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 Tlaxcala

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

Comité de Atención Integral del CONASIDA

Marzo 2018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1
ANTECEDENTES 2
OBJETIVOS y METODOLOGÍA 4
Objetivos específicos del reporte 4
Metodología 4
RESULTADOS 8
I. Políticas y sistemas de información sobre la transmisión vertical del VIH y la sífilis 8
II. Prestación de servicios para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita 12
III. Tratamiento de la infección por el VIH y de la sífilis en mujeres embarazadas 14
IV. Eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita 15
V. Evaluación de procesos: de la detección al seguimiento del recién nacido 16
Detección y atención del embarazo y la infección por el VIH 16
Evento Obstétrico y seguimiento de las y los hijos de madres con VIH 17
Sostenibilidad de los procesos de detección y atención del embarazo y la infección por el VIH en Tlaxcala 19
VI. Derechos humanos y participación social 20
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 21
Siguientes pasos 24
REFERENCIAS 24

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 Tlaxcala*: 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 TLAXCALA

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 Tlaxcala 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 Dra. Araceli Padilla Bañuelos 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 Materno infantil 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 éstas 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, Tlaxcala 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 identificado que Tlaxcala 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.

El objetivo general de este trabajo es identificar los componentes clave de la estrategia de prevención de la TV del VIH que ha desarrollado el estado de Tlaxcala, 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 éstas, 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 hombres y mujeres 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 afectados vivos con VIH son mujeres.(4)

La TV de VIH es definida como la transmisión del VIH de la mujer a su hijo durante el embarazo, trabajo de parto o el periodo 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 madre afectada por el VIH, así como la sustitución de la lactancia materna, las cuales tiene como objetivo primordial disminuir la Carga Viral (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 ésta vía, lo cual representó un decremento del 24% desde el 2009. 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 pocos 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 transmisión TV del VIH. (10) La cobertura sectorial de tratamiento ARV se estimó en 81.4%. Las nuevas infecciones en niñas/os han mostrado una tendencia a la baja, reportando un decremento del 31% del 2013 al 2014.(3)

En Tlaxcala, los servicios de salud cuentan con 3 jurisdicciones sanitarias: la Jurisdicción No. 1 Tlaxcala, la Jurisdicción No. 2 Huamantla y la Jurisdicción No. 3 Apizaco. En el estado existe un registro acumulado desde el primer caso hasta al cierre del primer trimestre del 2018 de 407 casos registrados en mujeres, de los cuáles 53 continúan registradas como seropositivas al VIH. El número de casos de sida notificados en mujeres en el estado ha disminuido un 89% desde el 2014 (19 casos registrados) al 2017 (2 casos registrados). (4)

OBJETIVOS y METODOLOGÍA

Objetivos específicos de 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 el papel de los derechos humanos dentro de la estrategia de prevención de la TV del VIH y la SC.
- 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.
- 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 múltiples actividades de campo, en las cuales se realizaron entrevistas, se revisaron los registros de información, revisión de expedientes y ejercicios de observación dentro de los Servicios de Salud Estatales.

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 en octubre 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).

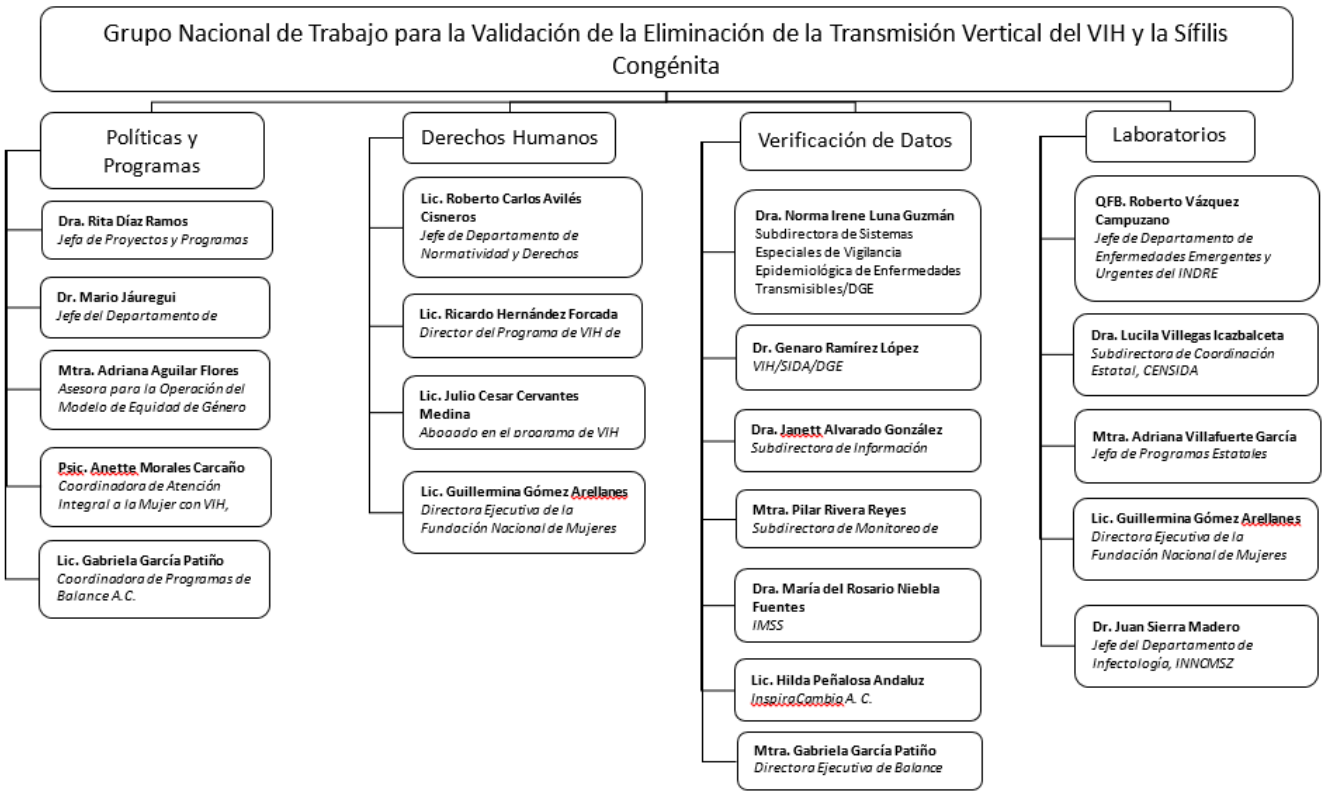
El proceso fue realizado a través de una convocatoria abierta dentro del Comité de Atención Integral, con el requisito de tener representatividad sectorial y disponibilidad de tiempo para las actividades en campo y reuniones de trabajo.

Se logró contar con la participación del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Instituto Nacional de

Referencia Epidemiológica, la Dirección General de Epidemiología, el 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 muestran 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 9 de Diciembre de 2016 en Tlaxcala y se logró contar con la 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 los integrantes del grupo.

- Dra. Araceli Padilla Bañuelos
  Responsable Estatal del Programa de Prevención y Control del VIH e ITS, SST

- Dr. Santos Sánchez Rivas
  Director del Capasits

- Dra. María Eugenia Armas Nava
  Coordinadora Estatal del Programa de Salud reproductiva y perinatal

- Dra. María Isabel Gutiérrez Méndez
  Coordinadora Estatal de Planificación Familiar y Salud Reproductiva

- Dr. Guillermo Sandoval Carbajal
  Epidemiólogo Jurisdicción Sanitaria Tlaxcala

- Dr. José Martín Rodríguez Cervantes.
  Epidemiólogo Jurisdicción Sanitaria Apizaco

- Dra. Ángeles Cervantes
  Coordinadora Estatal de Salud del Adolescente

- Coordinador Estatal de Salud de la Infancia

- Dra. María Rafaela López Hernández
  Jefa del Departamento de Promoción a la Salud del Sistema Estatal de Desarrollo Integral de la Familia

- Dra. Mayra López Lara
  Representante de la Comisión Estatal de Derechos Humanos

- Dr. José Ángel Rosales Angulo
  Jefe del Servicio de Pediatría del IMSS

- Dr. Arquímedes Díaz Parra
  Epidemiólogo del Hospital General de Zona #1 IMSS

- Dra. Lizbeth Cahuantzi Sánchez
  Auxiliar de Atención médica, y Representante del ISSSTE

3. Reuniones de trabajo y salidas a campo

La primera reunión del Grupo Nacional se llevó a cabo el día 29 de noviembre 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 se agendaron con base en la disponibilidad de tiempo, para ello se elaboró un cronograma, el cual se fue adaptando durante todo el proceso.

El día 9 de diciembre de 2016 se realizó la primera visita a Tlaxcala con el Grupo Estatal.

Cada visita fue acompañada por alguno de los miembros del Grupo Nacional, la Dra. Araceli Padilla Bañuelos, así como integrantes de la FNMSC A. C.

4. Sistematización y análisis de 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 los integrantes del Grupo Nacional realizaron la redacción del informe y la revisión del mismo.

6. Retroalimentación de los resultados

Se realizó una sesión especial con el Grupo Nacional para presentar los resultados obtenidos y hacer un análisis colegiado entre todos los miembros del Grupo para generar las recomendaciones finales.

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 diferentes instituciones de seguridad social.

RESULTADOS

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

Tlaxcala no ha desarrollado un plan estatal de eliminación de la TV del VIH y la SC, sin embargo desde el 2015 se han establecido mecanismos que facilitan el diálogo y el establecimiento de 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: éstos acuerdos van encaminados a la eliminación de la transmisión perinatal del VIH. El mecanismo establecido es por medio de una mesa de diálogo coordinada por el Programa Estatal de VIH, sida e ITS.

La política de tratamiento antirretroviral (TAR) en Tlaxcala, está alineada a las recomendaciones nacionales establecidas en la Guía de Tratamiento Antirretroviral de las personas con VIH. El TAR está indicado a 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 se encuentran alineados a las recomendaciones nacionales e internacionales. De acuerdo la Organización Panamericana de la Salud, el esquema recomendado para las mujeres embarazadas es a base de tenofovir, lamivudina, emtricitabina, y efavirenz [TDF/3TC (FTC)/EFC].[1] Los esquemas empleados para las mujeres embarazadas con VIH en Tlaxcala se describen en el cuadro 1.

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

Eje del esquema	Tercer componente
ZDV/3TC o ABC/3TC o TDF/FTC	LPV/r o RAL o 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, por lo que emplean los mismos componentes para los esquemas

antirretrovirales, incluyendo zidovudina. En el caso del IMSS, se observó el uso de enfuvirtide en algunos esquemas de tratamiento debido al desabasto de medicamentos, cuando se presentan mujeres sin antecedentes de uso de antirretrovirales. A pesar de ello, dichos esquemas de tratamiento no se encuentran establecidos en sus guías de manejo.

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

El diagnóstico de las/os hijas/os de madres con VIH en las instituciones del sector salud de Tlaxcala, 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 éste, la segunda carga viral 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 durante los primeros 18 meses de vida a través de la realización de EIA, sin embargo, puede haber retraso en ésta dependiendo de diversos factores; por ejemplo: retraso de la cita de la paciente o la inasistencia y 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). (11)

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 infección (13). En los servicios de salud de Tlaxcala, específicamente dentro de la Secretaría de Salud, a partir del 2013 se ha implementado el 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 las Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención en las que

se cuenta con equipo de laboratorio. De acuerdo a la información recabada para la realización del presente análisis, durante el 2017, dichas instituciones contarían con los recursos necesarios para la compra de pruebas rápidas, contribuyendo a acortar los tiempos de diagnóstico y a proveer tratamiento oportuno. Cabe mencionar que en años previos no se registró la adquisición de pruebas rápidas de sífilis.

- 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 se encuentran en la definición de caso (11):

"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 caso (12):

"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 microbiológicos de infección por sífilis"

En consecuencia, este indicador no pudo ser evaluado.

- Sistemas de información para el seguimiento de la sífilis congénita

De acuerdo a los lineamientos nacionales, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica estatal y nacional es el encargado de la notificación y del seguimiento; en coordinación con la red nacional de laboratorios de salud pública quienes se encargan del proceso de diagnóstico y confirmación. A pesar de ello, no existe un sistema específico para el continuo de la atención de cada caso en conjunto con el de la madre en las unidades de salud. Los registros se encuentran en los expedientes clínicos y las hojas diarias de consulta.

El IMSS menciona contar con un sistema de registro nominal, sin embargo, dicha información no pudo ser corroborada debido a que no se otorgó acceso al mismo.

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

Para el proceso de notificación, el Programa de VIH lleva el liderazgo, incluso a nivel sectorial, pues éste recibe los formatos de notificación del resto de las instituciones y a su vez, reporta al área de epidemiología.

- 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 nacidos), 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.

En cuanto al resto de las instituciones, el IMSS menciona contar con un registro nominal para el seguimiento de casos, sin embargo esto nuevamente no pudo ser corroborado. El ISSSTE por otro lado no cuenta con dicho sistema. Ambas instituciones notifican los casos dentro del Sistema de Vigilancia Epidemiológica con el apoyo del Programa de VIH.

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.

II. 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.

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

De acuerdo al Subsistema de Información sobre Nacimientos de la Dirección General de Información en Salud, se estima que, en Tlaxcala, cada año ocurren entre 20 mil y 30 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 94%. En 2014 y 2013, esta cifra fue de 93%, observando un pequeño aumento en 2015.

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

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]	24, 786	25, 301	25, 967	26, 772
SEC	Embarazadas que asisten a más de 4 consultas de atención prenatal por personal calificado[3]	23, 303	23, 569	24, 197	24, 989
SEC	% de mujeres embarazadas que acuden a más de 4 consultas de atención prenatal por personal calificado[3]	94%	93%	93%	93%
SEC	Eventos obstétricos atendidos por personal de salud[3]	24, 655	25, 123	25, 793	26, 525

SEC	% de eventos obstétricos atendidos por personal de salud[3]	99%	99%	99%	99%

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 información preliminar.
* 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

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

De acuerdo a la información disponible para Tlaxcala, se estima que la cobertura de detección de VIH en mujeres embarazadas en todo el sector fue de 100% en el 2015 y 2014. No hay información disponible para 2013 y 2012.

El indicador de cobertura de detección de VIH en embarazadas se obtuvo por el Comité de Monitoreo y Evaluación, a través del Grupo de Información Sectorial en VIH, Sida e ITS. En el cálculo se incluyeron datos de la SS, el IMSS y la Secretaría de la Defensa Nacional, los años obtenidos fueron 2013, 2014 y 2015. En el último año se observó una cobertura del 106%, posiblemente asociada a la realización de más de una prueba por mujer embarazada.

La cobertura de detección de sífilis en mujeres embarazadas se estima para todo el sector, en 2015, superior al 100%, es decir, se realizaron más pruebas de detección de sífilis en embarazadas, que el número de embarazos estimados, lo que sugiere, se realizó más de una prueba durante el embarazo en algunas mujeres. La cobertura estimada en 2014, 2013 y 2012 fue de 87%, 88% y 88% respectivamente.

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

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

Institución		Año de evaluación			
	Indicador	2015	2014	2013	2012
SEC	Pruebas de detección de VIH en embarazadas[1]	25, 091	21, 436	19, 341	22, 127
SEC	Pruebas de detección de VIH en embarazadas que fueron reactivas[1]	90	248	39	10
SEC	Cobertura de detección de VIH en embarazadas[2]	106%	95%	93%	SD

SEC	Pruebas de detección de sífilis en embarazadas	29, 243	21, 905	22, 726	23, 627
SEC	% de detección de sífilis en embarazadas	>100%	87%	88%	88%
	Cobertura de detección de sífilis en embarazadas	NE	NE	NE	NE

1. Dirección General de Información en Salud, Subsistemas de Prestación de Servicios SIS 2012, 2013, 2014, 2015.
2. 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.

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

Es importante destacar que si bien se cuenta con la información para realizar los cálculos gracias a la existencia de un Grupo de Información Sectorial y a que las instituciones reportan datos de números alcanzados, el cálculo tiene sus limitaciones ya que el numerador que cada institución utiliza es diferente.

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

El número de mujeres embarazadas con VIH que son tratadas en Tlaxcala anualmente ha sido apenas superior a 10. En 2014, se registraron 11 mujeres embarazadas con VIH que recibieron tratamiento antirretroviral, mientras que en 2015 esta cifra fue de 10. Es importante destacar 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 política de atención dentro del IMSS y el ISSSTE para Tlaxcala, es realizar referencia de las mujeres embarazadas con VIH, una vez detectadas, a los hospitales centrales en la Ciudad de México. Dentro de los motivos para hacer dicha referencia se encuentran la cercanía a la ciudad, la falta de especialistas en infectología en las unidades locales, así como poder asegurar un trato adecuado durante el evento obstétrico, pues las áreas de ginecología y obstetricia de los hospitales resolutivos en Tlaxcala no se encuentran capacitadas y no cuentan con los equipos necesarios para su atención.

La cobertura de tratamiento de VIH en mujeres embarazadas, de acuerdo con el Grupo de Información Sectorial, en 2014 y 2016 fue de 100% y 91% en 2015.

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

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

Institución	Indicador	Año de evaluación			
		2016	2015	2014	2013
SS	Mujeres embarazadas con VIH estimadas[1]	7	11	7	SD

SS	Mujeres embarazadas con VIH que recibieron TAR*[2]	11	10	11	SD
SEC	Cobertura de tratamiento de VIH en embarazadas[3]	100%	91%	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, 2014, 2015, 2016.

*Datos disponibles únicamente para la Secretaría de Salud

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

El último caso de TV por VIH registrado en Tlaxcala corresponde al año 2012, con una tasa de incidencia de 0.04 por cada 1000 nacidos vivos.

Respecto a la SC, en 2014 se registraron 3 casos. En el resto de los años analizados, no se registraron casos de SC. La tasa de incidencia en 2014 fue de 0.12 por cada 1000 nacidos vivos.

Se estima que, gracias a las intervenciones enfocadas a prevenir la TV del VIH en Tlaxcala, se han evitado 3 casos en el 2014 y 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 11 en 2014 y 10 en 2015, es decir, el 100% de los recién nacidos hijos e hijas 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 TV*	3	3	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*	10	11	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	0	0	0	1
SEC	Incidencia del VIH perinatal (por 1000 nacidos vivos)*	-	-	-	0.04
SEC	Casos de sífilis congénita registrados en el año	0	3	0	0
SEC	Incidencia de sífilis congénita (por 1000 nacidos vivos)	-	0.12	-	0

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 ante ninguna intervención.

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. En algunos años la información no estuvo disponible.

V. 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:

a) Detección y atención del embarazo y la infección por el VIH.
b) 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 duales. Éstas son compradas con recursos del Programa de Salud Materna y 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 éstas se encuentran disponibles en las unidades del primer nivel de atención.

Un resultado reactivo de la prueba es indicación para realizar otra prueba rápida de diferente plataforma. Independientemente del resultado de la segunda prueba, la mujer es referida al Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (Capasits) para la confirmación del diagnóstico y apertura del expediente. Las pruebas confirmatorias se realizan en el Laboratorio Estatal.

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, 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 mediante Western Blot. Este mismo proceso es realizado por el ISSSTE, cabe destacar que el tiempo de entrega de resultados del Western Blot llega a ser de 2 a 4 días.

- Atención del VIH

Dentro de la SS, la atención de la infección por VIH se lleva a cabo en el Servicio de Atención Integral Hospitalaria (SAIH) de Tlaxcala. El Programa Estatal se asegura de tener abasto suficiente de antirretrovirales para la madre. Los estudios iniciales incluyen la CV y el CD4, antes de terminar el embarazo se solicita nuevamente otra CV para asegurar que las mujeres alcanzaron la supresión 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. Es importante mencionar que, en el proceso de evaluación de estos componentes, no se contaba con médico epidemiólogo que brindara el servicio, por lo que, las mujeres son referidas a la Ciudad de México para su atención.

- Atención del embarazo

Dentro de la SS, la atención del embarazo normoevolutivo se realiza en el SAIH evitando así traslados innecesarios por parte de las usuarias. En preparación para el evento obstétrico, el Programa de VIH del estado asegura que el hospital cuente con un "kit" para la atención del parto, el cual contiene los antirretrovirales para la profilaxis del recién nacido.

En el IMSS, de acuerdo a lo establecido internamente, la atención del embarazo debe realizarse en el Hospital General de Zona por el servicio de Ginecología y Obstetricia. En este mismo hospital se debe atender el evento obstétrico, aunque específicamente para el caso de Tlaxcala, las mujeres son referidas a los Hospitales de Tercer Nivel de Atención en la CDMX por las razones previamente mencionadas.

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, particularmente 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.

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 diferentes unidades de atención.

- Detección del VIH y sífilis durante el trabajo de parto

El Hospital de la Mujer de Tlaxcala, perteneciente a la Secretaria de Salud, cuenta con pruebas rápidas de VIH. Se tiene la instrucción de preguntar de manera rutinaria antecedentes de tamizaje durante el embarazo. En caso de que la usuaria desconozca o refiera no haberse realizado la prueba de VIH, ésta se le realiza en ese momento. El hospital cuenta con 2 "kits" de antirretrovirales, para la madre y el recién nacido, en caso de que una prueba sea reactiva durante el trabajo de parto. El Programa Estatal de VIH es el encargado de mantener el abasto constante de los antirretrovirales en el hospital.

IMSS e ISSSTE no realizan pruebas de VIH rápidas de forma rutinaria en las salas de labor de parto, en caso necesario solicitan prueba de ELISA. 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, es a nivel central, lo cual retrasa la administración de los medicamentos.

- Seguimiento de los recién nacidos expuestos

El seguimiento de las/os hijas/os de madres con VIH dentro de la Secretaría de Salud se realiza en el SAIH. Las pruebas de monitoreo incluyen una CV al nacimiento, a las 6 y 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 de su interfaz, GESTAR.

En el caso del IMSS e ISSSTE, el seguimiento es por el servicio de pediatría en los hospitales de referencia. El IMSS realiza una prueba de CV al mes de nacimiento y posteriormente a los 2, 4, 6 y 12 meses. Se programan al menos tres visitas por año a pediatría y se realiza prueba de ELISA a los 18 meses. En el ISSSTE, aunque el seguimiento lo realiza el área de pediatría del hospital de referencia, el área de epidemiología del estado realiza también el seguimiento y solicita CV y CD4.

- 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. La

provisión de sucedáneos es de acuerdo a las necesidades, sin restricción de tiempo y número de latas.

Los sucedáneos de la leche materna, dentro de la SS, son comprados con recursos estatales a través del Programa de VIH, el cual contempla de 8 a 12 latas por mes durante los dos primeros años de vida de las/os hijas/os de madres que viven con VIH. Esto asegura la alimentación de los menores por un periodo prolongado y se acompaña de consejería sistemática sobre la importancia de sustituir la lactancia materna.

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

En este tema para cada uno de los apartados, se abordan el financiamiento, la red de suministro y registro de información

- Disponibilidad de pruebas de detección y confirmación

El financiamiento de los insumos para 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 Tlaxcala, 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). A pesar de que el Censida (Ramo 12) proporciona pruebas al programa de VIH, su uso no está autorizado para mujeres embarazadas, sino para población clave. La distribución es realizada por el Programa de VIH. Es importante resaltar que si el Programa de Salud Materna presenta problemas con la compra de las pruebas, es el Programa de VIH quién llega a prestar los insumos; de esta forma se evita que las mujeres se queden sin ser tamizadas.

El registro de la información, por parte de la SS, la realiza el Programa de VIH y el Programa de Salud Materna, el cual recientemente adoptó la creación de un censo específico para mujeres embarazadas con resultado reactivo a la prueba de VIH. Por su parte, una vez referidas al programa de VIH, son registradas en el SALVAR- GESTAR y finalmente se realiza la notificación epidemiológica.

El IMSS cuenta con un registro, pero no pudo ser verificado en la entidad. 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, 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 fue posible corroborarlo.

- 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 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.

VI. Derechos humanos y participación social

En Tlaxcala se cuenta con la Comisión Estatal de Derechos Humanos, sin embargo, no existe un programa específico para VIH ni se mantiene una comunicación estrecha entre la Comisión y el Programa de VIH del estado.

En el análisis realizado sobre las quejas respecto a la atención del VIH, éstas giraron alrededor de la falta de abasto de medicamentos antirretrovirales o situaciones relacionadas a la calidad de la atención. Este tipo de quejas se resuelven puntualmente y al momento, independientemente de la institución.

Tlaxcala 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.

Existen organizaciones de la sociedad civil las cuáles realizan actividades de prevención del VIH en el estado, sin embargo, solo están enfocadas a las poblaciones clave y no tratan temas en materia de prevención de la TV de VIH. Las organizaciones que trabajan este tema sobre la TV de VIH en el estado generalmente son externas y de nivel nacional.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en la información disponible, es posible concluir que Tlaxcala cumple con los objetivos programáticos de eliminación propuestos por la Organización Panamericana de la Salud, sin embargo, se debe considerar la falta de información del resto de las instituciones del sector salud durante el periodo de tiempo analizado.

Si bien la cobertura de detección de sífilis podría estimarse con información recabada por el Grupo de Información Sectorial presente en el estado, a cargo de la DGIS, los indicadores de detección y tratamiento de sífilis en mujeres embarazadas no estuvieron disponibles. Es imperativo establecer dichos indicadores y definir de manera conjunta cuáles serán las fuentes de información para ambos.

No fue posible realizar el ejercicio de análisis de mortinatos, ya que dentro de las definiciones de caso, caso probable y mortinato no se encuentran establecidas dentro de la normatividad nacional, por ello se recomienda establecer una propuesta en conjunto con la Dirección General de Epidemiología para revisar la factibilidad tanto normativa como operativa de incluir a los mortinatos en el análisis de sífilis congénita a nivel nacional.

No se cuenta con un plan estatal de Eliminación y a pesar de que se han establecido mecanismos de coordinación de las acciones para la prevención de la TV del VIH a través de mesas de dialogo, no hay documentos (manuales de operación o guías) que contengan dichas acciones. La coordinación está a cargo de la líder del Programa de VIH, lo cual, ante un panorama de cambios políticos que genere rotación del equipo de trabajo dentro de los Servicios de Salud, puede poner en riesgo la estabilidad de la coordinación y el seguimiento de dichas acciones. Se recomienda al Grupo Estatal de Validación de Tlaxcala y a la Coordinación Estatal de VIH sistematizar las acciones de coordinación de manera clara, distinguiendo actores, responsables y temporalidad de cada actividad, a fin de asegurar que independientemente de quien se encuentre a cargo, se siga manteniendo dicha coordinación.

Es necesario establecer la identificación de un órgano rector en el estado que permita dirigir las acciones prioritarias de colaboración interprogramática y sectorial. La heterogeneidad en los procesos de detección dentro del sector, tanto del VIH como de la sífilis, puede ser una barrera importante y retrasar los tiempos para la atención oportuna, específicamente en las instituciones de seguridad social.

El uso de las pruebas rápidas tanto para VIH como para sífilis es diferente dentro de cada institución, es necesario homogeneizar procesos y 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) en todas las instituciones, para acortar 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 y el Programa de VIH por el ramo 33 y el anexo

IV, sin embargo, cuando existen problemas para la compra, el Programa de VIH, que gestiona pruebas para población clave, apoya para evitar el desabasto y asegurar que las mujeres sean tamizadas. 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, contribuyendo de manera directa al mantenimiento de la cobertura de detección en la entidad, la cual debe de realizarse de manera sistemática en los hospitales presentes en la entidad.

En el caso del IMSS, la dirección de atención primaria tiene la responsabilidad de la compra de las pruebas, tanto a embarazadas como a grupos de riesgo. La narrativa de las experiencias entre las mujeres y los hombres respecto a la prueba de detección del VIH es muy diferente, 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 fue posible obtener información. Se recomienda que a través de la mesa de diálogo se comparta y analice la información sectorial, pues esto contribuye a la identificación de brechas en los procesos de prevención y atención.

Dentro de la Secretaría de Salud, se recomienda fortalecer el uso del Censo Nominal de mujeres embarazadas reactivas a la prueba de VIH, así como de sífilis para asegurar el seguimiento puntual de cada una de ellas en coordinación con el Programa de Salud Materna.

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.

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 trasversal a los diferentes niveles de atención facilita el seguimiento de las mujeres.

Se ha reconocido que para la atención del evento obstétrico en los hospitales de la Secretaría de Salud, el personal continúa solicitando material quirúrgico especial para realizar la 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.

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 son violencia, fortalecería la prevención en otros contextos que finalmente están relacionados.

Se recomienda considerar en el presupuesto estatal, apoyo para las ONGs presentes en el estado, las cuáles son un aliado importante para el fortalecimiento de los programas que se realicen a nivel estatal por parte de la Secretaría de Salud. La capacitación sobre VIH en las y los promotores de salud comunitarios debe fortalecerse, sobre todo en el tema de detección, violencia, adicciones y salud mental.

Mantener la capacitación del personal de salud 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, violencia de género, marco legal y normatividad vigente en la materia, es un elemento que favorece la prevención de la infección en todos los grupos poblacionales.

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. De igual forma 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 incidir en la adherencia al tratamiento.

Es relevante hacer del conocimiento del laboratorio estatal el análisis de los datos obtenidos en las actividades de tamizaje y el proceso de atención que siguen las mujeres embarazadas y sus hijos.

Mantener asegurados los recursos, adquisición y disponibilidad de los sucedáneos de la leche materna durante los dos primeros años de vida es parte primordial para el sostenimiento de la estrategia de eliminación de la transmisión vertical del VIH.

A nivel estatal debe de ponerse en la agenda como tema prioritario acciones que busquen prevenir la transmisión vertical del de VIH y la sífilis congénita.

Próximos pasos

Establecer un plan estatal 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 deben establecerse una matriz de responsabilidades para que la estabilidad de la organización no se vea comprometida y así poder dar seguimiento adecuado a las acciones propuestas.

Establecer el financiamiento 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/doifinder/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: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/301432/RN_4to_trim_2017.pdf
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%0Ahttp://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. 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
12. 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
13. CENSIDA. VIH, Sida, Sífilis Congénita Causales Críticas asociadas a la Transmisión vertical, Ciudad de México, 2016.