los recursos.

# VI. ANEXO; REPRESENTACIÓN DEL MARCO CONCEPTUAL



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

## MARCO CONCEPTUAL



## Bibliografía citada

1. UNAIDS. Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva: UNAIDS; 2008
2. Schmid GP, Stoner BP, Hawkes S, Broutet N. The need and plan for global elimination of congenital syphilis. Sexually Transmitted Diseases July Supplement 2007; 34(7): S5–S10
3. PAHO. Plan of action for the elimination of congenital syphilis. Washington: PAHO; 1995. (PAHO/WHO/CE116/14).
4. OPS. Plan regional de VIH/ITS para el sector salud 2006-2015. Washington: OPS; 2004. (CD46.R15. 2004)
5. OPS. Eliminación de sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington: OPS; 2005.
6. UNICEF. The State of the World's Children 2009. s.l: UNICEF, 2009.
7. WHO, UNAIDS, UNICEF. Towards Universal Access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2008. Geneva: WHO; 2008.
8. PAHO. Epidemiological profiles of neglected diseases and other infections related to poverty in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO; 2009.
9. Argentina. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. SINVE, 2006. Buenos Aires. MSP; 2006.
10. PAHO. Health Situation in the Americas: basic Indicators 2007. Washington: PAHO; 2007. URL disponible en:  
[http://www.paho.org/English/DD/AIS/BI\\_2007\\_ENG.pdf](http://www.paho.org/English/DD/AIS/BI_2007_ENG.pdf)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos sífilis congênita, 2007. URL disponible en:  
<http://www.aids.gov.br/main.asp?Team=%7B0789B3F0%2D04C6%2D4E0C%2D8ABE%2D5906F15D1F22%7D>
12. Colombia. Ministerio de Protección Social. Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA, 2006. URL disponible en:  
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3>

13. Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis* 2005; 40(3): 458-465.
14. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR*. August 4, 2006; 55( RR-11)
15. OPS. Evaluación de la respuesta del sistema nacional de salud al VIH en la República Dominicana: una herramienta política, general y técnica para avanzar hacia el acceso universal. Washington: OPS; 2008.
16. Schackman, B. et. al. Cost-effectiveness of rapid syphilis screening in prenatal HIV testing programs in Haiti. *PLoS Med* 2007; 4(5): e183.
17. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2006.
18. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Sistema Informático Perinatal: SIP 2007. URL disponible en: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/SIP2007/sip2007.htm](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/SIP2007/sip2007.htm)



