

INFORME FINAL.

PROYECTO. “Fortalecimiento de la coordinación y cooperación entre países para la prevención y control del VIH/sida en la Región de las Américas y el Caribe”.

PERIODO DEL PROYECTO. Junio 2007-Junio 2008.

PAISES PARTICIPANTES: Cuba, Bahamas, Belice, Guyana, Jamaica, Honduras, Guatemala y Nicaragua.

EJECUTOR: Gobierno de Cuba.

FINANCIADO: Fondo Fiduciario Pérez Guerrero.
Patrocinado por PNUD.

ORGANISMO COFINANCIADOR: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Indice.

<i>Antecedentes.</i>	3
<i>Características del proyecto.</i>	3
<i>Cumplimiento del plan de trabajo.</i>	5
<i>ANEXOS.</i>	6
<i>Anexo 1. Elaboración del plan de trabajo.</i>	6
<i>Anexo 2. Guía Técnica para la Sistematización de Experiencias y Lecciones Aprendidas en Prevención de la Transmisión Materno Infantil en la región de las Américas y el Caribe. Instructivo.</i>	7
	9
<i>Anexo 3. Análisis de las mejores prácticas.</i>	12
<i>Anexo 4. Relatoría; taller “Experiencias y Lecciones aprendidas en Prevención de la transmisión Materno-Infantil del VIH en la región de las Américas y el Caribe”.</i>	19
<i>Anexo 5. Otras actividades.</i>	22
<i>Foro Interactivo: Prevención Primaria del VIH</i>	22
<i>Simposio Internacional de Sida y Calidad de Vida con enfoque sociocultural</i>	23
<i>Foro interactivo: Maternidad y VIH.</i>	24
<i>Foro interactivo: Estigma y Discriminación.</i>	25

Antecedentes:

La prevalencia adulta de VIH/sida en el Caribe es la segunda más alta del mundo, excediendo el 2% en cinco países (Bahamas Belice, Guyana, Haití, Trinidad Tobago); esta tasa solamente ha sido superada por África Subsahariana (7,4%).

La tasa de prevalencia en Latinoamérica no está entre las más elevadas, no obstante es importante indicar que dentro de la región algunos países tienen epidemias nacionales o localizadas, con tasas semejantes a las reportadas en el Caribe.

La forma de transmisión varía en la región. En el Caribe gran parte ocurre por transmisión heterosexual, afectando más del 50% de la población a las mujeres. La región de las Américas muestra tasas significativas en la transmisión materno infantil y por vía sexual entre hombres que tienen sexo con otros hombres.

Ante una epidemia de esta magnitud, no existe una fórmula única para su abordaje, se han identificado en los diferentes países de la región, prácticas exitosas que pueden ser compartidas, para su perfeccionamiento y difusión.

Partir de la experiencia de cada país, sistematizar el análisis de la documentación, identificar brechas y lecciones aprendidas son herramientas que fortalecen la Respuesta Ampliada a esta epidemia.

Es por ello que en junio del 2007 se aprobó por el Fondo Fiduciario Pérez Guerrero a solicitud de la OPS/OMS al "Grupo de los 77" en su XXIX Reunión Ministerial el proyecto "Fortalecimiento de la coordinación y cooperación entre los países para la prevención y control del VIH/sida en la región de las Américas y el Caribe" por un monto de 35 000 USD con la participación de 8 países (Cuba, Bahamas, Belice, Guyana, Jamaica, Honduras, Guatemala, y Nicaragua).

Características del proyecto.

Los objetivos del proyecto fueron:

- 1.- Identificar las experiencias y lecciones aprendidas en VIH/sida en las áreas Materno infantil, atención integral a personas con VIH, consejería y pruebas voluntarias.
- 2.- Promover un mecanismo de intercambio y cooperación técnica entre los países participantes.
- 3.- Documentar y disseminar las mejores prácticas, experiencias y recomendaciones.

Los resultados esperados planteados fueron:

- a).- Identificadas las experiencias en las tres áreas en los países participantes para Set 2007.
- b).- Una reunión plenaria en Cuba en Julio 2007.
- c).- Al menos tres foros interactivos realizados en países seleccionados sobre las experiencias. Noviembre 2007.
- d).- Reporte final elaborado con recomendaciones para la colaboración y fortalecimiento de los programas de los países participantes.

La estrategia desarrollada se fundamentó en:

- 1.- Selección de un coordinador del proyecto: Dra Rosaida Ochoa Soto. Directora del Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/sida en Cuba. Ministerio de Salud Pública.
- 2.- Elaboración del plan de trabajo. (Anexo 1).
- 3.- Elaboración de guías de estandarización de experiencias (Anexo 2).
- 2.- Análisis de las mejores prácticas en las tres áreas prioritarias. (Anexo 3).
- 3.- Reunión plenaria en Cuba (Anexo 4).
- 4.- Elaboración del informe final.

Cumplimiento del Plan de trabajo.

Resultado	Actividades	Actualización del cumplimiento
Identificadas en los países participantes experiencias en las tres áreas prioritarias	Desarrolladas guías. Identificadas y desarrolladas las prácticas a través de las guías.	Se confeccionaron y enviaron las guías para recoger la información de las prácticas realizadas en cada país. (anexo 1) Se identificaron las mejores prácticas que se desarrollan en los países participantes del proyecto.
Reunión Plenaria en Cuba y al menos tres foros interactivos en países seleccionados.	Reunión plenaria organizada en Cuba. Propuestas de recomendaciones y áreas de colaboración identificadas interpaís. Evaluación Visitas de intercambio de experiencias.	Se realizó Taller sobre prevención materno infantil del VIH en Cuba. Se adjunta las recomendaciones en las áreas identificadas. Se realizó Simposio Internacional de Sida y calidad de vida. Se realizaron tres foros interactivos: Prevención Primaria del VIH, Maternidad y VIH, estigma y discriminación.
Reporte final desarrollado y disseminado con recomendaciones para el fortalecimiento del programa de VIH/sida en los países.	Reporte final elaborado y difundido. Editado e impreso en dos idiomas.(español e inglés)	Se elaboró informe parcial del taller realizado e informe final. En fase de traducción.

ANEXOS

Anexo 1. Elaboración de un plan de trabajo.

Resultado	Producto	Actividades y acciones de gerenciamiento.	Mes/año	Mes/año	Mes/año	Mes/año	Mes/año	Mes/año
T01	01	<p>Actividad 1. -Identificación de experiencias y lecciones aprendidas: Acción 1 -Términos de referencia para el Coordinador del proyecto desarrollado. -Guías para la estandarización de experiencias y lecciones aprendidas Responsabilidad: OPS y países Acción 2 -Identificación y selección de experiencias utilizando las guías Responsabilidad; Coordinador del proyecto.</p>	Mayo/07	Mayo/07				
		<p>Actividad 2 intercambio de experiencias Acción 1: -Reunión plenaria en Cuba, incluyendo visitas de campo Y al menos tres foros interactivos. Responsabilidad; Países.</p>				Julio/07		
		<p>Actividad 3 Informe sobre las experiencias y lecciones aprendidas Acción 1: -Informe final producido y publicado Responsabilidad: Consultor y Coordinador en Cuba.</p>						Agosto/07

Anexo 2. Guía Técnica para la Sistematización de Experiencias y Lecciones Aprendidas en Prevención de la Transmisión Materno Infantil en la región de las Américas y el Caribe.

No: 001

I.- Nombre de País: _____

II.- Área de intervención (Experiencias y Lecciones Aprendidas):

1----- Materno infantil

III.-Población meta: Población a Quién se dirige la intervención

1.----- Mujeres en edad fértil

2.----- Mujeres seropositivas

3.----- Niños

IV.- Alcance:

1.--- Nacional

2.--- Regional

3.--- Local

4.--- Otro ¿cuál?-----

V.- Zona:

1.----- Urbana

2.----- Rural

VI.- Sector a cargo:

1.----Gubernamental

2.----No gubernamental ¿Cuál? _____

3.----Agencia de las Naciones Unidas ¿Cuál? _____

VII.-Instituciones participantes: -----

VIII). Contenido técnico:

A). Identifique el Protocolo de prevención de la transmisión Materno Infantil utilizado (PTMI).

B) ¿La intervención incluye la Detección y Prevención de Sífilis?

Si _____
No _____

C). Organización de los Servicios: ¿Cómo esta organizado la intervención?

_____ La intervención esta integrado a servicios de atención al embarazo Explique _____

_____ En Unidades de atención especiales para embarazadas VIH+ separados de los servicios habituales. Explique _____

IX.- Características de la intervención:

- 1.-Origen
2. Contexto
- 3.- Estructura
- 4.-Población beneficiaria
- 5.- Objetivos
- 6.- Metodología utilizada
7. - Actividades desarrolladas
- 8.-FODA: Fortalezas, Oportunidades, Debilidades (Brechas) y Amenazas identificadas de la intervención
- 9.-Tiempo de implementación: _____ meses _____ años
10. Recursos Financieros (Costo de la intervención)
11. Sostenibilidad
12. Marco Político

X.- Monitoreo y evaluación:

- 13.- Instrumentos de evaluación.
- 14.-Resultados obtenidos en función de los objetivos (indicadores de proceso e impacto que se utilizan).
- 15.-Lecciones aprendidas.

XI. Posibilidades de Colaboración/Cooperación: Identificación de posibles áreas de colaboración y cooperación:

INSTRUCTIVO PARA LLENAR LA GUÍA TÉCNICA.

Pregunta I: Marcará el nombre del país donde se está realizando la experiencia y aprendiendo las lecciones.

Pregunta II: Área de intervención se refiere a la experiencia / practica, debe marcarse con una cruz el área a la que va dirigida.

Pregunta III: Marcar con una cruz en el espacio adecuado que represente la población a la que van dirigida las acciones.

Pregunta IV: Marcar con una cruz si la experiencia se desarrolla en todo el país (Nacional). Si abarca una región del país (Regional) o si es una zona limitada (Local).

Pregunta V: Marcar con una cruz si abarca la zona Rural o Urbana. Si abarcan las dos zonas, puede marcar más de una opción.

Pregunta VI: Debe marcar con una cruz: Gubernamental: Si es de del programa nacional o de gobierno. No gubernamental: Si es de ONG o sociedad civil. Agencia de las Naciones Unidas: Si se realiza por PMA, PNUD, UNICEF, UNFPA, UNESCO, OPS, FAO.

Pregunta VII: Mencionar las instituciones nacionales, regionales o locales que participan.

Pregunta VIII: Contenido Técnico

A). Identifique el Protocolo de PTMI utilizado.

B). Marcar con una cruz (en el Si o No) si la intervención incluye la Detección y Prevención de Sífilis.

C). Marcar con una cruz en el espacio adecuado como esta organizado la intervención. Si la intervención esta integrado a servicios de atención al embarazo por favor explique. Si la intervención esta en unidades de atención especiales para embarazadas VIH+ separados de los servicios habituales, por favor explique.

IX: - Características de la intervención:

1. **Origen:** Poner por qué surgió la intervención. Debe contener el diagnóstico de la problemática o necesidades que se pretendieron abordar.

2. **Contexto:** ¿Donde es aplicable la intervención? Explique brevemente las condiciones bajo que la intervención fue aplicada,

inclusive las circunstancias o los factores que lo rodean con respeto a tiempo, el lugar, la manera, que acompaña, determina, o modifica esta intervención.

3. **Estructura:** Recursos humanos y materiales necesarios.
4. **Población beneficiara** ¿Quiénes se beneficia de esta intervención?
5. **Objetivos:** Qué se quiere alcanzar, donde, cuando, a quienes va dirigido.
6. **Metodología:** Cómo se realiza, quienes la realizan, instrumentos que se utilizan.
7. **Actividades desarrolladas:** Principales acciones desarrolladas para dar cumplimiento a los objetivos.
8. **FODA:** Describa las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de la intervención. Esto incluye las brechas identificadas: Dificultades, barreras encontradas. ¿Que fueron los desafíos encontrados en diseñar e implementar la intervención: considere lo que funcionó, lo que no funcionó, y por qué; ¿Cómo fueron resueltos los desafíos?
9. **Tiempo de implementación:** Poner el tiempo en años preferiblemente.
10. **Recursos Financieros:** Costo de la intervención
11. **Sostenibilidad:** ¿Explique como es esta intervención es sostenible?
12. **Marco Político:** ¿Cual son las políticas en las que se fundamentan esta intervención?

Pregunta X: Monitoreo y Evaluación:

13. **Mencionar instrumento de evaluación.** Cuales instrumentos utilizaron para evaluar sus experiencias?
14. **Principales resultados** obtenidos en función de los objetivos trazados. (¿Qué tipo de indicadores de evaluación utilizan? (Indicadores de proceso e impacto que se utilizan).
15. **Lecciones Aprendidas.** Presente las lecciones claves de las experiencias para ayudar a otros replicar la experiencia y tener éxito. ¿Qué sugerencias tiene para que otros trabajadores apliquen esta intervención?

Pregunta XI: Posibilidades de Colaboración/ Cooperación:

- 16). **Identificación de Posibles Áreas de Colaboración y cooperación:** ¿Cuáles áreas específicas nos interesa para futuras posibles colaboraciones? ¿En cuáles áreas necesitamos más colaboración/cooperación? Cómo otros países pueden apoyarnos a replicar sus experiencias exitosas? Que nosotros podemos aportar?

Esta Guía no es para el propósito de una evaluación de país ni de intervención sino una documentación para aprender las lecciones aprendidas y experiencias en Prevención de la Transmisión Materno Infantil

Preparación para la Reunión en Cuba- ¿Que presentarán los países?

- ✓ Utilizando esta guía una descripción de su intervención/experiencia para la sistematización de experiencias y lecciones aprendidas (en documento Word para la publicación).
- ✓ Una presentación de PowerPoint que se presentarán y discutirán durante las Plenarias en Cuba.
- ✓ Identificar las necesidades de su país para posibilidades de cooperación técnica según las brechas identificadas.

Enviar las presentaciones de PowerPoint y documento en Word a:

1). Dra. Rosaida Ochoa Soto
Coordinadora del Proyecto/ Taller Regional
Fondo Pérez-Guerrero/PNUD-OPS/OMS
E-mail: rosaida@infomed.sld.cu
Teléfono en Cuba: (53-7) 830 8057

2). Alex P. Vega:
Consultor del Proyecto FCH/AI y CSU
Email: vegaalex@paho.org y alexpvega@gmail.com
Teléfono en México: (5255) 5618-5307

Favor de enviar sus presentaciones de PowerPoint y documentos a más tardar: 30 de junio de 2007.

Anexo 3. Análisis de las mejores prácticas.

Estado de la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) de los países participantes:

Todos los países participantes tienen un compromiso político fuerte en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH.

La mayoría de los programas de prevención de la transmisión materno infantil del VIH fueron iniciados en los pasados cinco a siete años (con excepción de Cuba que datan de 22 años y las Bahamas), muchos de los países de esta región han construido una infraestructura básica y capital humano para apoyar la organización y la entrega de estos servicios a los ciudadanos a nivel nacional, regional, y en niveles locales. Hace solo pocos años en la mayoría de los países participantes no había ninguna capacidad física técnico ni infraestructura para emprender las pruebas diagnósticas y el asesoramiento. No existían las pruebas de diagnósticas de HIV, la prueba confirmatoria de HIV, CD4, PCR y la carga viral. No había terapia antirretroviral en estos países.

Debido al estigma y la discriminación, sólo hace algunos años antes de la iniciación de estos servicios de PTMI el personal de atención sanitaria rechazaba la idea de participar en cualquier servicio que se relacionara con VIH. Las autoridades de salud en la mayoría de los países no conceptualizan ni priorizan el HIV como un problema de salud serio.

Es notable que tal progreso extraordinario haya sido conseguido en un breve periodo de tiempo. Es ahora evidente que todos los países han hecho serios esfuerzos para la puesta en práctica y la expansión de programas de PTMI. Aunque la mayoría de los programas de PTMI fueron lanzados con financiamientos externos de entidades como Fondo Mundial, Banco Mundial, USAID, PEPFAR, y UNICEF sobre una base de prueba piloto, un objetivo muy importante para todos países es la previsión del acceso universal para el cuidado de PTMI de calidad y ofrecer servicios especialmente en el sector público y en zonas rurales de difícil acceso.

En la mayoría de los países como Honduras, Guatemala, Belice, Guyana y Jamaica también hay un gran interés para involucrar al sector privado en la entrega de servicios de PTMI o hacer cartas de recomendación al círculo público. Esto demuestra un compromiso alto para hacer servicios de PTMI asequible a muchas mujeres embarazadas.

Los éxitos en PTMI en estos países no pueden pasar inadvertidos. Las Bahamas tienen un registro demostrado de la prevención eficaz de la transmisión de madre a niño, Guyana y Cuba están produciendo su propia terapia antirretroviral (ARVs), y haciéndolo completamente accesible, Jamaica ha emprendido un ejercicio de planificación estratégica serio y lo ha estado utilizando para controlar su puesta en práctica de PTMI, y Cuba ha conseguido el acceso al tratamiento y la reducción de la incidencia, atribuible a la pesquisa de población de alto riesgo.

Además, la prevención de la sífilis congénita ya es una parte de los servicios prenatales en la mayoría de los países (ejemplo, Guatemala). En algunos países la sífilis congénita ha sido casi eliminada en esta población.

Algunos países como Honduras y Guatemala han emprendido un análisis de situación de sus servicios de PTMI para identificar las brechas, debilidades, fortalezas y los desafíos que enfrentan sus programas y utilizar este análisis en la confección de su plan de acción nacional. Este ejercicio les permite mejorar su programa de PTMI y define el soporte de agencias nacionales e internacionales y ONGs. Otros como las Bahamas y Cuba están listos para pasar por las evaluaciones formales y tasar el impacto de sus programas de PTMI.

Cuba y las Bahamas han implementado un programa de PTMI fuerte y son considerados por muchos como modelos del éxito; están en puestos agudos para compartir sus mejores prácticas y participar en la cooperación técnica con otros países en vías de desarrollo.

Cuba tiene un programa exitoso basado en la atención prenatal periódica y sistemática dada la existencia de un efectivo Programa de Atención Primara de Salud, la vigilancia epidemiológica, el apoyo de las parejas, familiares y organizaciones comunitarias y la educación e información a la población en escuelas y otros espacios así como, a través de los medios de difusión masiva.

Debido a los resultados de los programas de PTMI en relativamente poco tiempo, el Programa Nacional de sida y el Programa de PTMI de Cuba y Bahamas fueron identificados como modelos del éxito dentro de la Red Caribeña de Entrenamiento Regional en VIH/sida, como Centros de la Excelencia para la PTMI, Bahamas para el idioma Ingles y Cuba para el idioma Español. Esto quiere decir que estos países pueden suministrar el apoyo técnico para PTMI, incluyendo el entrenamiento de profesionales sanitarios y el desarrollo de planes de estudios de entrenamiento de PTMI, políticas, procedimientos y protocolos para países en la región.

Reconociendo los avances del Ministerio de Salud de Bahamas en esta área, una cooperación técnica próspera entre países (TCC) fue desarrollada entre Belice y las Bahamas.

Todos los países participantes hicieron una demostración de las experiencias seguras en la puesta en práctica de PTMI y esto facilita las condiciones para el compartimiento de las experiencias, exitosas y no tan exitosas y participar en la cooperación horizontal.

Los programas de prevención de la transmisión materno infantil del VIH (PTMI) de los países están en diferentes niveles de desarrollo.

El desarrollo horizontal de los servicios de PTMI varía de país a país. Algunos países iniciaron sus programas en los 80 e inicios de los 90, pero la mayoría lo hicieron en los 90 e inicios del 2000. Estos programas iniciados más tempranamente, tienen una infraestructura y un capital humano más fuerte (ejemplo, Bahamas y Cuba) mientras los otros países todavía se están desarrollando (Guatemala, Honduras, Belice, Jamaica y Guyana). Las Bahamas asumen un enfoque holístico para la PTMI.

Estos servicios incluyen la educación general sobre VIH/sida, el tratamiento de terapia (TARVAE) de antirretroviral, la profilaxis y el seguimiento, el asesoramiento de adherencia, la alimentación de reemplazo para bebés, el asesoramiento y pruebas, el ascenso de salud en relación con el embarazo, la distribución de condón libre, la notificación, y el apoyo de agencias gubernamentales. PLWHA es entrenado cuando pares consejeros y trabajadores del Ministerio de Transporte proveen el cuidado y el soporte a clientes abiertos.

El alcance de los servicios de PTMI varía, de países donde hay un alto nivel de acceso de servicios de PTMI (por ejemplo, Bahamas, Cuba) a países con acceso bajo (por ejemplo, Guatemala, Guyana, y Honduras). También hay países con el alto acceso de PTMI en el sector público pero con muy poca participación multisectorial (por ejemplo Jamaica). En la mayoría de los países los hospitales urbanos centrales o importantes y los centros de salud, donde los servicios de PTMI fueron iniciados, generalmente tenían los servicios más sofisticados y exhaustivos. Estos muestran varios niveles de intervención principalmente la PTMI, incluyendo la prueba de HIV y el asesoramiento (VCT), el tratamiento de antirretroviral y la profilaxis, los consultorios de entrega más seguros, la educación y el soporte en las prácticas de alimentación a los bebés por madres que son VIH positivas.

En algunos países, aunque las madres recibieron servicios de PTMI suficientes, sus niños recientemente nacidos no fueron estudiados a profundidad (Belice, Guatemala, Honduras, y Guyana).

El paquete de PTMI Plus es un modelo exhaustivo del cuidado que ofrece el tratamiento a aquellos necesitados, con drogas anti- retrovirales, pero también abarca la planificación familiar y los servicios médicos reproductores, el apoyo nutritivo, el asesoramiento y los cuidados, y tratamiento de otras infecciones como la sífilis, la malaria y la tuberculosis.

En algunos países (Bahamas, Cuba, Belice, Jamaica) se están brindando una PTMI de alto nivel, mientras en otros como Guatemala y Honduras este enfoque está siendo lanzado gradualmente. Mientras algunos países tienen la capacidad de ofrecer la sustitución de leche para el niño recién nacido de seis a dieciocho meses, los otros suministran este servicio con algunas limitaciones (Guatemala, Honduras).

Todos los países participantes trabajan en pos de resolver la falta de personal de servicios médicos y humanos capaz de brindar estos servicios, excepto Cuba que posee los recursos humanos e Instituciones de Salud, para estos fines. En Guyana por ejemplo hay un limitado número de clínicas entrenadas en el cuidado y tratamiento pediátrico. La mayoría de los países trabajan para cubrir las necesidades relacionadas con los asuntos psicológicos y emocionales, sociales, culturales, sexuales y religiosos/espirituales con personal entrenado. La escasez de recursos humanos constituye un desafío muy importante y para estos países.

Estos niveles diferentes de los asuntos de desarrollo y la habilidad de proveer el acceso universal para el cuidado exhaustivo constituyen las oportunidades para se fortalecer y la colaboración adicional entre países.

Descentralización de PTMI e integración de esta al cuidado del niño y servicios de seguridad social

La mayoría de los países participantes empezaron con un programa de prueba piloto de PTMI en hospitales muy importantes y sanatorios con la infraestructura más fuerte y la capacidad humana. Durante estas fases iniciales era esencial que los servicios de PTMI fueran centralizados para desarrollar el liderazgo necesario, la estrategia, y construir la capacidad humana y las infraestructuras físicas. Sin embargo, en un respectivo breve periodo de tiempo la mayoría de los países han descentralizado los servicios de PTMI para facilitar la puesta en práctica de un programa eficaz e incrementar el acceso universal.

En Jamaica de 330 de 346 centros de atención médica de salud pública, muestran el efecto y la velocidad de la puesta en práctica de ciertas actividades a algunos niveles de los servicios de la PTMI y la descentralización de los servicios de atención sanitaria con la presencia de cuatro coordinadores regionales.

En Guyana hasta la fecha hay 98 sitios en 10 regiones; el 83 % de las gestantes reciben consejería y pruebas para el VIH y los 8 hospitales públicos tienen pruebas rápidas disponibles (80 % de las entregas). En Honduras fue defendido un proyecto de ley en 15 unidades de salud en 3 municipalidades en el 2001; en 2006 el programa fue implementado en 20 regiones incluyendo 198 municipalidades y 402 unidades de salud.

De forma semejante la mayoría de los países han integrado los programas de PTMI a los programas de atención materno infantil. En Guyana el programa empezó con la Secretaría Nacional del Programa de sida en colaboración con Maternal y Child Health (MCH) pero en 2003 el Ministerio de Salud emprendió una expansión nacional y el proyecto fue transferido al departamento de MCH.

El programa de PTMI de Jamaica está siendo integrado actualmente en el Programa de Salud de Familia del Ministerio de Salud. Belice también se está dirigiendo hacia la integración de PTMI en servicios de MCH y las Bahamas están siguiendo sus pasos de llegar a zonas rurales como las islas.

En el Programa Cubano el 100% de las embarazadas tiene acceso a la realización de las pruebas de detección del VIH (ELISA) y a las confirmatorias (WEBSTERN BLOD) en los policlínicos y hospitales. Están en proceso de perfeccionamiento los servicios de consejería a nivel de la Atención Primaria de Salud.

Construcción de capacidades

Aunque los países han desarrollado y actualizado manuales e implementado el entrenamiento en PTMI, todavía la construcción de capacidades es insuficiente en esta área. Para ser eficaz, la construcción de capacidades debe ser un proceso ininterrumpido durante un período de tiempo. El entrenamiento repartido sobre una base de tiempo no es generalmente eficaz cuando los conocimientos y las destrezas deben ser reforzados y puestos al día constantemente. Algunos otros desafíos afectan la puesta en práctica eficaz de la provisión de calidad de la atención primaria. Éstos incluyen la dificultad en reclutar a mujeres embarazadas en atención prenatal y a servicios de PTMI.

El diagnóstico atrasado de madres embarazadas, la falta de la disponibilidad de pruebas diagnósticas como la prueba rápida y las pruebas confirmatorias, las limitaciones de incluir nuevas tecnologías diagnósticas, la dificultad en realizar la prueba a los miembros masculinos de la pareja y otros miembros de familia, la demora en recibir los resultados de las pruebas de VIH, y los medios insuficientes de diagnosticar y suministrar el cuidado de postparto de madres VIH positiva y servicios de seguimiento a la madre y el recién nacido (carga viral, CD4, prueba de PCR). Estos son desafíos que afectan al personal que proporcionan PTMI y reducen la eficacia de estos programas.

Reforzar servicios

Aunque los esfuerzos serios han sido encabezados por países en relación a la provisión de servicios de consejería y pruebas voluntarias (CPV), esta área constituye un desafío muy importante. El contenido de asesoramiento, las pautas, y su entrega varían dentro de y entre países. La capacidad que incorpora la CPV para reforzar la calidad, particularmente en la área de la prueba y el asesoramiento durante el parto, motivando a las parejas a acceder a CPV y lo relacionado con el la revelación del diagnóstico en ambientes hostiles es una necesidad urgente para todos países. La mayoría de los países tienen intervenciones débiles relacionadas con el soporte de apoyo psicosocial para mujeres VIH positiva y los miembros de la familia. Este problema es agravado por la provisión débil o inexistente de estos servicios por la comunidad de NGO, y el alto nivel de estigma y discriminación dentro y fuera del sistema de salud. Estas áreas están en la necesidad grave de ser fortalecidas.

Educación y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones de PTMI no pueden estar alejadas de la educación y promoción de la salud sexual y reproductiva. Hay una necesidad urgente para crear y reforzar los enlaces entre la PTMI y la salud sexual y reproductiva y a Programas de Prevención de VIH/sida Aunque algunos países han empezado a trabajar otras áreas de la prevención del VIH, la mayoría de los países se han concentrado en desarrollar y reforzar los servicios de PTMI y están sólo empezando a analizar las maneras de desarrollar o conectar estos a otras acciones de salud como la salud sexual y reproductiva y a otros servicios de prevención de VIH. Por ejemplo, hay una necesidad grave de reforzar la prevención en grupos vulnerables como con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las mujeres. Las relaciones sexuales entre hombres es un fenómeno escondido en los ambientes sociales homofóbicos, no obstante se ha documentado repetidamente que las mujeres están siendo infectadas a través de hombres que tienen relaciones con otros hombres.

Participación comunitaria

La literatura sobre VIH/sida está inundada con la importancia de abordar la epidemia de VIH/sida a todos los niveles y con la participación comunitaria. Esto incluye la participación activa y significativa de miembros de comunidad y de personas con VIH. Los programas de PTMI de los países participantes están tratando de lograr la participación cada vez mayor de comunidades e involucrando a personas con VIH, especialmente porque viven en sociedades con el estigma extendido y la discriminación. Es difícil convencer a las personas con VIH de hacerse consejeros o educadores pares, para los programas de PTMI cuando este les obligaría a que sean defensores y educadores en las comunidades y esto podría exponerlos, hacerlos vulnerables a los prejuicios, estigma y la discriminación de su familia, vecinos, y comunidad como un todo (Belice, Guyana y Jamaica).

Otros países del área incluyen en el trabajo de prevención a personas con VIH. En la denominada "Prevención segura", lo cual implica impedir la re- infección, por VIH u otras ITS y la transmisión del virus a otros. Trabajar con este grupo también implica las intervenciones psicosociales para mejorar sus destrezas y calidad de vida.

Poblaciones móviles

Proveer servicios de PTMI a poblaciones móviles ha sido difícil para algunos países como Guatemala y Honduras. Además de la emigración rural a urbana, Guatemala sirve de una vía de acceso para muchos inmigrantes centroamericanos que camino a Norteamérica, embarazan e infectan con VIH a mujeres locales. Este problema es agravado por el turismo, industria, minería entre otros. Aunque algunos proyectos han sido implementados en la región para trabajar con poblaciones migratorias, la PTMI de calidad y el seguimiento continúa siendo un desafío muy importante.

Trabajar con poblaciones nativas y desde puntos de vista culturales diversos.

Comprender y abordar barreras psicológicas, sociables, culturales, económicas y religiosas/espirituales en relación a la PTMI y a la atención prenatal es un reto importante para países con poblaciones desde un punto de vista cultural diversas como Belice, Guatemala y Honduras. Estos países han limitado la capacidad técnica para el trabajo con grupos desde un punto de vista cultural diversos especialmente con poblaciones nativas.

El monitoreo y la evaluación dirigidos a la vigilancia epidemiológica.

Dirigir la vigilancia epidemiológica, monitorear y evaluar programas de PTMI es quizás el desafío más unificador que todos países están enfrentando. Estudios epidemiológicos insuficientes, relacionados con estudios de segunda generación (estudios conductuales) son comunes entre los países, a excepción de Cuba que realiza estos estudios cada dos años.

El sistema de información epidemiológico es débil en la mayoría de los países. Adicionalmente la existencia de una débil, inconsecuente, o inadecuada labor de monitoreo y evaluación es común entre los países. Aunque algunas evaluaciones de formación y análisis situacional han sido dirigidos. (Por ejemplo; Cuba, Guatemala y Honduras) La mayoría de los países tienen que reforzar esta área especialmente en el desarrollo, la recolección y análisis de los datos con indicadores para medir el impacto del programa.

Sostenibilidad de programas de PTMI

Mientras la mayoría de los países han defendido la inclusión de PTMI en programas de Atención Materno Infantil y algunos han logrado mucho incluyéndolo en Programas Nacionales de sida y en las prioridades de sus Ministerios de Salud, la mayor parte de los programas de PTMI en muchos de los países participantes todavía dependen de financiación externa como, Fondo Mundial, Banco Mundial, USAID, PEPFAR, y UNICEF con algunas excepciones (Cuba y Bahamas). La sostenibilidad de PMTCT es un asunto esencial para la supervivencia de este programa y la reducción persistente de la transmisión de VIH de madre a niño. Hay una necesidad de emprender diferentes clases de ejercicios como el análisis de costo-beneficio, para garantizar la sostenibilidad de programas de PTMI.

Anexo 4. Reunión plenaria realizada en Cuba.

Taller “Experiencias y Lecciones aprendidas en Prevención de la transmisión Materno-Infantil del VIH en la región de las Américas y el Caribe”.

Del 10 al 12 de julio sesiono en el Hotel Nacional de Cuba el taller regional: “Experiencias y lecciones aprendidas en prevención de la transmisión materno infantil del VIH/sida en la región de las Américas y el Caribe”, el cuál constituyó la primera acción del proyecto, con al participación de dos representantes por país de Bahamas, Belice, Guyana, Jamaica, Honduras, Guatemala y Cuba. Nicaragua no se presento por problemas logísticos.

Conto con la presencia de Dra. Lea Guido López, representante de OPS/OMS, el Dr. Gonzalo Estévez Torres, Viceministro de Salud de Ministerio de Salud Pública de Cuba, quienes se encargaron de ofrecer la bienvenida a los participantes del Taller. La Dra. Mariela Lincha Salomón, Coordinadora de Unidad de Apoyo a Países (CSU), la Dra. Rosaida Ochoa Soto, Directora del Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida. Participaron además como invitados al Taller el Dr. Luis Estruch Rancaño del Consejo de Estado y la Dra. Patricia Varona, de la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Cuba, entre otros.

El taller se enfocó en la documentación de experiencias y lecciones aprendidas en el tema y la identificación de posibles áreas de cooperación según las brechas identificadas en esta área. Durante las secciones de la mañana se hicieron las presentaciones por países y en las tardes visitas de terreno a centros de salud de los diferentes niveles de atención; Policlínico Héroes del Corintya, Consultorio del médico y la enfermera de la familia, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida y el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí.

Las áreas de cooperación identificadas fueron;

1. Seguimiento del niño en APS (guías y organización de servicios).
 - Guatemala con Bahamas y Cuba
 - Guyana y Cuba
 - Jamaica con el resto

2. Aumento de la captación de mujeres embarazadas VIH incluyendo consejería
 - Guatemala con Bahamas (énfasis durante labor y parto)
 - Honduras, Guatemala y Cuba (consejería y prueba)
 - Guyana con Cuba y Bahamas.

3. Prevención primaria con enfoque en grupos vulnerables (mujeres y HSH) y participación comunitaria, incluyendo prevención positiva
 - Bahamas con Cuba
 - Guyana con Cuba
 - Jamaica con Cuba
 - Belice con Bahamas y Cuba
 - Honduras y Guatemala Belice (trabajo con parteras tradicionales)
4. Monitoreo y evaluación (entre todos los participantes)
 - Recolección y análisis de datos para indicadores de impacto
 - Evaluación

5. Integración de Prevención de la Transmisión Materno Infantil a servicios de MaternoInfantil
 - Bahamas con Belice.

6. Vigilancia epidemiológica
 - Cuba, interés en vigilancia centinela
 - Guatemala tiene experiencia en este campo
 - Honduras interesada en vigilancia de segunda generación

7. Investigación de nuevas técnicas de diagnóstico
 - Cuba interesada en ampliar investigación de PCR en papel de filtro y detección de antígeno P24 en niños (Pruebas PCR con sangre seca en papel de filtro en niños, esta prueba necesita una evaluación se ha probado en adultos, pero la población de niños infectados con VIH y en estudio por nacer de madres con VIH es muy baja en nuestro país y no es representativa para poder efectuar la evaluación de esta prueba, por lo que considera que si algunos de los países que están participando se interesara podrían completarse el estudio de evaluación de esa prueba para su aplicación en niños)
 - Guyana interesada en evaluación de la capacidad para inicio de PCR
 - Jamaica
 - Belice
 - Honduras
 - Cuba genera la propuesta y el protocolo de investigación.

Próximos pasos.

- Realización de un Foro Interactivo con el tema Prevención Primaria. (Cuba).
- Realización de un Foro Interactivo con el tema Consejería y prueba. (Bahamas).
- Realización de un Foro Interactivo con el tema Tratamiento y Cuidados a personas con VIH. (Honduras).
- Realización de un Foro Interactivo con el tema Sitios centinelas. (Guatemala).

Líneas para un futuro plan de acción.

- Proyecto TCC colectivo (los 7 países). (Áreas de interés de cooperación entre países en relación a las debilidades identificadas en sus programas).
- Línea de base para indicadores de impacto. (Construcción conjunta de Indicadores para medir el impacto de las acciones, tomando como base los de la OPS).
- Visitas de campo (study tours) de acuerdo a áreas de interés para generar proyectos para el próximo bienio. (Levantamiento y sistematización de las experiencias y mejores prácticas en el terreno en relación al área identificada. Obtención de una línea de base para indicadores de impacto. Guatemala (Sitios centinelas); Bahamas y Jamaica (Consejería y pruebas); Honduras (Tratamiento y cuidados a personas con VIH)).
- Proyecto de Investigación Multicéntrico. (Investigación de PCR en papel de filtro y detección de antígeno P24 en niños (Pruebas PCR con sangre seca en papel de filtro evaluada en adultos, necesita evaluación en niños, la población de niños infectados con VIH y en estudio por nacer de madres con VIH es muy baja en Cuba no siendo representativa para poder efectuar la evaluación de esta prueba, por lo que se considera completar el estudio de evaluación de esa prueba para su aplicación en niños, con la cooperación de Guyana ,Jamaica, Belice, Honduras, Guatemala).
- Proyectos bilaterales o por grupos de países para el próximo bienio, en relación a las áreas anteriormente expuestas.

Implicaciones

- Proyecto colectivo aprobado por todos los países. 15 de Agosto.
- OPS HQ debe enviar borrador de la propuesta. 31 de Julio.
- Países revisar y enviar la respuesta. 15 de Agosto.
- Ejecución de las actividades antes de Diciembre 2007.

Se produjeron intervenciones que se interesaban por conocer las vías y modos en que se materializaría la colaboración e intercambio para lo cual la Dra. Amalia del Riego presento una propuesta que sería con: proyectos bilaterales o por grupos, proyecto de investigación Multicéntrico de Cuba con los países interesados.

Por otra parte el Dr. Erick Rousselin, representante del Ministerio de Salud en Guatemala, propuso la búsqueda de apoyo financiero para el desarrollo de los proyectos, consideración que se valoró oportuna agilizar con su apoyo.

En esta sesión queda el compromiso de Cuba (Laboratorio de Referencia-Programa Nacional) para enviar la propuesta de proyecto y protocolo de investigación relacionado con la PCR en papel de filtro.

Se conciliaron además con los participantes las fechas tentativas de los pasos que seguirán a este Taller para poder materializar los intercambios entre países. Como ejercicio de conclusión del Taller la Dra. Rosaida Ochoa solicitó a los participantes que trasmitiesen en plenaria sus apreciaciones en relación con el cumplimiento de las expectativas que tenían para este Taller. De modo general en todos los casos manifestaron haber sobre cumplido sus expectativas y sentir satisfacción por los aportes que se tuvieron en pos del trabajo cooperado para esta región.

Otras actividades

En el marco de este proyecto se realizaron además el Simposio Internacional de Sida y Calidad de Vida con enfoque sociocultural y tres foros virtuales con los temas, Prevención Primara del VIH, Maternidad y VIH y Estigma y discriminación relacionados al VIH, los cuales contaron con la participación de cubanos y extranjeros.

Estos se planificaron y realizaron en colaboración entre el Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/sida e INFOMED. Para el desarrollo de los mismos se habilitó una dirección electrónica <http://forosida2007.sld.cu>, en ingles y español, teniendo en cuenta que algunos de los participantes eran de habla inglesa.

Se promocionaron a través de la OPS y los contactos con los participantes a la reunión plenaria en Cuba.

Foro Interactivo: Prevención Primaria del VIH; este foro permaneció abierto desde los días 19 al 28 de Noviembre de 2007. Conto con la presencia de dos moderadores, especialistas en el tema, la Dra. Francisca Pérez Pérez y el Dr. Luis Enrique Bueno.

Los temas a debatir fueron.

- ¿Qué entiende Ud. Por prevención primaria en VIH?
- ¿Cuál ha sido la experiencia en su país en el tema?
- ¿Qué acciones sugiere para fortalecer la prevención primaria en VIH?

Participaron del foro, cubanos y extranjeros, propiciándose un interesante debate en relación al tema. Accedieron al sitio 36 personas y participaron del debate 12.

Todos los participantes expusieron conceptos válidos desde sus experiencias en relación al tema. Los criterios recogidos versaron alrededor de la importancia de acciones de información, comunicación, educación a todos los niveles, desde edades tempranas abarcando todos los grupos y teniendo en cuenta sus características y especificaciones.

La utilidad de los servicios de consejería como puerta de entrada a la prevención primaria, no solo del VIH y otras ITS, sino además como una fuente de promoción y educación para la salud en general y para todos los grupos de edades.

La disponibilidad y accesibilidad de condones para favorecer el cambio de comportamiento en relación al uso del condón.

La necesidad de un adecuado manejo del contexto social en relación al riesgo y la vulnerabilidad, el estudio de estos factores para crear acciones efectivas.

El valor de la incorporación de las personas con VIH a la prevención, no solo como facilitadores del proceso, sino además, como una forma de mejorar su calidad de vida al verse involucrados en actividades útiles, lo cual eleva su autoestima, ayuda a prevenir el estigma y la discriminación.

Para fortalecer la prevención primaria, la mayoría abogó por educación sexual desde la infancia, libre de estereotipos de género, que son obstáculos para la prevención, la inclusión del auto cuidado dirigido a educar a las personas en la cultura de la responsabilidad, como forma de lograr que se adquieran hábitos y costumbres preventivos de cuidado, la Asertividad, la autoestima y la prevención de cualquier forma de estigma.

Un tema muy debatido fue la necesidad de llevar a cabo acciones específicas en pos de la aceptación y el respeto a la diversidad sexual.

Este foro se mantuvo abierto durante una semana más para permitir al acceso a la información por otros usuarios.

Simposio Internacional de Sida y Calidad de Vida con enfoque sociocultural desarrollado los días 28, 29 y 30 de Noviembre de 2007 en la provincia Holguín, contó con la participación de delegados cubanos y provenientes de países de la Región de América Latina y el Caribe. El taller se dirigió a la exposición de las mejores prácticas en relación a la prevención primaria del VIH desde un enfoque sociocultural.

Se realizaron visitas de terreno a la comunidad “Los Guillenes”, donde existen variadas modalidades de intervención, como la creación de mini bibliotecas con los recursos de la comunidad, talleres de artes manuales, actividades culturales desarrolladas por los niños, jóvenes y el círculo de abuelos. Con el objetivo de involucrar a las personas de la comunidad en las actividades, incluidas las personas con VIH.

Se visitó además el área de Salud “Mario Gutiérrez”, que posee un Centro Comunitario de nuevo tipo para la labor de prevención de las ITS-VIH/sida donde se hace énfasis en los principales problemas de salud relacionados con los factores de riesgo sobre todo los sociales.

Se propicio la interacción de los participantes con un Equipo de Ayuda Mutua (EAM). Este evento evidenció la importancia de involucrar a todos los grupos en la prevención teniendo en cuenta la diversidad sociocultural y como esta participación y la existencia de redes sociales favorecen una mejor calidad de vida de las personas con VIH. Las personas que conocían la comunidad con anterioridad hablaron del cambio que se ha generado en esta donde hace apenas unos años había serios problemas sociales y de salud, los cuales se han minimizado.

Foro interactivo: Maternidad y VIH. Se inicio el día 10 de Junio de 2008. Contó con la presencia de dos moderadores, especialistas en el tema, el Licenciado Jorge Barrameda, la Licenciada Lidice Mederos Villalón y la Dra. Susett Pérez.

Los temas a debatir fueron.

- ¿Qué factores debe tener en cuenta una mujer seropositiva para salir embarazada?
- ¿Considera Ud. que la embarazada debe tener relaciones protegidas durante todo el embarazo? ¿Por qué?
- ¿Considera Ud. Que la opinión medica esta por encima de la opinión personal de la mujer seropositiva?

Accedieron al sitio y participaron del debate 88 personas, propiciándose un interesante debate en relación al tema. Todos los participantes expusieron opiniones basadas en sus experiencias en relación al tema

Los criterios recogidos estuvieron relacionados con los servicios existentes para la mujer embarazada, los servicios de consejería para embarazadas, la atención medica en la consulta de planificación familiar, la atención prenatal, los cuidados específicos dirigidos a la mujer seropositiva en relación a la higiene integral de la embarazada, o sea la nutrición, reposo, atención medica y estomatológica, uso del condón, consultas especializadas entre otros. En este sentido todos estuvieron de acuerdo en la importancia del uso del codón durante el embarazo, no solo para la mujer seropositiva, sino en todas las embarazadas como forma de prevenir otras ITS y el parto pre término.

En cuanto a la toma de decisiones en relación a la gestación, todos opinan que es una decisión de la familia, o sea los padres, que el criterio médico es de gran valor para la orientación del momento oportuno en relación a los efectos de la gestación para la madre y el niño y los cuidado a seguir, pero solo es una función orientadora, pues la familia tiene el derecho de llevar a cabo su función reproductiva, siempre teniendo en cuenta el bienestar, cuidado y protección de sus miembros y siguiendo las orientaciones del equipo médico, sobre todo en relación a la adherencia al tratamiento y los cuidados de la madre y el recién nacido, para lograr el mínimo de riesgos, reduciendo de esta forma la morbimortalidad de ambos, y haciendo cumplir de esta forma los derechos del niño, sobre todo en relación a la transmisión materno infantil del VIH.

Todos opinan que los aspectos a tener en cuenta al planificar el embarazo se relacionan con las condiciones de salud y socioeconómicas de la familia, siempre siguiendo las orientaciones del equipo de salud. En aras de prevenir cualquier evento que atente contra la salud familiar y asegurar la salud integral de la misma.

En general los criterios recogidos muestran un adecuado nivel de conocimientos de los usuarios acerca de los temas expuestos y el respeto a la decisión de la familia acerca de la maternidad, así como la importancia de mantener un estrecho vínculo con el equipo de salud, el seguimiento de las orientaciones médicas y la importancia de la adherencia al tratamiento, como formas de garantizar una adecuada salud materno infantil. Muchas opiniones estuvieron relacionadas con el algoritmo de tratamiento de la embarazada seropositiva, y el seguimiento al recién nacido, las legislaciones vigentes relacionadas con la atención prenatal y derechos y deberes de las embarazadas. Lo cual evidencio un adecuado nivel de conocimientos acerca de la temática.

Este foro se mantiene abierto actualmente para permitir al acceso a otros usuarios.

Foro interactivo: Estigma y Discriminación. Se inicio el día 7 de Julio de 2008. Conto con la presencia de dos moderadores, especialistas en el tema, el Licenciado Jorge Barrameda y la Dra. Susett Pérez.

Los temas a debatir fueron.

- ¿Cuál es su opinión sobre la existencia una pareja serodiscordante en VIH/sida?
- A algunas personas con VIH al ser diagnosticadas su jefe les ofrece otro trabajo “para ayudarlo”
- ¿Considera usted que una persona con VIH debe dejar de trabajar al conocer su diagnóstico

Accedieron al sitio y participaron del debate 42 personas, propiciándose un interesante debate en relación al tema.

Los participantes expusieron opiniones basadas en sus experiencias en relación al tema. Todos refieren que no existe ningún impedimento en las relaciones entre personas serodiscordante al VIH, que lo importante es protegerse ambos miembros de la pareja, uno para evitarla infección por VIH y el otro para prevenir alguna ITS que pueda afectar su estado de salud. Todos refieren que esta es una decisión personal, que lo que debe primar es la sinceridad entre ambos miembros de la pareja, el amor, la protección mutua. En este sentido todos estuvieron de acuerdo en la importancia del uso del codón y la practica del sexo seguro.

En cuanto a la pregunta que trata el cambio de trabajo como forma de “ayudar a un persona con VIH” la mayoría opina que esta actitud es inadecuada, una forma de discriminación y que además es una violación de la legislación vigente. Además de ser una situación que afecta la salud de la persona con VIH pues la depresión, el aislamiento deprime el sistema inmunológico y deterioran aun más la salud.

Todos opinan que las personas con VIH, después del diagnóstico deben integrarse más a la vida social y laboral, siempre que su estado de salud lo permita, pues esta es una forma de mejorar su salud y además de sentirse útiles e iguales a los demás, muchos opinan que la reinserción laboral de las personas con VIH es una forma de prevenir el estigma y la discriminación y además una forma de contribuir al desarrollo del país y a su desarrollo personal.

En general los criterios recogidos muestran un adecuado nivel de conocimientos de los usuarios acerca de los temas expuestos, así como la aceptación y respeto hacia las personas con VIH refuerzan las decisiones personales acerca de la elección de la pareja o los derechos sobre temas como el trabajo, estudio, etc.

La mayoría de las opiniones se relacionaron con la legislación y políticas que deben ser adoptadas en el lugar de trabajo.

Este foro se mantiene abierto actualmente para permitir el acceso a otros usuarios.