

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA

Informe del proceso de validación interna de eliminación de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis Congénita en Morelos

GRUPO NACIONAL DE VALIDACIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y SÍFILIS CONGÉNITA

Comité de Atención Integral del CONASIDA

Julio, 2018



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS y METODOLOGÍA.....	4
Objetivos específicos del reporte	4
Metodología	4
RESULTADOS.....	9
I. Generalidades de los Servicios de Salud de Morelos.....	9
II. Políticas y sistemas de información sobre la transmisión vertical del VIH y la sífilis	9
III. Prestación de servicios para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita.....	14
IV. Tratamiento de la infección por el VIH y de la sífilis en embarazadas	15
V. Eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita	16
VI. Evaluación de procesos: de la detección al seguimiento del recién nacido	17
Detección y atención del embarazo y la infección por el VIH	18
Evento Obstétrico y seguimiento de las y los hijos de madres con VIH.....	19
Sostenibilidad de los procesos de detección y atención del embarazo y la infección por el VIH en Morelos	20
VII. Derechos humanos y participación social	22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	22
Próximos pasos.....	26
REFERENCIAS	26

Comité de Atención Integral del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (2018) *Informe del proceso de validación interna de eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita en Morelos*:
Censida/Secretaría de Salud.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida
Marina Nacional No. 60
Col. Tacuba Del. Miguel Hidalgo
Ciudad de México, CP 11410

<https://www.gob.mx/censida>

INFORME DEL PROCESO DE VALIDACIÓN INTERNA DE ELIMINACIÓN DE LA
TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIH Y LA SÍFILIS CONGÉNITA EN MORELOS

2018

GRUPO DE TRABAJO

Nombre	Institución
Rita Díaz Ramos	Instituto Mexicano del Seguro Social
María del Rosario Niebla Fuentes	Instituto Mexicano del Seguro Social
Mario Gerardo Jauregui Chío	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Adriana Aguilar Flores	Instituto Nacional de las Mujeres
Ricardo Hernández Forcada	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Julio César Cervantes Medina	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Norma Irene Luna Guzmán	Dirección General de Epidemiología
Genaro Ramírez López	Dirección General de Epidemiología
Janett Alvarado González	Dirección General de Información en Salud
Nazarea Herrera Maldonado	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Roberto Vázquez Campuzano	Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica
Hiram Olivera Díaz	Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica
Juan Sierra Madero	Instituto Nacional de Nutrición
Carlos Leonardo Magis Rodríguez	Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida
María del Pilar Rivera Reyes	Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida
Adriana Villafuerte García	Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida
Roberto Carlos Avilés Cisneros	Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida
Lucila Villegas Icazbalceta	Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida
Anette Morales Carcaño	Centro Nacional para la Prevención del VIH y el Sida
Guillermina Gómez Arellanes	Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria A. C.
Hilda Peñalosa Andaluz	Inspira Cambio A. C.
Gabriela García Patiño	Balance A. C.

AGRADECIMIENTOS

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida agradece a todas y todos los miembros del Grupo Nacional de Trabajo para la Validación de la Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis Congénita, así como el Grupo Estatal de Trabajo para la Validación de la Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y la Sífilis Congénita de Morelos por los arduos esfuerzos de colaboración para realizar las actividades en campo así como la sistematización de la información y revisión de los resultados.

Agradecemos al personal de salud y autoridades entrevistadas de la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por brindarnos el tiempo suficiente para recabar la información necesaria.

Especialmente expresamos gratitud a la Mtra. Norma Beatriz García fuentes y a la Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria A. C., que brindaron acompañamiento puntual a todas las actividades que hicieron posible el presente documento.

Asimismo, agradecemos a las mujeres que compartieron su tiempo con el equipo de trabajo para contar su experiencia dentro de los servicios de salud, pues son quienes viven en el día a día las bondades o deficiencias que se presentan en los procesos de atención.

INTRODUCCIÓN

En 2010, México suscribió la Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y la sífilis congénita (SC). Este programa constituye la respuesta de más de 50 estados y territorios de la Región de las Américas ante estas dos infecciones que afectan severamente a mujeres, niñas y niños, reduciendo el acceso de las personas y las familias a sus derechos humanos fundamentales.

Atendiendo a dicho compromiso el Programa de Acción Específico en respuesta al VIH, sida y las ITS 2013-2018, alineado al Programa Sectorial de Salud, en su cuarto objetivo menciona lo siguiente: Eliminar la Transmisión vertical (TV) del VIH y SC para lograr la primera generación libre de estas infecciones. Esto plantea como meta reducir la TV del VIH a una tasa menor al 2% de las y los niños expuestos al virus, y una reducción de la incidencia de la SC a menos de 0.5 casos por mil nacidos vivos.

En el país, gracias al esfuerzo y compromiso de las autoridades, así como de las y los trabajadores de la salud, existen entidades federativas que cuentan con cifras compatibles con la Eliminación de la TV del VIH y la SC. Por ello, con la finalidad de concretar esfuerzos y reforzar las acciones encaminadas a la eliminación, se inició el ejercicio de validación en aquellas entidades que cumplen con los criterios de la Estrategia Regional de Eliminación de la TV del VIH y la SC, emitida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Debido a las características propias del estado y sus servicios de salud, Morelos está en condiciones de validarse como libre de VIH y SC en recién nacidos, esto de acuerdo a las cifras de casos reportados en los últimos 4 años.

Se ha reconocido que Morelos es una entidad federativa en donde el programa de VIH de la Secretaría de Salud (SS) y el resto de las instituciones de salud, aseguran una detección de VIH en más del 95% de las mujeres embarazadas, así como la vinculación y la adherencia de éstas al tratamiento antirretroviral durante la gestación. Asimismo, el IMSS e ISSSTE no han tenido casos de VIH por TV.

El objetivo general de este trabajo es identificar los componentes clave de la estrategia de prevención de la TV de VIH que ha desarrollado el estado de Morelos, enfatizando los componentes que se requieren para la validación de la eliminación del VIH por esta vía de transmisión, así como su alineación con las metas nacionales e internacionales.

ANTECEDENTES

De acuerdo a ONUSIDA, a nivel mundial viven alrededor de 36.7 millones de personas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), de estas, el 48% son mujeres (17.8 millones) y el 4% niños menores de 15 años.¹

En el 2015 en América Latina, se reportaron 2 millones de personas viviendo con VIH, con una reducción del 17% en nuevas infecciones comparado a cifras del 2000. El 64% (de los niños de 0-14 años) y el 88% de las mujeres embarazadas VIH positivas de la región tienen acceso a terapia ARV.¹

En México, de acuerdo a la categorización establecida por ONUSIDA, la epidemia del VIH se ha clasificado como concentrada,² es decir, la prevalencia del VIH ha sido superior al 5% en subpoblaciones, como son mujeres y hombres trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero y personas que usan drogas inyectables, pero menor al 1% en la población general.

De acuerdo a CENSIDA, en el 2015 se reportaron 190,000 personas que viven con VIH, con una prevalencia del 0.23% en la población general. La principal vía de transmisión es la sexual, con el 95% de los casos, seguida por la vía sanguínea (2%), la vía perinatal (2%) y la asociada a la inyección de drogas intravenosas (<1%).³ Desde el primer caso reportado en mujeres en 1984 hasta el último trimestre del 2017, el 23% de las personas registradas con vida corresponde al sexo femenino, es decir, uno de cada 5 personas afectadas vivas con VIH son mujeres.⁴

La TV del VIH es definida como la transmisión del VIH de la mujer a su hijo durante el embarazo, trabajo de parto o el periodo del postparto a través de la lactancia.⁵

Actualmente, la TV del VIH ha logrado reducirse hasta menos del 2% en países de altos ingresos, gracias a estrategias como promoción de la prueba de detección rápida en mujeres embarazadas, tratamiento oportuno de la mujer afectada por el VIH y sustitución de la lactancia materna. Dichas estrategias tienen como objetivo primordial disminuir la CV plasmática de dichas mujeres, aunado a la profilaxis y a los cuidados al recién nacido que haya sido expuesto al virus.⁶

En ausencia de estrategias de prevención o tratamiento en la mujer embarazada afectada por el VIH, el riesgo de que ella transmita el VIH es aproximadamente de 15 a 30% durante el embarazo y parto, con un riesgo agregado del 10-20% si se alimenta por medio de seno materno al recién nacido por periodos de tiempo prolongados.^{5,7}

De acuerdo a ONUSIDA, en el 2011 se reportaron 330 mil infantes que adquirieron el virus por esta vía, lo cual representó un decremento del 24% desde el 2009, y se logró una prevención de la TV de VIH en aproximadamente 409 mil infantes gracias a la profilaxis antirretroviral en países de pequeños y medianos ingresos.⁸ Sin embargo, en el 2013, tan solo el 54% de las mujeres embarazadas de la región tuvieron acceso a la prueba diagnóstica en los países de medianos y bajos ingresos, lo cual provoca un retraso en la

atención de la mujer embarazada, dificultando el éxito del tratamiento oportuno para prevención de la TV de VIH así como su recuperación inmunológica.⁹

En México, en el 2014, la tasa de TV de VIH fue de 0.04 casos nuevos por cada mil nacidos vivos y 921 mujeres embarazadas positivas a VIH recibieron medicamentos antirretrovirales con el fin de reducir el riesgo de TV del VIH.¹⁰ La cobertura sectorial de tratamiento ARV se estimó en 81.4%. Las nuevas infecciones en niños han tenido una tendencia a la baja, reportando un decremento del 31% del 2013 al 2014.³

OBJETIVOS y METODOLOGÍA

Objetivos específicos del reporte

- Analizar el alcance de los objetivos programáticos de la eliminación de la TV y la SC
- Describir el alcance de los servicios de prevención primaria vinculados directamente con los objetivos de la eliminación de la TV y la SC
- Describir los servicios de laboratorio con los que se cuenta en el estado para el diagnóstico y seguimiento del tratamiento del VIH y la sífilis en las mujeres embarazadas y en las y los niños
- Identificar los sistemas de información existentes, su cobertura y los procesos para la sistematización de los datos, así como su papel dentro del monitoreo para mantener el alcance de los objetivos programáticos de la eliminación de la TV del VIH
- Describir la importancia de implementar un enfoque basado en perspectiva de género dentro de la estrategia de prevención de la TV del VIH y la SC.
- Describir el papel de los derechos humanos dentro de la estrategia de prevención de la TV del VIH y la SC
- Identificar las intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos de la eliminación de una manera consistente y sostenida

Metodología

Para la integración del presente informe, se desarrollaron diversas actividades de campo, como la realización de entrevistas, revisión de los registros de información, revisión de expedientes y ejercicios de observación dentro de los Servicios de Salud.

El proceso se dividió en seis momentos que a continuación se describen:

1. Conformación del Grupo Nacional de Trabajo para la Eliminación de la Trasmisión Vertical del VIH y la SC

El Grupo Nacional de Trabajo para la Eliminación de la TV y la SC se conformó el 29 de noviembre de 2016, como parte de las acciones propuestas por el Grupo de Trabajo de Prevención de la TV del VIH y la SC del Comité de Atención Integral del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (Conasida).

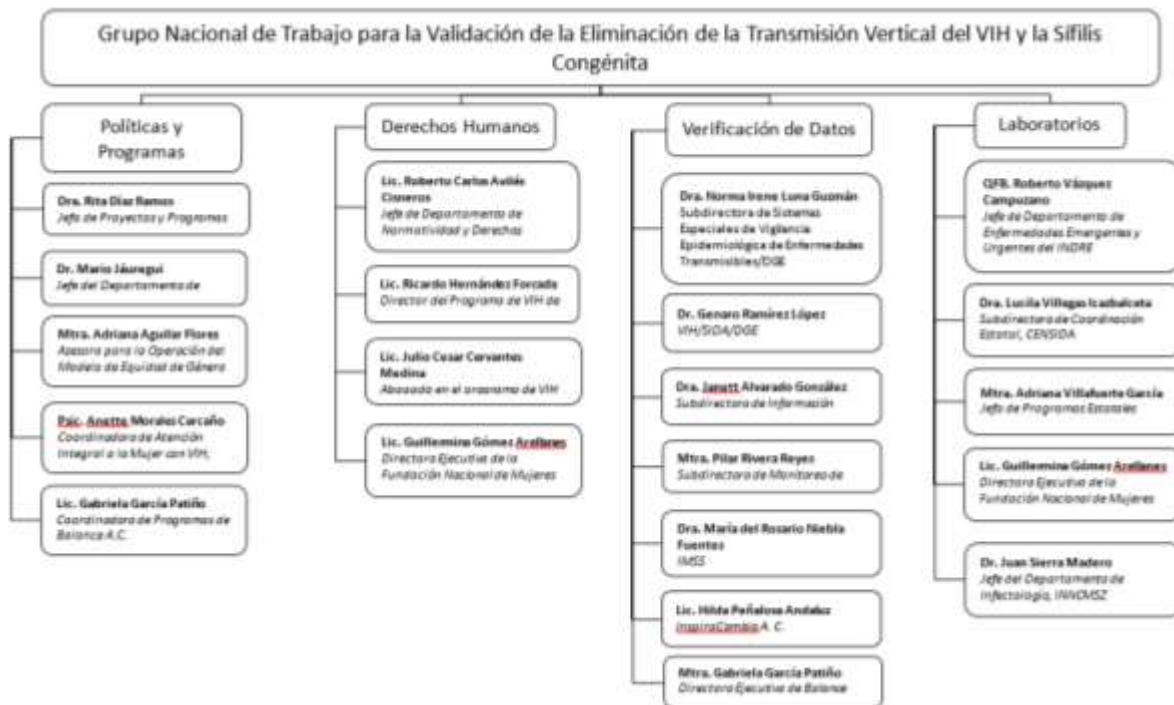
El proceso de conformación fue a través de una convocatoria abierta dentro del Comité de Atención Integral, con el requisito de tener representatividad sectorial y disponibilidad de tiempo para las actividades en campo y reuniones de trabajo.

Se contó con la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Dirección General de Epidemiología con representantes de sus dos direcciones generales adjuntas (Dirección General Adjunta de Epidemiología y Dirección General Adjunta del Instituto de

Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos); Instituto Nacional de las Mujeres, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y la sociedad civil, representada por la Fundación Nacional de Mujeres por la Salud Comunitaria A. C, Balance A. C e Inspira A. C.

Las y los participantes de cada institución se observan en la figura 1.

Figura 1. Grupo Nacional de Trabajo para la Eliminación de la TV y la SC



*Nota: los cargos y dependencia de las y los participantes corresponden al año de integración del Grupo.

2. Conformación del Grupo Estatal de Trabajo para la Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y la SC

El grupo se conformó el 22 marzo de 2017 y logró participación de carácter sectorial. La metodología para el reclutamiento de las y los participantes fue similar a la del Grupo Nacional, pues dentro del seno del Consejo Estatal para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CONESIDA) se extendió la invitación a los diferentes sectores y áreas. A continuación, se enlistan a las y los integrantes del grupo.

- Norma Beatriz García Fuentes, Coordinadora Estatal del Programa de VIH, Servicios de Salud de Morelos (SSM)
- Rosa María Guadarrama Vera

Responsable de la UVEH del HG de Temixco, Morelos, SSM

- Itzel Cryseth Meléndez Soberanes
SSM
- Jaime Estudillo Hernández
Promotor de la JS III, SSM
- Liliana Marmolejo Saucedo
Coordinadora Estatal de Vigilancia Epidemiológica, SSM
- Melissa López Martínez
Responsable de Serología, SSM
- Karen Mariana Román Brito
Enfermera, SSM
- Luis Miguel Vega Navarro
Responsable del Programa de VIH JS, SSM
- Cesar Miguel Eroza Osorio
Jefe del Departamento de Epidemiología, SSM
- Laura Elena Tafolla Figueroa
Responsable de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida, SSM
- Guadalupe Pedroza Reya
Enfermera, SSM
- Guadalupe Emmerita Moreno Espinosa
Jefa del Departamento de Evaluación, SSM
- Elizabeth Salgado Nava
Departamento de Salud Reproductiva, SSM
- Jesús Oaxaca Navarro
Médico tratante del Capasits, SSM
- Omecihuatl Estrada Pérez
Jefe del Departamento de Atención Primaria, SSM
- Alejandra Abarca López- Subdirectora de Psicología
Instituto de la Mujer para el Estado de Morelos
- María Eugenia Nandi Lozano
Coordinadora de la clínica de VIH/Sida, Hospital del Niño Morelense

- Ivett Amaro Guzmán
Coordinadora de Medicina Preventiva, ISSSTE
- Adela Romero Millán
Coordinación de Medicina Preventiva, ISSSTE
- Geysir Martínez Gutiérrez
Coordinador de Servicios de Pediatría, ISSSTE
- María del Rocío Martínez Aranda
Coordinación General de Salud Pública, IMSS

3. Reuniones de trabajo y salidas a campo

La primera reunión del Grupo Nacional se llevó a cabo el día 8 de diciembre de 2016 en la Ciudad de México. En ella se revisaron las herramientas de validación y se conformaron grupos de trabajo específicos para el desarrollo de cada herramienta. Se definieron los actores clave a entrevistar en las entidades federativas y los lugares a visitar.

Las reuniones y las actividades de campo con el Grupo Estatal de Validación se agendaron con base en la disponibilidad de tiempo de las y los actores, para ello se elaboró un cronograma, el cual se fue adaptando durante todo el proceso.

Cada visita fue acompañada por alguno de los miembros del Grupo Nacional, la Lic. Norma Beatriz García Fuentes, así como integrantes de la FNMSC A. C.

4. Sistematización y análisis de la información para cada uno de los apartados con base en los indicadores establecidos por la OPS

La información obtenida a través de las entrevistas, los ejercicios de observación, las listas de cotejo, así como los datos obtenidos de informes nacionales, estatales y bases de datos, fueron sistematizados y analizados por Censida, en conjunto con el equipo de la FNMSC A. C. Posteriormente, dichos análisis se revisaron con el resto de las instituciones que conformaron el Grupo.

5. Redacción del informe

El Censida, en conjunto con el equipo de la FNMSC A. C. y el resto de integrantes del Grupo realizaron la redacción del informe, así como la revisión del mismo.

6. Retroalimentación de los resultados

Se realizó una sesión especial con el Grupo Nacional para dar a conocer los resultados finales y hacer un ejercicio colegiado entre las y los participantes para generar las recomendaciones.

Dentro de la discusión se identificaron algunos elementos del proceso que no habían sido validados por falta de disponibilidad de información, por lo que se sumaron esfuerzos para recopilar la información faltante con las instituciones de seguridad social.

RESULTADOS

I. Generalidades de los Servicios de Salud de Morelos

Los Servicios de Salud de Morelos, dentro de la Secretaría de Salud, están divididos en tres jurisdicciones sanitarias (JS): la JS No 1, la cual cuenta con 84 centros de salud y se encuentra conformada por 11 municipios: Huitzilac, Tepoztlán, Cuernavaca, Jiutepec, Emiliano Zapata, Temixco, Xochitepec, Miacatlán Coatlán del Río, Tetecala y Mazatepec; la JS No 2, la cual cuenta con 39 centros de salud y se encuentra conformada por 6 municipios: Tlatizapán, Zacatepec, Tlaquitenango, Jojutla, Puente de Ixtla y Amacuzac; y la JS No 3, la cual cuenta con 82 centros de salud y está conformada por 16 municipios: Tlanepantla, Totolapan, Tlayacapan, Atlatlahucan, Yautepec, Cuautla, Ciudad Ayala, Yecapixtla, Ocuituco, Tetela del Volcán, Zacualpan, Temoac, Jantetelco, Jonacatepec, Tepalcingo y Axochiapan.

En el estado existe un registro acumulado desde el primer caso hasta al cierre del primer trimestre del 2018, de 893 casos de sida registrados en mujeres y 192 casos registrados como seropositivos al VIH. El número de casos de sida notificados en mujeres en el estado ha disminuido un 32% desde el 2014 (28 casos registrados) al 2017 (19 casos registrados).⁴ El número de casos de VIH notificados en mujeres en el estado ha disminuido un 25% desde el 2014 (12 casos registrados) al 2017 (9 casos registrados).⁴

La atención del VIH dentro de la Secretaría de Salud se brinda en dos UNEMES- Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e ITS (Capasits), ubicados en Cuernavaca y Anenecuilco. En el Capasits de Cuernavaca, 1,081 personas (20% mujeres) reciben tratamiento antirretroviral, mientras que en el Capasits de Anenecuilco, esta cifra es de 550 (22% mujeres).¹¹

Asimismo, se cuenta con un Servicio de atención integral hospitalaria (Saih), el Hospital del Niño Morelense, en el cual se encuentra la clínica pediátrica de VIH. Esta clínica tiene actualmente 30 niños y niñas que reciben tratamiento antirretroviral.¹¹

II. Políticas y sistemas de información sobre la transmisión vertical del VIH y la sífilis

Morelos no ha desarrollado un plan estatal de eliminación de la TV del VIH y la SC, sin embargo dentro del Consejo Estatal para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CONESIDA), se realizan los acuerdos para mejorar la coordinación de las acciones en materia de detección de VIH en mujeres embarazadas, el fortalecimiento del sistema de referencia para la confirmación del diagnóstico e integración al continuo de la atención; los procesos para atender el evento obstétrico, así como la atención de las y los recién nacidos y su seguimiento hasta confirmar o descartar el diagnóstico de VIH. La coordinación interprogramática entre el Programa de VIH y Salud Materna, se realiza directamente.

La política de tratamiento antirretroviral en Morelos, está alineada a las recomendaciones nacionales establecidas en la Guía de Tratamiento Antirretroviral de las personas con VIH. El tratamiento antirretroviral (TAR) está indicado en todas las mujeres embarazadas, independientemente del número de linfocitos CD4 y de la carga viral (CV) que presenten. En mujeres con VIH que ya se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral y cuya CV es indetectable, se continúa con el esquema administrado. En todos los casos se desarrollan acciones para fortalecer la adherencia al tratamiento durante todo el embarazo y posterior al mismo, de manera permanente.

Los esquemas de tratamiento antirretroviral recomendados para las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia con VIH también están alineados a las recomendaciones nacionales y a las internacionales. De acuerdo a la OPS, el esquema recomendado para las mujeres embarazadas es a base de tenofovir, lamivudina, emtricitabina, y efavirenz [TDF/3TC(FTC)/EFC].¹² Los esquemas empleados para las mujeres embarazadas con VIH en Morelos se describen en el cuadro 1.

Cuadro 1. Esquemas ARV recomendados para las mujeres embarazadas con VIH

Eje del esquema	Tercer componente
ZDV/3TC	LPV/r
o	o
ABC/3TC	RAL
o	o
TDF/FTC	DRV/r

3TC: lamivudina; r: ritonavir; ABC: abacavir; TDF: tenofovir; FTC: emtricitabina; DRV: darunavir; RAL: raltegravir; LPV: lopinavir; ZDV: zidovudina; ritonavir

Cabe mencionar que el resto de las instituciones del sector salud están alineadas a estas recomendaciones,¹³ por lo que emplean los mismos componentes para los esquemas antirretrovirales, incluyendo zidovudina.

Los estudios de monitoreo como CV y CD4 para las mujeres embarazadas con VIH se realizan al momento de ser captadas y por lo menos una vez más antes del momento del parto, con ello el equipo de salud se asegura que la CV esté suprimida y el riesgo de transmisión disminuya.

El diagnóstico de las y los hijos de madres con VIH en las instituciones del sector salud de Morelos, se realiza a través de pruebas virológicas (PCR de ADN o ARN viral). La primera prueba virológica se realiza al nacimiento o en el momento más cercano a esta fecha, la segunda CV se realiza entre las 6 y 8 semanas. Dependiendo de los resultados, el estudio se repite entre los 4 y 6 meses. La confirmación o no del diagnóstico, generalmente se realiza en los primeros 18 meses de vida, sin embargo, puede haber retraso dependiendo de algunos factores, como el retraso de la cita del paciente o la inasistencia, así como la falta de disponibilidad de pruebas en el laboratorio.

- Diagnóstico de sífilis en mujeres embarazadas y sífilis congénita

De acuerdo con los lineamientos nacionales, en la fase primaria de la infección, el diagnóstico se realiza a través de la técnica de campo oscuro, cuando aún no hay anticuerpos detectables. Sin embargo, la mayoría de las pruebas se realizan a través de la búsqueda de anticuerpos. Las pruebas incluyen aquellas que buscan anticuerpos heterólogos y que utilizan antígeno de origen no treponémico (VDRL, USR, RPR), así como pruebas que buscan anticuerpos específicos y que utilizan antígenos de origen treponémico (FTA- Abs, TPHA).

El algoritmo vigente en México recomienda realizar una prueba no treponémica y posteriormente una treponémica, sin embargo, los lineamientos internacionales apuntan a un algoritmo reverso, en el que el uso de pruebas treponémicas rápidas ayuda a priorizar el tratamiento independientemente de la etapa de la infección¹⁴. En el caso de Morelos, específicamente dentro de la Secretaría de Salud, se ha puesto en marcha la implementación del algoritmo reverso, pues a través de la compra de pruebas rápidas, las mujeres embarazadas son tamizadas y en caso de tener una prueba reactiva, se prioriza el inicio del tratamiento y posteriormente se realiza el VDRL para dar seguimiento clínico a la infección.

En la Secretaría de Salud, la compra de pruebas rápidas se realiza a través del Programa de Salud Materna, pero su distribución se realiza a través del Programa de VIH.

En las demás instituciones del sector salud se emplea el algoritmo tradicional, en el que el diagnóstico se realiza inicialmente con una prueba no treponémica. Estas pruebas se realizan dentro de los Hospitales Generales de Zona o en las Unidades de Medicina Familiar en las que se cuenta con equipo de laboratorio. De acuerdo con los datos recabados para el presente análisis, durante el 2017, dichas instituciones tendrían recursos para la compra de pruebas rápidas, lo que contribuiría a acortar los tiempos del diagnóstico y la provisión del tratamiento.

- Definición de caso

Uno de los elementos importantes para el caso de la SC, es que, dentro de los criterios a evaluar para el proceso de Eliminación propuesto por la OPS, se incluye a los mortinatos. En nuestro país, los mortinatos no aparecen en la definición de caso; la definición es la siguiente¹⁵:

“Se considera como caso de sífilis congénita a niños y niñas con manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita y quien resultó positivo para FTA- ABS IgM o se identificó T. Pallidum por campo oscuro y/o IF de lesiones, cordón umbilical, placenta y necropsia y con antecedente materno de VDRL y FTA- ABS y/o MHA- TP positivas.”

“Un caso probable hace referencia a las y los niños con manifestaciones clínicas específicas de sífilis congénita y con o sin antecedentes maternos de VDRL o RPR y FTA-ABS y/o MHA- TP positivas, quienes hayan recibido tratamiento o hayan sido tratadas parcialmente durante el embarazo.”

En contraste, la OMS define como caso¹⁶:

“Un mortinato, recién nacido vivo o muerte fetal de más de 20 semanas de gestación o de >500 g de una madre con infección por sífilis no tratada con al menos una dosis de bencilpenicilina benzatínica (2,4 mU por vía intramuscular) iniciada más de 30 días antes del parto, independientemente de los signos en el lactante

“Un mortinato, recién nacido vivo o menor de 2 años con pruebas microbiológicas de infección por sífilis”

- Sistemas de información para el seguimiento de la sífilis congénita

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica estatal y nacional cuenta con el registro nominal de casos de sífilis congénita y es el encargado de la notificación y de acuerdo a la normatividad establecida se realiza la confirmación o descarte de los casos; sin embargo, no existe un sistema específico para el continuo de la atención de cada caso en conjunto con el de la madre. Los registros están en los expedientes clínicos y las hojas diarias de consulta.

En el caso del IMSS, se menciona que se ha establecido un sistema de registro nominal, sin embargo, dicha información no pudo ser corroborada debido a que no se otorgó acceso al mismo en el estado.

En el ISSSTE no se cuenta con registros específicos para los casos de SC, la vigilancia epidemiológica está alineada a la normatividad nacional.

El sistema de vigilancia epidemiológica trabaja en conjunto con la red nacional de laboratorios de salud pública para el proceso de diagnóstico y confirmación de casos.

- Sistemas de información para el seguimiento de la transmisión vertical del VIH

Al igual que para la SC, la vigilancia de los casos de VIH y sida por TV se lleva a cabo dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Estatal y Nacional, en el registro nacional de casos de VIH y sida. Este sistema es sectorial y de carácter obligatorio.

Específicamente para el seguimiento del continuo de la atención, dentro de la Secretaría de Salud se cuenta con el Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales, el cual cuenta con una interfaz denominada GESTAR (Gestión, evaluación y seguimiento del tratamiento antirretroviral de mujeres embarazadas y sus

hijos recién nacido), que permite dar seguimiento puntual durante todo el proceso de atención de la mujer embarazada, el evento obstétrico y el seguimiento del recién nacido hasta confirmar o descartar el diagnóstico.

Aunado a esto, el Programa de VIH del estado de Morelos ha establecido su propio censo de seguimiento a mujeres embarazadas (e hijos) que viven con VIH para corroborar que la información presente en los sistemas de información esté alineada correctamente.

En cuanto a las demás instituciones, el IMSS menciona contar con un registro nominal para el seguimiento de casos de VIH sin embargo nuevamente no pudo ser corroborado. Por otro lado, el ISSSTE no cuenta con un sistema de seguimiento. Ambas instituciones notifican los casos dentro del sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Cuadro 2. Políticas y sistemas de información sobre la TV del VIH y la SC

Indicador	Nivel de cumplimiento		
	No cumple	Cumple parcialmente	Cumple
Plan estatal de eliminación de la TV del VIH y la sífilis			
Tratamiento ARV permanente para las mujeres embarazadas con VIH después de ser diagnosticadas y del término del embarazo			
Tratamiento con TDF/3TC (FTC)/EFV			
Diagnóstico temprano a los lactantes expuestos al VIH*			
Pruebas rápidas de detección de la sífilis en atención prenatal			
Sistema de vigilancia de transmisión perinatal del VIH			
Sistema de vigilancia de casos de sífilis congénita			
Mortinatos incluidos en las definiciones de sífilis congénita			

*Prueba virológica para detectar el VIH en lactantes dentro de los dos meses posteriores al nacimiento.

III. Prestación de servicios para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita

Los indicadores que se requieren para la evaluación de este apartado no estuvieron disponibles en su totalidad de manera sectorial, por lo que en el cuadro 3 y 4 se indica específicamente la institución a la que pertenece la información registrada.

III.I Acceso a la atención prenatal, asistencia obstétrica y parto en hospitales

De acuerdo a la Dirección General de Información en Salud se estima que, en Morelos, cada año ocurren entre 30 mil y 40 mil embarazos. El indicador de cobertura de atención prenatal, solo estuvo disponible para la SS en el año 2015, en el que se reportó 100% de cobertura. Sin embargo, con base en el cálculo del número de embarazos registrados y el número de mujeres que acudieron a más de 4 consultas de atención prenatal con personal capacitado, de manera sectorial, para 2015, la cobertura fue de 92%. En 2014 y 2013, esta cifra fue de 92% y 91% respectivamente.

El porcentaje de eventos obstétricos atendidos por personal de salud en hospitales, en todo el sector fue de 99% en 2015 y del 98% desde el 2012 hasta el 2014.

Cuadro 3. Acceso a la atención prenatal, asistencia obstétrica y parto en hospitales.

Institución	Indicador	Año de evaluación			
		2015	2014	2013	2012
SS	Cobertura de atención prenatal ^{1*}	100%	SD	SD	SD
SEC	Número de embarazos registrados ²	33,628	34,096	34,771	34,209
SEC	Embarazadas que asisten a más de 4 consultas de atención prenatal por personal calificado ³	30,890	31,239	31,612	30,990
SEC	% de mujeres embarazadas que acuden a más de 4 consultas de atención prenatal por personal calificado ³	92%	92%	91%	91%
SEC	Eventos obstétricos atendidos por personal de salud ³	33,230	33,559	34,027	33,392
SEC	% de eventos obstétricos atendidos por personal de salud ³	99%	98%	98%	98%

1. Dirección General de Epidemiología, Boletines Caminando a la Excelencia, Programa de Salud Materna 2012, 2013, 2014, 2015.

2. Dirección General de Información en Salud, Subsistema de Información sobre nacimientos. 2012, 2013, 2014, 2015.

3. DGIS/Cubos Dinámicos/Nacimientos/Fecha de consulta: 4 septiembre 2017

* Indicador formulado para SS dentro de la Evaluación Caminando a la Excelencia del Programa de Salud Materna

Nota: SD=Sin Dato, SS=Secretaría de Salud, SEC=Sectorial

III.II Pruebas de detección del VIH y de la sífilis en embarazadas

La cobertura de detección de VIH en mujeres embarazadas, de acuerdo al Grupo de Información Sectorial del Comité de Monitoreo y Evaluación, fue de 62% para el 2013, 83% en 2014 y 89% en 2015. Específicamente para el caso de la Secretaría de Salud, la cobertura fue de 99.4% en 2014 y de 100% en 2015, no hay información disponible para el 2012 y 2013.

La cobertura de detección de sífilis en mujeres embarazadas se estima para todo el sector, en 2015 de 74%, para el 2014 del 71% y 60% para el 2013 y 2012.

El indicador de cobertura de detección de sífilis en embarazadas, dentro de los sistemas de monitoreo en Morelos y México, no existe.

Cuadro 4. Pruebas de detección del VIH y sífilis en mujeres embarazadas.

Institución	Indicador	Año de evaluación			
		2015	2014	2013	2012
SEC	Pruebas de detección de VIH en embarazadas ¹	25, 126	24, 411	17, 265	17, 388
SEC	Pruebas de detección de VIH en embarazadas que fueron reactivas ¹	14	25	26	8
SS	Cobertura de detección de VIH en embarazadas* ²	100%	99.4%	SD	SD
SEC	Cobertura de detección de VIH en embarazadas ³	89%	83%	62%	SD
SEC	Pruebas de detección de sífilis en embarazadas	24, 866	24, 333	20, 805	20, 584
SEC	% de detección de sífilis en embarazadas	74%	71%	60%	60%
	Cobertura de detección de sífilis en embarazadas	NE	NE	NE	NE

1. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Información en Salud, 2012, 2013, 2014, 2015.

2. Dirección General de Epidemiología, Boletines Caminando a la Excelencia, Programa de Salud Materna 2012, 2013, 2014, 2015.

3. Numerador: SS/Conasida. Comité de Monitoreo y Evaluación. Grupo de Información Sectorial en VIH y el Sida e ITS. Incluyen datos de Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social y Secretaría de la Defensa Nacional.

*Datos disponibles únicamente para la SS

Nota: SD=Sin Dato, SS=Secretaría de Salud, SEC=Sectorial, NE=No existe

IV. Tratamiento de la infección por el VIH y de la sífilis en embarazadas

El número de mujeres embarazadas con VIH que son tratadas en Morelos anualmente, en todo el sector, ha sido superior a 15. En 2014 se registraron 15 mujeres embarazadas con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral, mientras que en 2015 esta cifra fue de 17 y en 2016 de 19. Es muy importante mencionar que el número total de embarazadas con VIH esperadas se estima considerando la prevalencia de VIH en esta población, que es del 0.07%.

La cobertura de tratamiento de VIH en mujeres embarazadas, de acuerdo con el Grupo de Información Sectorial fue de 100% para 2014, 2015 y 2016.

El indicador de Cobertura de tratamiento de sífilis en embarazadas no existe en los sistemas de información de Morelos ni en México.

Cuadro 5. Tratamiento de la infección por el VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas.

Indicador	Año de evaluación			
	2016	2015	2014	2013
SS- Mujeres embarazadas con VIH estimadas* ¹	16	15	10	SD
SS- Mujeres embarazadas con VIH que recibieron TAR* ²	19	17	15	SD
SEC- Cobertura de tratamiento de VIH en embarazadas ³	100%	100%	100%	SD
SEC- Cobertura de tratamiento de la sífilis en embarazadas	NE	NE	NE	NE

1. Centro Nacional para la Prevención el Control del VIH y el Sida. - Dirección de Investigación Operativa, 2014, 2015, 2016.

2. Centro Nacional para la Prevención el Control del VIH y el Sida. - Dirección de Atención Integral, Sistema SALVAR.

3. Centro Nacional para la Prevención el Control del VIH y el Sida. - Cálculo de la Dirección de Investigación Operativa para los Boletines Caminando a la Excelencia, 2014, 2015, 2016.

*Datos disponibles únicamente para la Secretaría de Salud

V. Eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita

El estado de Morelos tuvo un caso de TV de VIH en 2014 y uno de sida en 2015, los cuales, fueron diagnosticados en esos años, pero notificados en 2018.

Respecto a la SC, en 2012 se registró 1 caso y en 2014, 2 casos. En el resto de los años analizados, no se registraron casos de SC. La tasa de incidencia de SC en 2012 y 2014 fue de 0.02 y 0.05 por 1000 nacidos vivos respectivamente.

Se estima que, gracias a las intervenciones enfocadas a prevenir la TV del VIH en Morelos, se han evitado 5 casos en 2014 y 4 casos en 2015.

El número de recién nacidos expuestos al VIH que fueron notificados y sometidos a pruebas virológicas en los primeros dos meses después del nacimiento fue de 15 en 2014 y 17 en 2015, es decir, el 100% de los recién nacidos hijos de madres con VIH.

Cuadro 6. Eliminación de la TV del VIH y la SC

Institución	Indicador	Año de evaluación			
		2015	2014	2013	2012
SS	Número estimado de infecciones por el VIH evitadas gracias a la prevención de la TMI*	4	5	SD	SD
SS	Número de recién nacidos expuestos al VIH notificados y sometidos a un prueba virológica en un plazo máximo de dos meses desde el nacimiento	17	15	SD	SD
SS	Porcentaje de recién nacidos expuestos al VIH notificados y sometidos a una prueba virológica en un plazo máximo de dos meses desde el nacimiento	100%	100%	SD	SD
SEC	Casos de VIH por transmisión vertical ocurridos, por año de nacimiento	1	1	0	0
SEC	Incidencia del VIH perinatal (por 1000 nacidos vivos)	0.03	0.03	-	-
SEC	Casos de sífilis congénita registrados en el año ¹	0	2	0	1
SEC	Incidencia de sífilis congénita (por 1000 nacidos vivos) †	-	0.05	-	0.02

1. SS/DGE. Sistema de notificación semanal de casos nuevos de enfermedades. Cierre 2012, 2013, 2014, y 2015.

*Cálculo considerando una probabilidad del 30% de transmisión

Las cifras que se reportan en todos los periodos de evaluación son compatibles con las cifras requeridas para la Eliminación de la TV del VIH y la SC. Es importante mencionar que en algunos años la información no estuvo disponible.

VI. Evaluación de procesos: de la detección al seguimiento del recién nacido

Para la evaluación de este apartado, se dividieron los procesos en tres momentos fundamentales:

- Detección y atención del embarazo y la infección por el VIH
- Evento obstétrico y seguimiento de las y los hijos de madres con VIH

- c) Sostenibilidad de los procesos de detección y atención del embarazo y la infección por el VIH

Detección y atención del embarazo y la infección por el VIH

- Disponibilidad de pruebas de detección del VIH y confirmación

Dentro de la SS, se cuenta con disponibilidad de pruebas rápidas. Estas son compradas con recursos del Programa de Salud Materna y son distribuidas por el Programa de VIH, sida e ITS. Se cuenta también con otra prueba rápida de VIH de diferente plataforma a la primera y se encuentran disponibles en las unidades del primer nivel de atención.

Un resultado reactivo de la prueba es indicación de referencia al Capasits, donde se realiza otra prueba rápida de diferente plataforma, así como la confirmación diagnóstica y apertura del expediente. El diagnóstico confirmatorio puede realizarse el mismo día que se acuda a consulta, gracias a la prueba inmunocromatográfica presente en los Capasits. A través de recursos estatales, el Programa de VIH de Morelos ha logrado adquirir pruebas suplementarias para la confirmación de la infección, la cual se realiza en el punto de atención. Esto evita retrasos en la incorporación a los servicios de salud y el inicio del tratamiento antirretroviral.

Las demás instituciones del sector salud no cuentan con pruebas rápidas duales para la detección de VIH y sífilis. El tamizaje se realiza con pruebas de ELISA y VDRL y ambas son solicitadas durante el primer contacto en las Unidades de Medicina Familiar. El IMSS ha contado con pruebas rápidas para VIH de forma intermitente, sin embargo, posterior a la prueba rápida se solicita una prueba de ELISA y la confirmación por Western Blot, en caso de no disponer de reactivos, las pruebas se solicitan a laboratorio privado. El ISSSTE sigue el mismo proceso para la confirmación que el IMSS y recientemente cuenta con kioscos de atención primaria en donde se realizan pruebas rápidas.

- Atención del VIH

La atención de la infección por VIH se lleva a cabo en el Capasits. El Programa Estatal se asegura de tener abasto suficiente de los antirretrovirales, para la madre. Los estudios iniciales incluyen la CV y recuento de CD4, antes de terminar el embarazo se solicita nuevamente otra CV para asegurar que las mujeres alcanzaron la indetectabilidad viral.

En el IMSS, la atención del VIH es brindada por el servicio de medicina interna del Hospital General de Zona, mientras que, en el ISSSTE, la atención se brinda por personal médico con formación en epidemiología, el cual, realiza la valoración inicial para su envío con el médico especialista.

- Atención del embarazo

En la SS, la atención integral del embarazo, parto, puerperio y atención al recién nacido es realizada en el Hospital de la Mujer “Dr. José G. Parres”. El programa de VIH estatal se asegura de que los medicamentos para la profilaxis, tanto para la madre como para el hijo, se encuentren disponibles. Los medicamentos son entregados a la mujer embarazada a partir de la semana 26 de gestación.

En el IMSS, la atención del embarazo es brindada en el Hospital General de Zona por el servicio de Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia. Para el evento obstétrico, la mujer es referida a su Hospital de referencia de tercer nivel en la Ciudad de México.

En el ISSSTE, el seguimiento del embarazo se realiza en la unidad de medicina familiar, para el evento obstétrico, la mujer es referida a los hospitales de la Ciudad de México, principalmente al Centro Médico Nacional “20 de noviembre” y al Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”.

Evento Obstétrico y seguimiento de las y los hijos de madres con VIH

- Coordinación interprogramática para el evento obstétrico

El programa de Salud Materna y el de VIH dentro de la Secretaría de Salud trabajan en conjunto para coordinar la programación de la cesárea, esto permite la entrega oportuna de los insumos que se requerirán al momento del evento obstétrico. Se cuenta dentro del Hospital de la Mujer, con un equipo capacitado en VIH, el cual atiende todas las cesáreas de las mujeres con VIH.

El IMSS y el ISSSTE a través de las unidades de medicina familiar y los hospitales generales de zona, programan las cesáreas en coordinación con los hospitales de referencia y el nivel central, quien se encarga de proveer los insumos necesarios para el evento obstétrico. Una de las ventajas específicamente del ISSSTE, es que el carácter central de su operatividad facilita la comunicación entre las unidades de atención.

- Detección del VIH y sífilis durante el trabajo de parto

En la SS, el Hospital de la Mujer “Dr. José G. Parres” cuenta con pruebas rápidas de VIH, sin embargo, estas no se realizan de manera rutinaria. El programa de VIH estatal se encarga de abastecer constantemente los antirretrovirales en el hospital cuando este lo solicite.

IMSS e ISSSTE no realizan pruebas de VIH rápidas de forma rutinaria en las salas de labor de parto, ya que las mujeres que llevaron control prenatal ya cuentan con los estudios necesarios. Los hospitales de referencia de estas instituciones no cuentan con medicamentos antirretrovirales de reserva, por lo que la solicitud de los mismos, en caso

de tener una usuaria reactiva, se realiza a la unidad correspondiente o al Programa de VIH de la SS.

- Seguimiento de los recién nacidos expuestos

El seguimiento de los hijos e hijas de madres con VIH dentro de la Secretaría de Salud se realiza en el Hospital del Niño y el Adolescente Morelense. Las pruebas de monitoreo incluyen una CV al nacimiento, a las 6 y a las 8 semanas y posteriormente a los 4 o 6 meses. Una prueba de ELISA entre los 12 y 18 meses está indicada. El registro del seguimiento es a través del SALVAR y su interfaz, GESTAR.

En el caso del IMSS el seguimiento de los recién nacidos expuestos lo realiza el servicio de Pediatría del Hospital de referencia, con pruebas de seguimiento con CV al mes de nacimiento, a los 2, 4, 6 y 12 meses, con una prueba ELISA a los 18 meses.

En el ISSSTE, el seguimiento lo realiza el servicio de pediatría en el hospital de referencia de la Ciudad de México.

- Políticas de lactancia materna y suministro de sucedáneos

A nivel sectorial, se recomienda la sustitución de la lactancia materna. La programación para la compra de los sucedáneos de leche materna dentro de las instituciones de seguridad social, ocurre a nivel central, con base en la demanda. De esta forma aseguran que el insumo sea comprado y posteriormente distribuido a las delegaciones estatales.

Los sucedáneos de la leche materna, dentro de la SS, son comprados con recursos estatales a través del Programa de VIH estatal en conjunto con la Dirección de Atención Médica de acuerdo a las necesidades sin restricción de tiempo y número de latas. La programación de la compra contempla 12 latas por mes para cada hijo o hija de madre con VIH, durante el primer año de vida.

Sostenibilidad de los procesos de detección y atención del embarazo y la infección por el VIH en Morelos

Para cada uno de los apartados anteriores se aborda el financiamiento, la red de suministro y el registro de información.

- Disponibilidad de pruebas de detección y confirmación

El financiamiento de los insumos para la detección y confirmación de VIH y sífilis en las instituciones de seguridad social se realiza a nivel central, en donde se articulan los procesos licitatorios.

En la Secretaría de Salud de Morelos, la compra de pruebas se realiza a través del Programa de Salud Materna, las dos fuentes de financiamiento principales son la estatal (Ramo 33) y el Seguro Popular (Anexo IV). La distribución la realiza el Programa de VIH en conjunto con las jurisdicciones sanitarias.

En la SS, el registro de la información es llevada a cabo por el programa de salud materna estatal, sin embargo, el censo nominal de embarazadas es coordinado por el programa de VIH. En cuanto se realiza la referencia de las mujeres al programa de VIH son registradas en el SALVAR-GESTAR y posteriormente se realiza la notificación epidemiológica correspondiente.

El IMSS refirió contar con un registro, pero no pudo ser verificado en el estado. Los expedientes clínicos también forman parte de la fuente de información de esta institución. El ISSSTE no cuenta con registros sistematizados.

- Atención del VIH

En todo el sector salud, el financiamiento para los antirretrovirales es de carácter central, en el caso de la SS, es mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular. El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida es el responsable de la compra y distribución de los antirretrovirales a las entidades federativas. El registro de la programación y compra se realiza a través del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud (SIAFFASPE).

El registro de la información, para la SS, se realiza a través del SALVAR, mientras que el resto de instituciones refieren tener diversos registros, sin embargo, no se encontró evidencia de que se realicen de manera sistematizada.

- Atención del embarazo

El financiamiento para la atención del evento obstétrico se obtiene a través de la Dirección de Atención Médica, el Programa de VIH únicamente proporciona los antirretrovirales y los sucedáneos de leche materna. El financiamiento de la atención del embarazo en el resto de las instituciones del sector, lo proporciona el nivel central, sin embargo, ante un caso de urgencia, el Programa de VIH de la SS apoya a las dos instituciones, específicamente en el préstamo de antirretrovirales, los cuales posteriormente son repuestos. Estos acuerdos internos contribuyen a tener disponibilidad de los medicamentos cuando se requieran, independientemente de la institución que brinde la atención.

VII. Derechos humanos y participación social

En Morelos está presente la Comisión Estatal de Derechos Humanos. Si bien no existe un programa específico para la TV del VIH, el Programa Estatal de VIH mantiene una interacción permanente y continua con esta comisión.

En el análisis realizado sobre las quejas a la atención del VIH, la mayoría estuvieron relacionadas con la falta de medicamentos antirretrovirales o problemas con la calidad de la atención. Estas quejas fueron resueltas de manera puntual y al momento, independientemente de la institución en cuestión.

Morelos no cuenta con normatividad propia en materia de Derechos Humanos y VIH, el estado se rige por las leyes y normas nacionales.

En términos de detección del VIH, la aplicación de la prueba se realiza de manera voluntaria, confidencial y es respaldada por el consentimiento informado escrito. En las mujeres embarazadas, la detección del VIH se ofrece de manera rutinaria (ya sea prueba rápida o de laboratorio) y se apoya con la orientación pertinente para evitar el rechazo de la prueba.

Cabe mencionar que Morelos cuenta con un programa de educación ciudadana, el cual genera materiales informativos, sin embargo, estos no son utilizados de manera óptima, pues su difusión es limitada.

Existen organizaciones de la sociedad civil que realizan actividades de prevención del VIH en el estado, sin embargo, dichas acciones están dirigidas a población clave y no específicamente a temas relacionados con la prevención de la transmisión vertical. Las organizaciones que han trabajado el tema en el estado son externas y de nivel nacional, generalmente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con la información disponible, se puede concluir que Morelos cumple de manera parcial con los objetivos programáticos de eliminación de la TV de VIH propuestos por la OPS, de manera específica el indicador de cobertura de detección de VIH en mujeres embarazadas no cumple con los criterios. Asimismo, otros indicadores no fue posible medirlos debido a la falta de información en todo el periodo analizado (cobertura de detección de sífilis, cobertura de tratamiento de sífilis, cobertura de atención prenatal).

Es necesario lograr un mayor compromiso a nivel estatal para mejorar tanto la cobertura de detección de VIH en mujeres embarazadas, así como la calidad de la información. Los indicadores de detección y tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas no estuvieron disponibles. Es primordial establecer indicadores y definir las fuentes de información para generar los índices compuestos para ambos.

Se recomienda desarrollar una propuesta en coordinación con la Dirección General de Epidemiología para revisar la factibilidad normativa y operativa de incluir a los mortinatos por SC, ya que dicho análisis quedó fuera de este ejercicio de validación pues no están incluidas la definición de casos en la normatividad nacional.

Resulta primordial establecer un plan estatal para la prevención, atención y eliminación de la TV de VIH y SC, ya que si bien se han establecido mecanismos para coordinar las acciones para dichas enfermedades, no existen documentos en donde se establezca la respuesta institucional a nivel estatal en cuanto a organización y respuesta en materia de suministro de servicios enfocados a la prevención, diagnóstico, atención integral, lineamientos, normatividad y reglamentos para la atención del binomio madre-hijo que viven con VIH y/o SC. Dicha coordinación está a cargo de la líder del Programa de VIH estatal, y al no existir dichos documentos guía, ante un panorama de cambios políticos que genere rotación del equipo de trabajo dentro de los Servicios de Salud, se puede poner en riesgo la estabilidad de la coordinación y el seguimiento de las acciones establecidas por el grupo de trabajo. Es de suma importancia, sistematizar las acciones de coordinación de manera clara, distinguiendo actores, responsables y temporalidad de cada actividad, a fin de asegurar que independientemente de quien esté a cargo, se siga manteniendo dicha coordinación.

El CONESIDA representa una instancia fundamental como órgano rector que permite la coordinación del sector público, así como dirigir las acciones prioritarias de colaboración interprogramática y sectorial. Se debe aprovechar este espacio para dar seguimiento a la información de todas las instituciones que conforman el sector.

La heterogeneidad en los procesos de detección dentro del sector salud estatal, tanto del VIH como de la sífilis, pueden ser una barrera importante para la atención integral y tratamiento de la mujer embarazada, aspectos reconocidos como fundamentales en el continuo de la atención, lo cual disminuye la posibilidad de éxito del tratamiento y recuperación inmunológica.

En cuanto al uso de las pruebas rápidas tanto para VIH como para sífilis, es diferente dentro de cada institución. Se recomienda, con base a lo establecido en lineamientos nacionales e internacionales, priorizar el uso de la tecnología disponible en el punto de atención (pruebas treponémicas rápidas, pruebas rápidas de VIH, pruebas duales rápidas de VIH y sífilis, pruebas suplementarias) en todas las instituciones, pues esto permite acortar los tiempos de diagnóstico y priorizar el inicio del doble tratamiento.

La gestión para el financiamiento de las pruebas rápidas dentro de la Secretaría de Salud la realiza el Programa de Salud Materna por el ramo 33 y el anexo IV, sin embargo, cuando existen problemas para la compra, el Programa de VIH estatal, que gestiona pruebas para población clave, apoya para evitar el desabasto y asegurar que las mujeres no se queden sin una prueba de tamizaje. Este fenómeno también fue referido entre las instituciones de seguridad social. Se recomienda formalizar este tipo de acuerdos, pues el trabajo sectorial e interprogramático beneficia la sostenibilidad de la compra de los insumos, lo cual contribuye al mantenimiento de la cobertura de detección en los servicios de salud presentes en la entidad.

El programa de VIH de Morelos ha logrado dar sostenibilidad en materia de reactivos de laboratorio necesarios para poder realizar un diagnóstico oportuno el mismo día de la atención, sin embargo, es necesario el apoyo de las autoridades estatales para asegurar que el financiamiento continúe sin interrupciones en todas las instituciones de salud por medio de un recurso preestablecido para la atención de dicha problemática.

La narrativa de las experiencias entre las mujeres y los hombres respecto a la prueba de detección del VIH es diversa, por lo que la información que se brinda previa a la prueba y la postconsejería debe estar adaptada a las diferencias entre sexo- género que pone en vulnerabilidad a las mujeres.

A pesar de que existe un grupo de información sectorial a nivel nacional y que las instituciones reportan los datos de casos y de cobertura, los denominadores no tienen la misma fuente, lo que dificulta el análisis sectorial.

El IMSS demostró contar con un sistema de información, sin embargo, durante la recopilación de los datos en el estado no se obtuvieron. Se recomienda que a través del Grupo Estatal se comparta y analice la información sectorial, pues esto resulta primordial para la identificación de brechas en los procesos de prevención y atención.

El Censo Nominal de mujeres embarazadas que viven con VIH ha sido una herramienta fundamental para asegurar el seguimiento oportuno y la debida alineación de los sistemas de información, sin embargo, es necesario que el Programa de Salud Materna participe de manera activa en dicho censo para que exista una retroalimentación adecuada.

Existen herramientas de información como el Carnet Único de Identificación de la Atención de la Mujer Embarazada (Cuídame), el carnet perinatal, así como la Guía básica para la mujer embarazada, sin embargo, únicamente en el último documento existe el espacio para el registro de la detección de VIH, y solamente en una ocasión durante todo el embarazo. Se recomienda incluir, en todas las herramientas de control del embarazo, la detección del VIH, pues esto contribuye a que las mismas mujeres soliciten la prueba. En suma, estas herramientas están centradas en las y los hijos de las mujeres, a pesar de que todas las intervenciones son para la mujer, por ello se recomienda incluir la perspectiva de género durante todo el proceso de atención.

Se documentó que las mujeres embarazadas con VIH que acuden al IMSS y al ISSSTE son referidas a los hospitales centrales en la Ciudad de México, sin embargo, es necesario asegurar la capacitación al personal de ginecología y obstetricia de los hospitales del estado para la atención del evento obstétrico en casos que no puedan ser referidas; asimismo, contar con los mecanismos que aseguren tener disponible la profilaxis para el recién nacido y los medicamentos intraparto, son aspectos fundamentales en el continuo de la atención para prevenir la TV de VIH.

Resulta fundamental tomar en consideración que, si bien dentro de la SS existe un equipo encargado de atender el evento obstétrico de las mujeres embarazadas con VIH, pueden existir escenarios donde dicho personal no esté completo y resulte necesaria la integración

de personal no capacitado. Por ello se requiere sensibilizar y fortalecer la capacitación del resto de las y los trabajadores de salud que podrían brindar esta atención en los hospitales de referencia.

Las acciones para la prevención y atención de la TV del VIH dependen del nivel de atención en el que las usuarias se encuentran, por lo que el registro de la información se realiza en las herramientas de cada nivel, esto dificulta el acceso a los datos durante el continuo de la atención. Contar con una sola base de datos o un sistema que sea transversal a los diferentes niveles de atención facilita el seguimiento de las mujeres y evitar omisiones o retrasos en las intervenciones de prevención.

Para la atención del evento obstétrico en los hospitales de la Secretaría de Salud, el personal continúa solicitando material quirúrgico especial para realizar la operación cesárea. Es necesario recalcar que la atención de las mujeres embarazadas con VIH obedece a las medidas de protección universales que se tienen con cualquier tipo de paciente.

Las acciones enfocadas a definir los métodos anticonceptivos posterior al evento obstétrico, únicamente son realizadas por el equipo del Capasits, previo a la cesárea, por lo que es importante que en las salas de parto también se realice una consejería adecuada para definir el mejor método acorde a los deseos reproductivos de las mujeres.

Los procesos de referencia y contrareferencia no se encuentran sistematizados, es posible identificar la instrucción de envío al Capasits para seguimiento, pero no existe una ruta definida que asegure una referencia exitosa. Se recomienda plasmar los procesos de referencia en los documentos normativos internos del estado, esto contribuirá a asegurar el continuo de la atención.

El acercamiento de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con población clave en el estado (específicamente HSH), al contexto en el que las mujeres son vulnerables al VIH y ocurre la TV del virus, podría contribuir a fortalecer las acciones de prevención en las mujeres. Asimismo, la vinculación con las organizaciones de la sociedad civil que abordan otros temas relacionados con las mujeres, como por ejemplo violencia, fortalecería la prevención en otros contextos que finalmente están relacionados.

Mantener la capacitación del personal médico de todos los niveles de atención no solo en las cuestiones fisiopatológicas y clínicas de la infección por el VIH, sino también en derechos humanos, el marco legal y la normatividad vigente en la materia, es un elemento que favorece la prevención de la infección en todos los grupos poblacionales.

Se sugiere que se realicen protocolos para la formación o autogestión de grupos de apoyo dirigidos exclusivamente a las mujeres, pues esto puede dar respaldo a las usuarias en los diferentes procesos que viven en cada etapa de la infección, e incluso incidir en la adherencia al tratamiento.

Es necesario elaborar flujogramas o definir rutas de referencia que faciliten el acceso a las mujeres en el proceso de solicitud de apoyo por partes de programas sociales para contribuir el acceso de la atención en el continuo de la atención.

No existen protocolos claros para guiar a las mujeres en el proceso de solicitud de apoyo por parte de programas sociales, por lo que se recomienda elaborar flujogramas o definir rutas de referencia que faciliten el acceso a dichos programas, pues estos podrían contribuir a asegurar el continuo de la atención.

Próximos pasos

El Grupo Nacional acompañará al Grupo estatal en el establecimiento de un plan para la eliminación de la TV del VIH y la SC, con objetivos programáticos, indicadores de impacto, líneas de acción y un análisis de viabilidad programática y financiera que establezca la respuesta institucional a nivel estatal del tema en cuestión. Por otro lado, en dicho documento se debe establecer una matriz de responsabilidades, para que la estabilidad de la organización no se vea comprometida y así se pueda dar un seguimiento adecuado a las acciones propuestas.

Dentro del plan es necesario establecer el financiamiento a nivel estatal que sea adecuado para todo el continuo de la atención de la mujer embarazada viviendo con VIH, como pruebas de detección, atención del evento obstétrico, tratamiento antirretroviral y disponibilidad de sucedáneos de la leche materna entre otros.

Será necesario invitar a la COEPRIS en las futuras reuniones y en la elaboración del Plan, pues el sector de la población que se atienden en instituciones privadas no fue alcanzado por este ejercicio de validación interna.

Al término de un año posterior a la emisión de estas recomendaciones, se revisarán de manera puntual cada una de ellas, a fin de valorar el seguimiento de las mismas y buscar posibles áreas en las que el Grupo Nacional pueda colaborar para el fortalecimiento.

REFERENCIAS

¹ UNAIDS. AIDS by the Numbers [Internet]. Geneva, Switzerland; 2016. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/scientificamerican0615-17>

² ONUSIDA. Orientaciones Terminológicas De Onusida [Internet]. Ginebra, Suiza; 2011. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf

³ CENSIDA. Panorama de la respuesta nacional al VIH. Ciudad de México; 2015.

⁴ CENSIDA. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de casos de SIDA actualización al cuarto trimestre del 2017 [Internet]. Ciudad de México; 2018. Available from:

⁵ Teasdale CA, Marais BJ, Abrams EJ. HIV: prevention of mother-to-child transmission. BMJ Clin Evid [Internet]. 2011;2011(October 2009):1–33. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477392><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi>

?artid=PMC3217724

⁶ Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 Jul 6 [cited 2018 Apr 13];(7):CD003510. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735394>

⁷ Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM, et al. A national review of vertical HIV transmission. *AIDS*. 2012;26(6):757–63.

⁸ UNAIDS. The Gap Report [Internet]. Geneva, Switzerland; 2014. Available from: <http://www.unep.org/pdf/SEI.pdf>

⁹ World Health Organization. Global Update on the Health Sector Response to HIV, 2014. *World Heal Organ*. 2014;(July):1–156.

¹⁰ CENSIDA. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida. Ciudad de México; 2016.

¹¹ CENSIDA. Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales. Consultado el 8 de julio de 2018.

¹² OPS/OMS, Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Maternoinfantil del VIH y la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: estrategia de monitoreo regional, 2013. Consultado en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9993/9789275117279_eng.pdf?sequence=1&isAllo wed=y

¹³ CENSIDA. Guía de Manejo Antirretroviral de las personas con VIH, México, 2018. Consultado en: <https://www.gob.mx/censida/documentos/guia-de-manejo-antirretroviral-de-las-personas-con-vih?idiom=es>

¹⁴ CENSIDA. VIH, Sida, Sífilis Congénita Causales Críticas asociadas a la Transmisión vertical, Ciudad de México, 2016.

¹⁵ DGE/SSA. Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de la Sífilis Congénita [Internet]. Ciudad de México; 2012. Available from: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/27_2012_Manual_SIFILIS_vFinal_7nov12.pdf

¹⁶ OMS. Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis [Internet]. Ginebra, Suiza; 2015. Available from: <http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=gtp-01-sp>