

## PROYECTO NACIONAL DE REDUCCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MADRE HIJO DE VIH

### BOLETIN INFORMATIVO BIMENSUAL



### Coordinación Nacional del Proyecto

Número 8

Diciembre 2005- Enero 2006

Segundo año

### NOTICIAS DEL COMITÉ TÉCNICO DIRECTIVO

#### **Sobre el periodo de transición del proyecto Madre Hijo VIH**

Como se ha informado el proyecto será asumido por el Ministerio de la Protección Social, a través de un convenio con el Instituto Nacional de Salud. La Coordinación Nacional del Proyecto financiado por la Unión Europea inició los procesos de empalme, que se llevarán a cabo entre el 13 de enero y el 28 de febrero.

Por agotamiento de los recursos disponibles de la donación, hay muchas restricciones en la continuidad de los beneficios, mientras el INS cuenta con un mecanismo a seguir.

1. No hay recursos para compra de nuevos estuches de reactivos, pruebas rápidas, puntas, tubos, guantes o agujas. Durante el periodo estimado de transición recomendamos gestionar en sus entidades territoriales, la compra temporal de insumos para la realización de pruebas para el periodo de transición estimado entre febrero y marzo de 2006. Recomendamos estar pendientes a los mecanismos que establezcan el Ministerio y el INS.
2. No hay recursos para realizar los procedimientos de carga viral o recuento de linfocitos. Sugerimos que en el periodo de transición, se busque el mecanismo para realizar estos procedimientos con cargo a los recursos de subsidio a la oferta, dentro de la atención integral de personas viviendo con VIH, que tienen contratada en sus departamentos.
3. El diagnóstico de las parejas de las mujeres detectadas por el Proyecto queda suspendida hasta nueva orden.
4. La confirmación se realizará hasta el 14 de marzo en el Centro de Análisis Molecular, previa autorización de la coordinación Nacional. Previo al envío de la muestra, debe ser autorizada por el Proyecto.
5. Las gestantes que ya han sido captadas como infectadas o indeterminadas, tendrán el suministro de los insumos para su atención hasta el 30 de abril. Es decir, si fueron captadas la primera semana de febrero y tiene 20 semanas de gestación, el proyecto suministrará los medicamentos para 12 semanas, periodo durante el cual, ya debe estar establecido el procedimiento del INS para continuar el tratamiento para las 10 semanas adicionales.

## *A tu hijo, transmútele solo amor*

6. El proyecto, independiente del resultado de la carga viral, suministrará el tratamiento básico con zidovudina-lamivudina-nelfinavir, excepto que el equipo médico tratante solicite nevirapina, que también será suministrada. Esto, siguiendo lo estipulado en el anterior numeral.
7. Desde el momento que el niño nace, el Proyecto suministrará fórmula láctea que cubra su atención hasta el 30 de abril. Es decir, si el niño nace el día 1º de febrero, el proyecto suministrará la leche correspondiente hasta los 3 meses de vida; los tres meses restantes serán cubiertos por el mecanismo que el Ministerio y el INS dispongan.
8. Durante el periodo de empalme, la información de los casos se efectuará con el mecanismo regular establecido por el Proyecto. Desde el mes de abril, se utilizará el nuevo mecanismo que se disponga.

La coordinación nacional del proyecto terminará sus funciones el día 14 de marzo de 2006.

### **COMUNICACIÓN CON EL PROYECTO MADRE-HIJO**

A partir del día febrero 1 de 2006, quedarán activas las líneas telefónicas fijas 6164676 y 6168920. Todas las líneas de celular y la línea 018000 quedan suspendidas. Sin embargo, pueden comunicarse a los teléfonos móviles de Franklyn Prieto, coordinador nacional 3005504004 o de Sidia Caicedo, profesional de apoyo, 3153267874.

### **AVISOS DE CUMPLIMIENTO**

Se debe completar la información de la notificación de la gestante y realizar el seguimiento de todos los niños atendidos por el proyecto.

Solicitamos el envío de los formatos de monitoreo y evaluación del Proyecto, pendientes de los años 2004 y 2005.

### **REVISION DE TEMA**

Este resumen del informe final corresponde a las obligaciones del contratista establecidas en el artículo 2 del documento anexo No. 2 “General and administrative provisions” del Contrato COL/AIDCO/2001/0473.

### **RESUMEN GENERAL**

La epidemia del VIH/sida ha presentado un progresivo crecimiento entre las mujeres, como resultado de la mayor vulnerabilidad de la mujer generada por las desigualdades de género predominantes en muchas sociedades. En el mundo, la proporción de mujeres viviendo con VIH o sida ha aumentado: en 1997, el 41% de los casos reportados correspondían a mujeres; al final de 2004, cerca del 50% de las personas que viven con

## *A tu hijo, transmítele solo amor*

VIH o sida en el mundo son mujeres. Esta tendencia es más evidente en África y en el Caribe donde la transmisión heterosexual predomina desde el inicio de la epidemia. Actualmente, en los países del África subsahariana, la prevalencia de infección en mujeres menores de 25 años es dos a tres veces mayor que en hombres de la misma edad, el 57% de los adultos infectados y el 75% de los casos reportados en menores de 25 años correspondió a mujeres.

En Colombia, la “feminización” de la epidemia está ocurriendo gradualmente y en algunas regiones esta realidad es evidente desde hace varios años. Se observa un progresivo cambio del patrón de transmisión homosexual hacia la transmisión por coito heterosexual, particularmente en la región Caribe, donde las nuevas infecciones en mujeres jóvenes aumentaron más que en hombres de la misma edad, desde comienzo de los noventa. La prevalencia nacional de infección en población general de 15 a 49 años se estima entre 0,64% y 0,7 %, lo cual indicaría que actualmente están infectadas alrededor de 58.000 mujeres en edad fértil.

El creciente número de infecciones en mujeres en edad fértil ha significado un progresivo aumento en los casos de sida pediátrico. El primer caso de transmisión madre-hijo en Colombia se informó en 1987 y hasta diciembre de 2003, se habían notificado 798 casos de transmisión perinatal, con un aumento sostenido desde 1995. Al final de 2004 se estimaba que en Colombia había entre 4.000 y 8.000 niños infectados con el VIH. Si un millón de mujeres estuvieran embarazadas, 6.900 podrían estar infectadas con VIH; con una probabilidad de transmisión madre hijo de VIH de 30 a 40%, sin aplicación de las medidas de prevención, se tendrían entre 2.070 y 2.760 infecciones neonatales anuales nuevas.

La transmisión madre-hijo del VIH ocurre durante el embarazo (prenatal), en el momento del parto (intraparto) o a través de la lactancia materna (posparto). La transmisión prenatal ocurre entre un 30% y 35% de los casos, la transmisión intraparto entre el 55 y 65% y la transmisión a través de la leche materna aporta el 15 a 20% restante. Desde la publicación de los resultados del protocolo PACTG 076 (Pediatric AIDS Clinical Trials Group), diversos estudios evidenciaron la eficacia de la terapia antirretroviral para reducir la transmisión madre-hijo de VIH. Inicialmente, la monoterapia con zidovudina (ZDV) fue recomendada como protocolo de elección. Posteriormente, diferentes esquemas utilizando dos medicamentos tuvieron mayor eficacia que los esquemas con monoterapia. Actualmente, el uso de la terapia triple es el más recomendado.

Sin embargo, la selección de los esquemas depende en gran parte de los recursos financieros disponibles, y existe, por lo tanto, una amplia gama de esquemas de tratamiento utilizados en los diferentes países. Con los esquemas utilizados han sido notorios los logros en la reducción de la transmisión madre-hijo de VIH, pero son pocos los países que han desarrollado y sostenido estrategias de cobertura nacional que impacten en la reducción de la incidencia de infección perinatal.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia no ha logrado el nivel de cobertura universal después de su implementación desde 1994. Actualmente, la cobertura del sistema de salud alcanza el 66 % del total de la población, y no se prevé un aumento significativo de esta cobertura, debido a las restricciones y dificultades financieras que afronta el Estado colombiano. De acuerdo con esta información oficial, el 34% de las mujeres en edad fértil no tienen acceso al sistema de aseguramiento y su atención en salud depende del subsidio a la oferta.

## *A tu hijo, transmítele solo amor*

Las actividades de atención y control prenatal en las regiones y departamentos siguen las guías del programa nacional implementado desde inicios de los ochenta. La cobertura estimada de los servicios de atención y control prenatal es de 89% en áreas urbanas y de 71% en áreas rurales. Aunque la responsabilidad de estas acciones se comparte con las entidades aseguradoras de salud, el sector público mantiene estos programas enfocados al segmento de la población más pobre.

El Proyecto Nacional para la Reducción de la Transmisión Madre-Hijo, coordinado por una alianza interinstitucional conformada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Federación Colombiana de Cooperativas de Hospitales (FEREDSALUD), se gestó a partir de la experiencia de siete iniciativas regionales apoyadas por ONUSIDA desde 1999, durante las cuales se realizaron 16.000 pruebas diagnósticas a mujeres embarazadas. Con base en estas experiencias, en abril de 2003 se iniciaron las actividades a nivel nacional.

El proyecto se implementó en 919 municipios (84,3% del total) de 33 departamentos y sus actividades se llevaron a cabo en 1.225 instituciones de salud (230 de alta complejidad), alcanzando 368.849 mujeres embarazadas atendidas. En 202 municipios se detectaron casos de infección en mujeres gestantes y se atendieron 940 mujeres infectadas. Además fueron capacitados 4.844 profesionales de la salud en la estrategia de prevención de la transmisión madre hijo de VIH.

Este Proyecto se desarrolló en el nivel territorial mediante convenio entre las secretarías de salud departamentales y la alianza. El nivel departamental aportó los servicios de control prenatal, atención del parto, atención del recién nacido, control de crecimiento y desarrollo y atención médica especializada, a través de su red de servicios de salud; estas acciones fueron complementadas con las responsabilidades del nivel municipal. El nivel nacional aportó los insumos para la realización de la prueba (incluyendo su confirmación), las pruebas de seguimiento por laboratorio, el tratamiento antirretroviral, la profilaxis antirretroviral y la fórmula láctea.

La administración de los recursos del proyecto estuvo a cargo de Feredsalud, logrando la ejecución de €1.800.000 de la cooperación de la Unión Europea y certificando cofinanciación de las entidades territoriales de € 2.857.859 (mayor que € 1.722.184 comprometido en el addendum). El proyecto ha sido evaluado como el mejor de la cooperación de la Unión Europea en Colombia y ha significado una recuperación de 4 pesos por cada peso invertido.

La iniciativa nacional de reducción de la transmisión-madre hijo es actualmente la acción más eficaz de la respuesta nacional ante la epidemia de VIH/sida, reduciendo la posibilidad de transmisión perinatal de 40% a 3,6%; con la aplicación completa del protocolo, que consta de tratamiento antirretroviral, parto por cesárea, la profilaxis intraparto y al recién nacido expuesto y sustitución de la leche materna, esta probabilidad se reduce a 1,78% 30, que se encuentra en el nivel estimado de 1-2% estimado con la aplicación óptima de la estrategia pero menor que el 16% (IC95:13-20%) registrado por Brasil, con diferentes estrategias de prevención. Este nivel está relacionado estrechamente con la captación tardía de la gestante o la ausencia de antecedente de control prenatal, pues se ha demostrado que una captación oportuna significaría la eliminación de la transmisión perinatal.

## *A tu hijo, transmítele solo amor*

La transmisión perinatal reportada es consistente con los hallazgos de otros estudios que reportaron mayor probabilidad de infección neonatal cuando la carga viral inicial es superior a 10.000 copias/mm<sup>3</sup> y entre más tardío se inicie el tratamiento durante el embarazo. El suministro del tratamiento antirretroviral combinado de zidovudina, lamivudina y nevirapina/nelfinavir contribuyó a que este subgrupo obtenga una reducción mayor.

El Proyecto Madre Hijo ha permitido renovar el esquema de desarrollo, fortalecimiento y sostenimiento de un programa en salud pública con un esquema de coordinación nacional, coordinaciones departamentales y equipos locales de atención. Este esquema permitió que progresivamente se constituyera una red de diagnóstico, atención integral y seguimiento clínico, con cobertura en todos los departamentos para el control de la transmisión madre hijo de VIH. Esto podría indicar la conveniencia de considerar retomar e implementar nuevamente mecanismos de coordinación nacional en algunos programas prioritarios en salud pública.<sup>30</sup>

Durante el tiempo transcurrido del proyecto, algunos departamentos o municipios han fortalecido, paralelamente, sus actividades de mejoramiento del control prenatal, abordaje de la pareja, seguimiento clínico y psicosocial al binomio madre positiva – hijo(a), tamizaje de otros eventos de interés en salud pública (sífilis, hepatitis B), mercadeo social del proyecto en medios de comunicación locales, aseguramiento del tratamiento post-parto para la gestante. Además, el Proyecto ha logrado un mayor acceso a los servicios de salud, profesionales entrenados, servicios de asesoría y consejería, red de diagnóstico y seguridad de suministro de tratamiento, que en conjunto con lo desarrollado por los departamentos y municipios contribuye a tener soporte para el sostenimiento de la estrategia y a cumplir con componentes óptimos para la prevención. Después de primera reunión de evaluación nacional se evidenció un mejoramiento en la oportunidad del diagnóstico, en el suministro de medicamentos, en el funcionamiento de la red de laboratorios, y en el seguimiento del binomio madre-hijo. Estas actividades contribuyeron a una optimización de los procesos y definitivamente a la disminución de la transmisión madre hijo de VIH.

La prevención de la transmisión madre hijo contribuye a disminuir el impacto del sida en nuestra población, a corto y largo plazo. No sólo es una intervención eficaz para disminuir la incidencia de infecciones pediátricas sino para promover el fortalecimiento de cambios de actitud y de conducta de las mujeres en sus propias relaciones sexuales y hacia la reducción del estigma que puede significar el “hacerse la prueba”. Es necesario continuar y fortalecer las acciones orientadas a la participación de las entidades aseguradoras en el sostenimiento de esta iniciativa. Las actividades de promoción y prevención no son aún una prioridad en todas las entidades promotoras de salud (EPS) y administradoras del régimen subsidiado (ARS), pero recientemente se ha avanzado en los procesos de concertación y consenso entre los subsectores de salud pública y de aseguramiento en salud, así como en la formulación de normas legislativas orientadas al mejoramiento de la atención integral de las personas afectadas por el VIH o el sida.

Aunque la respuesta nacional a la epidemia del VIH/sida es un compromiso de todos los sectores sociales, el logro de algunos objetivos específicos depende del compromiso y respuesta gubernamentales, en todos sus niveles. Uno de estos objetivos, que es un desafío nacional actual, es lograr la reducción de la transmisión materno-infantil del VIH y asegurar el sostenimiento de las acciones de este proyecto, cuando concluya la

## *A tu hijo, transmítele solo amor*

cooperación internacional, para lo cual es necesario que las entidades del sistema de salud asuman su responsabilidad. El sostenimiento de esta iniciativa como política de salud pública será fundamental para mantener la prevalencia de infección por debajo del 1% a nivel nacional. En el corto plazo es prioritario asegurar la continuidad del tratamiento antirretroviral a todas las madres que lo requieran, permitiéndoles aumentar su supervivencia y mejorar su calidad de vida, y reduciendo consecuentemente la mortalidad en mujeres y la orfandad a causa del sida.

El gobierno nacional ha incluido a la reducción de la transmisión madre hijo de VIH en sus diferentes políticas y aseguró a través del Acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud No. 309 de 2005, la continuidad, al menos por un año, de la estrategia implementada por el Proyecto financiado por la Unión Europea.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO GENERAL**

La tabla que se presenta al final de este boletín contiene los siguientes indicadores:

Departamento	Elisas acumuladas a diciembre	Meta de pruebas			Pruebas mensuales			No. Casos atendidos	Mes de inicio	Número de Municipios con el Proyecto
		Meta inicial a 2 años	Meta corregida a 2 años	proyección de pruebas a diciembre 2005	pruebas esperadas por mes	mediana junio - noviembre	pruebas de diciembre			

- Elisas acumuladas a diciembre: acumulado de pruebas notificadas hasta diciembre 31 de 2005.
- Meta inicial a 2 años: número de pruebas programadas para los dos años del proyecto
- Meta corregida a 2 años: de acuerdo a población ajustada de 2004 y 2005, y asumiendo una proporción de no afiliadas de 0,3 (30%). Sólo se utilizó la información de los municipios donde opera el proyecto.
- Proyección de pruebas a diciembre 2005: de acuerdo a modelos de regresión con datos acumulados, la proyección de pruebas al final del proyecto si la tendencia sigue igual
- Pruebas esperadas por mes: número de pruebas la meta inicial a 2 años dividido en 24 meses.
- Mediana junio-noviembre: mediana de pruebas realizadas los 6 meses anteriores
- Pruebas de diciembre: pruebas realizadas durante el último mes reportado.
- Número de casos atendidos: casos atendidos para prevención de la transmisión madre a hijo de VIH. Esta información tiene corte 31 de diciembre.
- Mes de inicio: mes oficial de inicio del proyecto en cada entidad territorial
- Número de municipios con el proyecto: de acuerdo a información con fecha de corte diciembre 31 de 2005.

Los invitamos a revisar su estadística para cotejar con sus datos y notificar cualquier divergencia al respecto.

*A tu hijo, transmútele solo amor*

**PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO**

Está pendiente la nueva programación de fecha para la III reunión de Evaluación Nacional, en la ciudad de Bogotá. Durante esta reunión, la Unión Europea entregará formalmente el Proyecto al Ministerio de la Protección Social. Se espera que la reunión se realice en la última semana de febrero.

**INFORMACIÓN**

**Información adicional en:**

1-6164676 1-6168920

Franklyn Prieto. MD. Coordinador Nacional

Sidia Caicedo. Enf. Profesional de apoyo

Catherine Castañeda. Adm. Asistente administrativo

Camilo Moreno. Téc. Asistente de información

[mtctproj@yahoo.com](mailto:mtctproj@yahoo.com) , [mtctproj@cablenet.co](mailto:mtctproj@cablenet.co)

[proyectomadrehijo@yahoo.com](mailto:proyectomadrehijo@yahoo.com), [proyectomadrehijo@cablenet.co](mailto:proyectomadrehijo@cablenet.co).

*A tu hijo, transmútele solo amor*

Departamento	Elisas acumuladas a diciembre	Meta de pruebas			Pruebas mensuales			No. Casos atendidos	Mes de inicio	Número de Municipios con el Proyecto
		Meta inicial a 2 años	Meta corregida a 2 años	proyección de pruebas a diciembre 2005	pruebas esperadas por mes	mediana junio - noviembre	pruebas de diciembre			
AMAZONAS	651	600		595	25	26	11	6	dic-03	2
ANTIOQUIA	41.297	23.600		34.225	983	2.105	1.852	77	ago-03	84
ARAUCA	1.236	1.400			58	98	82	0	feb-05	7
ATLANTICO	28.544	10.200	29.052	27.160	425	1.232	864	88	jul-03	23
BOGOTÁ	26.059	26.800	37.320	19.928	1.117	1.790	1.779	86	oct-04	1
BOLÍVAR	14.431	11.000		7.136	458	988	610	40	ago-03	42
BOYACÁ	9.832	6.600	8.264	9.770	275	488	371	7	sep-03	80
CALDAS	7.934	4.400	9.332	6.091	183	385	354	18	ago-03	27
CAQUETÁ	1.959	2.800	6.570		117	141	94	8	abr-04	16
CASANARE	6.146	1.800	4.424	3.188	75	310	247	4	sep-03	19
CAUCA	9.310	7.000	16.052	7.846	292	665	449	11	ene-04	38
CESAR	6.446	5.600	13.748	3.459	233	534	409	23	sep-03	21
CHOCÓ	1.401	2.200	3.678		92	83	160	3	sep-03	22
CÓRDOBA	12.388	6.400	16.976	8.608	267	813	748	68	ago-03	22
CUNDINAMARCA	13.635	8.800		10.196	367	733	802	14	dic-03	45
GUAINÍA	487	200			8	58	42	1	feb-05	1
LA GUAJIRA	6.723	2.800	7.623	6.679	117	303	246	27	nov-04	15
GUAVIARE	885	800	1.191		33	97	54	3	ago-03	4
HUILA	19.289	4.600	13.054	15.114	192	1.177	1.002	17	dic-03	37
MAGDALENA	10.396	6.800	10.800	7.712	283	612	730	32	ago-03	30
META	8.593	3.800	9.083	8.019	158	338	230	34	jul-03	28
NARIÑO	25.020	8.600	18.744	17.095	358	1.526	1.584	27	jul-03	64
NORTE DE SANTANDER	16.345	7.400	20.102	17.485	308	607	570	43	jul-03	38
PUTUMAYO	434	2.200			92	84	0	3	jun-05	12
QUINDÍO	6.162	2.400	3.875	5.743	100	210	244	30	ago-03	12
RISARALDA	15.247	4.000	10.029	13.907	167	395	410	32	jul-03	14
SAN ANDRÉS	566	400	1.084		17	15	20	2	dic-03	2
SANTANDER	9.752	9.200	22.254	7.394	383	563	406	26	ago-03	87
SUCRE	12.214	4.400	12.470	10.764	183	516	540	44	jul-03	26
TOLIMA	11.490	5.600	12.403	11.444	233	450	426	24	ago-03	42
VALLE	41.073	16.800		40.464	700	1.492	802	141	jul-03	42
VAUPÉS	111	200			8	13	6	0	abr-05	3
VICHADA	827	600	1.873	765	25	35	42	1	dic-03	4
<b>TOTALES</b>	<b>366.883</b>	<b>200.000</b>	<b>290.001</b>	<b>300.787</b>	<b>8.333</b>	<b>18.873</b>	<b>16.186</b>	<b>940</b>		<b>910</b>