

**“Evaluación del acceso y calidad de la aplicación del
Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH
en las mujeres embarazadas en Chile”**

*Estudio realizado en la
Región Metropolitana y en la Región de Valparaíso*

RESUMEN EJECUTIVO

Santiago de Chile, 30 de Mayo 2008

Autor: Dra. Ximena Luengo Ch., Psic. Josefina Herreros A., Soc. Andrea Valenzuela C.,
Mat. Teresa Millán K. y Bioest. Ana Zepeda O.

Institución: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva -ICMER

Contrapartes: Ministerio de Salud – CONASIDA
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF

Antecedentes:

La Norma de Prevención de la Transmisión Vertical (TV) del VIH del Ministerio de Salud de Chile data del año 2005. Esta norma fue elaborada por un equipo de profesionales expertos y sustentada en las mejores evidencias científicas disponibles en ese momento. Como expresa la norma en su presentación, “la detección precoz de la infección por VIH es la intervención de mayor efectividad en el logro de reducir la transmisión vertical por ello esta norma es una importante herramienta de salud pública que permite avanzar hacia el cumplimiento de uno de los objetivos sanitarios de la década relacionado con la reducción de la transmisión vertical”. En este contexto, la Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud, CONASIDA, y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, solicitaron llevar a cabo un estudio para evaluar la aplicación de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, destinada a las mujeres embarazadas en Chile. Específicamente enfocado a evaluar el acceso y calidad de la aplicación del Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH en las mujeres embarazadas a fin de aportar información relevante que permitiera determinar la efectiva aplicación del protocolo durante el año 2006, primer año de aplicación de la norma. La finalidad del estudio fue contribuir con insumos para mejorar o corregir posibles deficiencias en su aplicación y con ello, aportar a futuros planes destinados a la disminución de la transmisión vertical del VIH, a cifras inferiores al 1%. Meta posible gracias a la alta cobertura del control prenatal, el ingreso precoz al sistema primario de atención y, a la nueva ley de salud sobre Garantías Explícitas en Salud (GES 19.966), que incorpora la oferta del examen para detección del VIH en las embarazadas y el tratamiento gratuito con la terapia antiretroviral (TAR) respectiva, incluyendo la prevención de la transmisión vertical. La investigación se definió con foco en tres componentes principales y comprendió las Regiones Metropolitana (RM) y de Valparaíso (RV), donde se presentan las mayores tasas de transmisión vertical del VIH del país. Los componentes a estudiar fueron: -El diagnóstico de la infección por VIH en la embarazada -La Aplicación del Protocolo de Prevención -La Percepción de la Norma desde la perspectiva de los Tomadores de Decisiones de nivel ministerial y de servicios de salud, Prestadores, Tratantes y Sociedad Civil.

Propósito/Objetivo:

El propósito del estudio estuvo centrado en: evaluar el acceso, cobertura y calidad de la aplicación del protocolo que explicita la norma; la percepción de las mujeres usuarias del sistema público de salud, de la calidad de la atención recibida y; la opinión de Tomadores de Decisiones, Prestadores y Tratantes de Salud y, Organizaciones de la Sociedad Civil, respecto de la implementación de la normativa mencionada.

El Objetivo Central fue evaluar el acceso y calidad de la aplicación del Protocolo de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH.

Metodología:

El tipo de estudio solicitado por CONASIDA – UNICEF fue de carácter descriptivo e interpretativo aplicando técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación.

- La recolección de la información para el abordaje cuantitativo consistió en la revisión de datos de fuentes secundarias, como los publicados por el Departamento de Estadísticas e Información de Salud, del Ministerio de Salud de Chile (DEIS); y una revisión en terreno de fuentes primarias como la revisión directa de fichas clínicas en los centros de tratamiento de VIH. Se contó también con los datos entregados por CONASIDA y el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), los que permitieron delimitar el universo de fichas clínicas susceptibles de ser revisadas. El análisis de datos de fuentes secundarias fue de alcance nacional. La revisión de fichas clínicas sólo cubrió las Regiones Metropolitana (RM) y la de Valparaíso (RV), previamente definidas como área geográfica en estudio. Se diseñó una base de datos cuya información fue ingresada directamente en las visitas en terreno. El universo en estudio considerado, fue cotejado con los antecedentes pertenecientes a CONASIDA. Las variables incorporadas fueron aquellas relacionadas con el acceso y cumplimiento del protocolo tanto para la madre como para el RN, así como también algunas relacionadas con el seguimiento del RN. El análisis de todas las fuentes de datos permitieron hacer estimaciones aproximadas de incidencia y de prevalencia de VIH en embarazadas para el año 2006.
- Las técnicas cualitativas aplicadas fueron: Focus Groups (4) para abordar las percepciones de mujeres usuarias de los servicios públicos que cursaron embarazo el año 2006 y matronas de Atención Primaria de la RM y RV; y Entrevistas Semi-Estructuradas para explorar las opiniones de Decisores de nivel central e intermedio, Prestadores, Tratantes y Representantes de la Sociedad Civil (18 entrevistas, 16 en la RM y 2 en la RV). En ambos casos se utilizaron pautas que abordaron los temas de interés.

Resultados y Conclusiones:

- Se reconoce unánimemente que la Norma de Prevención de Trasmisión Vertical del VIH constituye una respuesta efectiva y exitosa para abordar una necesidad relevante a nivel nacional y acercarse a las metas propuestas de disminuir la TV a menos de un 1%. La condición de embarazo se presenta como un momento ideal para la oferta del examen de detección del VIH, ya que las mujeres se encuentran especialmente receptivas a cualquier indicación que vaya en beneficio de la salud del hijo/a por nacer.

- Los aspectos débiles de la Norma, de acuerdo a la mayoría de los profesionales, apuntan a:

- La contradicción entre las metas nacionales propuestas y la voluntariedad de la toma del examen con consentimiento informado, asociado a la desprotección en que queda el niño por nacer si la madre se niega al examen.

- El establecimiento de una sola pesquisa de VIH durante el embarazo, considerada insuficiente.
- La confusión existente sobre quién debe asumir la responsabilidad legal de firmar el Consentimiento Informado en el caso particular de las menores de edad.
 - En relación a la aplicación del protocolo, se concluye que ha permitido obtener importantes logros en el acceso y cobertura de la pesquisa y diagnóstico del VIH, aspectos reconocidos cualitativamente por la generalidad de los participantes.
 - De acuerdo a los resultados obtenidos, la cobertura estimada de acceso al examen de detección del VIH de las embarazadas usuarias del sistema público de salud del país, alcanzó el 55% para el año 2006, considerando que existen sesgos en la información disponible.
 - Es necesario recordar que media la aceptación voluntaria de la mujer, tanto para iniciar el control pre-natal como para la realización del examen, factores que interfieren en lograr alcanzar la meta de cobertura del 100% de la pesquisa del VIH.
 - En el año 2006, el primer año de implementación de la norma, la incidencia estimada de embarazadas VIH(+) en Chile fue de 0.03%. Esta cifra es muy positiva a pesar de tener en claro que el dato no es exacto y que está ligeramente sub-estimado. Cabe destacar, el caso de cinco mujeres adolescentes embarazadas que resultaron positivas.
 - Si bien la implementación y aplicación de la norma no ha estado exenta de dificultades, existe satisfacción en todos los profesionales entrevistados de los diferentes niveles de salud, con respecto a los logros obtenidos hasta ahora con la aplicación del Protocolo. Se concluye que los profesionales involucrados han puesto esfuerzo y compromiso por avanzar positivamente. Sólo en Atención Primaria se detecta cierta insatisfacción, por considerarse que la capacitación en consejería en VIH/SIDA entregada, ha sido muy insuficiente y que con mayores recursos, podrían lograrse aun mejores resultados. Cabe señalar que, esta percepción es transversal en todos los niveles estudiados.
 - Las principales deficiencias en la aplicación de la Norma radican justamente en Atención Primaria, donde se trabaja presionado/a por una alta demanda de rendimiento y escasez de recurso humano, lo que influye en la cantidad de tiempo dedicado y la calidad de la atención entregada, con independencia de la voluntad de los prestadores. Se presentan aun algunas deficiencias en la coordinación, comunicación y rapidez de respuesta en la entrega de resultados desde los laboratorios de algunos Servicios de Salud hacia consultorios más populosos o rurales.
 - Se detecta que los equipos de salud que trabajan en cada Consultorio y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), han ido generando sus propios procedimientos de aplicación del protocolo y sistemas de registros, buscando solucionar las dificultades y lograr mayores éxitos. Comparativamente, los equipos de salud de los Centros de Atención de VIH son los más comprometidos y eficientes en cuanto a organización y calidad de atención.
 - Los esquemas farmacológicos de TAR recibidos por las mujeres durante el embarazo, la mayoría con triterapia, se ajustaron a lo indicado en el protocolo. Así también, más del 80% de ellas fueron controladas con examen para medir su efectividad como es la determinación de Carga Viral.
 - En relación al parto, cesárea electiva y supresión de la lactancia, no se detectan problemas mayores en su cumplimiento. Las principales deficiencias radican en los test rápidos, donde se hace más vulnerable el sistema; en la falta de recursos para entregar los medicamentos para suprimir la producción de leche materna y; en algunos casos, cierta descoordinación con la información entregada a maternidad y neonatología por exceso de precaución de los profesionales de CDT en el manejo de la confidencialidad.

- La cesárea programada indicada por la norma, se aplicó prácticamente al 90% de las mujeres, considerando solamente los casos en los que sí se cuentan con antecedentes del parto.
- Según se desprende del análisis cuantitativo, sobre los pasos del protocolo aplicados a la madre y su hijo, es posible señalar que en general existe un alto porcentaje (>90%) de cumplimiento del PPTV del VIH. La brecha que se aprecia entre lo logrado y lo esperado, no representa en estricto rigor una falta de cumplimiento del protocolo, sino la ausencia de registros estandarizados que permitan certificar las actividades realizadas.
- La percepción de calidad de la atención recibida por las embarazadas entrevistadas, difiere según las regiones en estudio, observándose una buena evaluación en la RM, en tanto en la RV, se detectan deficiencias importantes en la entrega de consejería y oferta del test de ELISA. Así mismo, entre los consultorios y Servicios de Salud de ambas regiones, la calidad de atención durante la consejería, especialmente en la dedicación y en la profundidad de los contenidos entregados, se percibe heterogénea.
- Predomina en las mujeres entrevistadas, incluyendo las que viven con VIH, la satisfacción con la calidad de atención pre-natal recibida, cualquiera sea el nivel de atención y, especialmente, el apoyo brindado por los distintos profesionales en cada etapa del protocolo, a las mujeres viviendo con VIH.
- Las entrevistadas valoran muy positivamente la oferta universal del test de ELISA y la mayoría de ellas opina que el examen de detección del VIH debiera ser obligatorio, incluido como un examen más entre todos los solicitados a las embarazadas, en beneficio y protección de la vida por nacer.

Recomendaciones:

En relación al diagnóstico del VIH en las embarazadas se recomienda:

- Considerar a nivel ministerial la posibilidad de reflexionar en conjunto con los profesionales involucrados en las actividades del protocolo, la conveniencia o inconveniencia de realizar dos pesquisas de VIH en los casos de embarazos controlados precozmente, ya que en opinión de ellos la cobertura entregada por un solo test no es suficiente dada la duración del embarazo.
- Se recomienda establecer la oferta del test de ELISA en el primer control, junto al ingreso de la embarazada, con el fin de incluir el examen VIH en la batería de exámenes. Eliminar así un lapso de tiempo, durante el cual puede surgir temor o arrepentimiento en la futura madre, evitarle una visita especial al consultorio y someterla dos veces a una extracción de sangre. Procedimiento que da mejores resultados, de acuerdo a la opinión de matronas de varios consultorios.
- Disminuir, en lo posible, los trámites y el tiempo transcurrido entre la entrega de la orden de examen, solicitud de hora para la toma de muestra y la toma de muestra misma, sistema muy bien implementado en un consultorio del SSMS.
- Reforzar la entrega de capacitación en VIH/SIDA a los profesionales de los equipos de Atención Primaria para mejorar la calidad de la consejería y disminuir sus dudas y temores.
- Revisar las posibilidades para lograr una mejor distribución de la carga de trabajo en los consultorios, de modo que se disponga de mayor tiempo por paciente para poder realizar una mejor consejería, no sólo orientada a la oferta del examen y la comunicación de los beneficios para el niño/a por nacer, sino también, acerca de las mayores esperanzas de vida para las futuras madres viviendo con VIH.
- Dado que la disposición a tomarse el examen, es espontáneamente alta en las mujeres embarazadas, se recomendaría aprovechar la instancia para la consejería hacia la

prevención de conductas de riesgo, de modo de contribuir a la educación y prevención no sólo de la TV sino también de la transmisión general del virus, generando agentes de cambio en la comunidad y poniendo especial énfasis en las y los adolescentes.

- Establecer un sistema de registro y control eficiente entre los exámenes solicitados y las tomas de muestra realizadas, que permitan llevar un monitoreo permanente, y mejorar la comunicación entre consultorio y laboratorio, evitando que se produzcan desfases en la entrega de resultados, reclamos de exámenes al laboratorio cuando no se ha tomado nunca la muestra, o por el contrario, repetición de exámenes por resultados o muestras extraviadas.

- Aumentar el material de apoyo informativo diseñado especialmente para la embarazada, cuidando la utilización de un lenguaje simple, no técnico, que incluya relatos o situaciones que permitan a la embarazada sentirse identificada en su realidad cotidiana.

- Definir con claridad el procedimiento de solicitud del Consentimiento Informado a las menores, para evitar la incertidumbre legal que genera este tema en los profesionales de salud.

En relación a la aplicación del Protocolo de Prevención se recomienda:

- Diseñar una ficha clínica o instrumento de registro estandarizado de uso común, que defina la información necesaria de pesquisar tanto para los centros de tratamiento de adultos como pediátricos, lo que facilitaría una evaluación precisa y el monitoreo permanente de la aplicación del PPTV del VIH.

- Revisar el objetivo del control en unidades de ARO de las embarazadas VIH(+) que no presentan patologías asociadas, ya que los especialistas de ese nivel las consideran “sanas” desde el punto de vista del embarazo y por lo tanto, no ven el sentido del cuidado obstétrico de riesgo. A la mujer le complica la atención en múltiples centros de atención, la coordinación y manejo de la ficha se hace más compleja y, por otra parte, se sobrecarga el trabajo de una unidad cuyo objetivo es atender mujeres en alto riesgo obstétrico.

- Mejorar los sistemas de registros y sistemas de comunicación entre CDT y maternidad-neonatología de modo que sin transgredir la confidencialidad del diagnóstico, se evite incurrir en el desconocimiento de la llegada de una madre VIH (+) a maternidad, hecho que sucede con baja frecuencia pero existe.

- Establecer sistemas más efectivos de seguimiento del tratamiento con TAR, principalmente en las embarazadas de alto riesgo, ya que no hay constancia de que efectivamente ingieran los medicamentos que se les entregan. Se percibe que con sus hijos/as, las madres son cumplidoras con la adherencia al tratamiento.

- Incluir entre los insumos del protocolo el medicamento utilizado para suprimir la lactancia en la mujer en el período post-parto.

- En relación a Sociedad Civil, considerar una mayor participación de ésta a nivel de bases, como agentes pares de difusión, persuasión, control y seguimiento de la adherencia al protocolo en forma sistemática y apoyada por CONASIDA, ya que se observa que cumplen espontáneamente el rol de consejeras en sus comunidades.

- Un desafío interesante a plantear es la elaboración de un indicador de cumplimiento del protocolo PTV del VIH, que considere las variables a evaluar otorgándole a cada una de éstas el peso relativo con relación al objetivo propuesto.

- Establecer la realización de estudios periódicos, a nivel nacional, que den cuenta del verdadero alcance y calidad de la aplicación de la Norma. Esto permitiría a los tomadores de decisiones de nivel ministerial, coordinadores jefes de los servicios de salud y a todos los profesionales involucrados, ir conociendo en forma objetiva los logros y deficiencias que les permitan aplicar mejoras desde la formulación de la

Norma misma, hasta los procedimientos a aplicar en los diferentes niveles.
- Revisar a nivel ministerial, el enfoque estratégico del enfrentamiento al VIH/SIDA en Chile, enfatizando las políticas hacia una mayor educación preventiva, desmitificación del virus y alejamiento de la estigmatización de la enfermedad.

Lecciones Aprendidas (Optativo):

Más que lecciones aprendidas se comparten en este punto hallazgos respecto de temas que no estaban incluidos en los objetivos de la investigación y que se desean destacar, como fueron:

- La buena disposición y apertura de parte de los profesionales relacionados con las áreas en estudio, a colaborar con investigaciones destinadas a mejorar la implementación de normas de atención afines con su quehacer.
- La detección de una demanda pendiente respecto de la retroalimentación esperada por los profesionales y sus equipos, en retribución a sus aportes realizados. Es por ello que la solicitud planteada es que estos resultados les sean compartidos, para que contribuyan a mejorar su quehacer y obtener refuerzos a sus logros.
- Los profesionales no médicos de los equipos de salud que apoyan la atención en los centros de tratamiento pediátricos, solicitan capacitación específica en VIH, por considerarla necesaria tanto para su quehacer como para la relación que se genera con los consultantes y sus familias. Éstos últimos les realizan consultas para las que no cuentan con la información técnica específica para responder.