



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Coordinación entre programas de salud neonatal y de Atención Integral para mejorar el seguimiento de la exposición perinatal al VIH en niños y sus familias: Evaluación en hospitales selectos de la Republica Dominicana

**Santo Domingo, República Dominicana
Septiembre, 2013**

Este reporte fue hecho posible por el generoso apoyo del pueblo americano a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID por sus siglas en inglés), bajo los términos del Acuerdo Cooperativo Principal con Asociados GHS-A-00-08-00002-00. Los contenidos son responsabilidad del Programa Integrado de Salud Materno-Infantil (MCHIP por sus siglas en inglés) y no reflejan necesariamente la opinión de USAID o del gobierno de los Estados Unidos.

El Programa Integrado de Salud Materno-Infantil (MCHIP por sus siglas en inglés) es el programa materno, neonatal e infantil estandarte de la Oficina de Salud Global de USAID. MCHIP apoya programas en salud materna, neonatal e infantil, inmunizaciones, malaria, nutrición, y VIH/SIDA, y promueve intensamente las oportunidades de integración entre los mismos. Las áreas técnicas transversales incluyen agua y saneamiento, higiene, salud urbana, y fortalecimiento de los sistemas de salud.

Contenidos

PRESENTACIÓN	1
I. ANTECEDENTES	3
II. OBJETIVOS	7
General	7
Específicos	7
III. ASPECTOS METODOLÓGICOS	9
Diseño.....	9
Población de estudio	9
Procedimientos	10
Operacionalización de objetivos y preguntas de investigación	11
Consideraciones éticas	13
Alcance de la evaluación.....	13
IV. RESULTADOS.....	15
Componente cuantitativo	15
Estadísticas básicas	15
Transmisión perinatal del VIH: cascada de servicios	17
Centros de salud incluidos en la evaluación.....	17
Análisis comparativo por centro de salud	23
Tamizaje de Sífilis	27
Componente cualitativo.....	28
PMC Y PNRTV: Experiencia de las usuarias	28
Contexto del Programa Madre Canguro (PMC)	28
Oportunidades del PMC.....	30
Impacto del PMC en la calidad de vida de mujeres y sus familias.....	31
PMC Y PNRTV: Perspectivas de integración de servicios.....	32
V. DISCUSIÓN	35
Todas las madres y recién nacidos.....	35
Familias del PMC	37
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	40
VII. REFLEXIONES FINALES	42
VIII. REFERENCIAS.....	45

ANEXOS:

ANEXO I. FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
ANEXO II. RESUMEN DE DATOS RECOPIADOS	50
ANEXO III. INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS: COMPONENTE CUANTITATIVO	51
ANEXO IV. INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS: COMPONENTE CUALITATIVO	55

Presentación

Los estudios conducidos en las últimas décadas en la República Dominicana, señalan, de manera reiterada, la paradoja existente entre el alto porcentaje de atención prenatal (98.9%), atención al parto por personal de salud calificado (97.8%) y la atención institucional al parto (97.5%)¹, en contraste con la alta razón de mortalidad materna (159 muertes por 100,000 nacimientos vivos) y neonatal (23 muertes por 1,000 nacimientos vivos) en el país¹. Según indican los resultados de estudios previos sobre el tema, la explicación de esta aparente paradoja está vinculada a la pobre calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos en los centros de salud dominicanos, de manera especial en el sector público, en el cual se atiende el 76.0% de todos los partos institucionalizados.²⁻⁵

Ante lo anteriormente expuesto, que refleja en parte la realidad de la atención materno-infantil y de la calidad de la atención que se le brinda al binomio madre-hijo en la República Dominicana, y ante la evidencia de una tasa de mortalidad infantil en el país de 17 por 1,000 nacidos vivos, por encima del promedio de la Región, a expensas de la tasa de mortalidad neonatal, la cual ha mantenido una tendencia al aumento durante las últimas dos décadas, y de que los Objetivos del Milenio (ODM) 4 y 5 han mostrado una pequeña reducción en Latinoamérica y el Caribe, los cuales a la fecha deberían haber mostrado una reducción de al menos 6.3% y 5.5% por año para cumplir con las metas trazadas para el año 2015, se han establecido una serie de alianzas con agencias de cooperación internacional para poder cumplir con los ODM.

Como parte de esas alianzas para la reducción de los índices de mortalidad materna e infantil en el país surge el apoyo del Programa Integrado de Salud Materno Infantil (MCHIP, por sus siglas en inglés), el cual es el proyecto insignia sobre esta temática del Programa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés). En la República Dominicana, MCHIP trabaja en colaboración con el Proyecto de Centros de Excelencia para reducir las tasas de mortalidad neonatal y promover la salud del recién nacido a través de la implementación del Programa Madre Canguro (PMC), y manejo de sepsis y asfixia neonatales en centros de excelencia seleccionados del país.

Asimismo, el análisis de la cobertura y la calidad de los servicios de salud materno-infantil relevantes para la morbilidad y la mortalidad infantil en la República Dominicana, ha de enfocar las intervenciones y los factores propios de la atención prenatal, incluyendo entre otros servicios, los relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), específicamente el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV).

Es que, aunque la tasa de prevalencia de VIH en la República Dominicana es baja, menos del 1% de la población está infectado por el virus, existen condiciones operativas que se comportan como limitantes para reducir aún más la prevalencia de la enfermedad, en general, y, del SIDA pediátrico, en particular.

En lo que concierne al SIDA pediátrico, tal y como señalan los estudios previos sobre este tema, las dificultades logísticas en la ejecución del PNRTV y su cobertura, incluyendo la brecha de captación de las embarazadas asociada a un sistema de salud que no responde a las necesidades de la gestante que acude a los servicios públicos de salud en la República Dominicana, así como las limitaciones en el seguimiento post parto del binomio madre-hijo con la posibilidad de mezcla de fórmula y lactancia durante este periodo, incrementan los riesgos de la transmisión perinatal del VIH después del parto y también de otras infecciones como la sífilis congénita.

La presente evaluación intenta valorar si los servicios de atención al neonato, específicamente el PMC, la unidad de neonatos y el internamiento conjunto en maternidad, podrían convertirse en una estrategia operativa para identificar infantes expuestos a VIH perinatalmente y sus familias, y mejorar sus nexos con la Unidad de Atención Integral para el cuidado de las personas viviendo con dicho virus en la República Dominicana, así como explorar la factibilidad de implementación de una iniciativa compartida de este tipo a corto y mediano plazo que pueda mejorar las acciones de prevención del VIH post parto (evitar mezcla de lactancia y fórmula, motivar el uso y cumplimiento de antirretrovirales en la madre y su pareja, etc.), que pueden repercutir en la reducción de la prevención de esta forma de transmisión del virus en el país.

La evaluación incluyó un enfoque cuanti-cualitativo, para examinar el resultado del seguimiento post parto de niños expuestos perinatalmente al VIH, incluidos o no en la Estrategia de Madre Canguro, o captados en otros servicios relacionados, en cuatro centros seleccionados de la República Dominicana: Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina (Santo Domingo Este), el Hospital Antonio Musa (San Pedro de Macorís), el Hospital San Vicente de Paul (San Francisco de Macorís) y el Hospital Luis Morillo King (La Vega).

El presente documento describe las actividades realizadas en el contexto de esta evaluación, así como los hallazgos más relevantes desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa, incluyendo el análisis de las estadísticas hospitalarias reunidas y las recomendaciones de mejora relacionadas con los hallazgos observados.

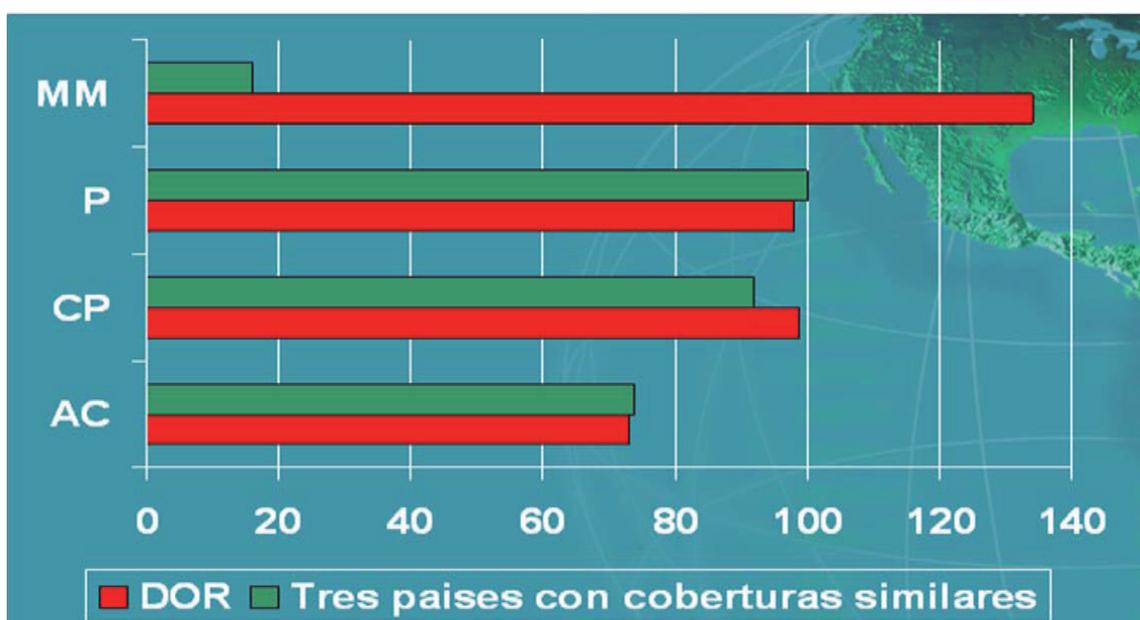
I. Antecedentes

A nivel mundial, la razón de mortalidad materna (RMM) ha declinado de 400 en 1990 a 260 en el año 2008, lo que representa un 34% de reducción durante este período con un cambio anual de 2.3%. Esta reducción refleja una disminución en las muertes maternas de 546,000 en 1990 a 248,000 para el año 2008.¹

A pesar de esta disminución a nivel mundial en la RMM, la mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe. Característicamente, las mujeres de América Latina y el Caribe todavía mueren de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX.⁶

La República Dominicana cuenta con un alto porcentaje de atención prenatal (98.9%), atención al parto por personal de salud calificado (97.8%) y la atención institucional al parto (97.5%),¹ sostenido a lo largo de las últimas décadas.⁶ No obstante, contrario a lo observado en otros países con coberturas de atención prenatal y del parto similares a las reportadas en República Dominicana (ver gráfico debajo), este acceso casi universal a la atención en salud sexual y reproductiva no está reflejado en la reducción de la razón de mortalidad materna en el país, la cual, según la ENDESA 2007, alcanza 159 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos.⁷

Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna (MM), Cobertura del Parto (P), Control Prenatal (CP) y de Anticonceptivos (AC) en República Dominicana (DOR) y otros tres países con coberturas similares.⁷



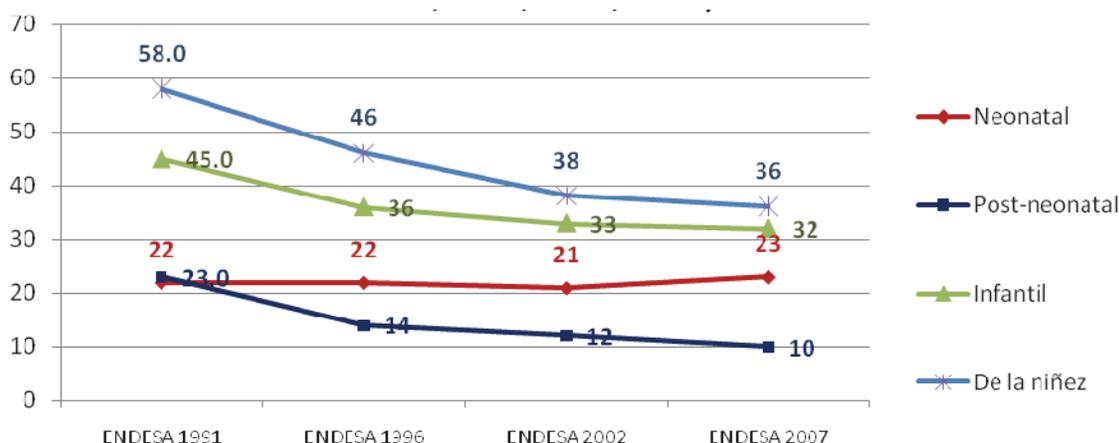
Más aún, entre 61.7% y 71.8%,⁸ de todas las muertes maternas reportadas en la República Dominicana se han considerado como prevenibles, cuestionando la calidad de la atención prestada a las usuarias que acuden a los centros de salud de este país. Según indican los resultados de estudios previos sobre el tema, la explicación de esta aparente paradoja está vinculada a la pobre calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos en los

centros de salud dominicanos, de manera especial en el sector público, en el cual se atiende el 76.0% de todos los partos institucionalizados.⁹

Como parte de evaluaciones previas de servicios de salud sexual y reproductiva en la República Dominicana,²⁻⁵ se ha identificado una amplia gama de deficiencias en los mismos, vinculadas, entre otros aspectos a la poca preparación, motivación laboral y supervisión del personal de salud, dificultades del sistema referimiento, limitaciones de equipos y de espacio físico, pobres condiciones de higiene, y el incumplimiento de las Normas Nacionales de atención.

Esta observación es compatible con lo observado en las tendencias de mortalidad infantil en la República Dominicana, donde a pesar de la reducción de la tasa general de mortalidad infantil en el país, el componente de mortalidad neonatal, referido a las muertes ocurridas en los primeros 28 días de vida ha permanecido relativamente estable a lo largo de las últimas décadas (Gráfico 2), implicando estos datos la necesidad de una reorientación de las políticas públicas dirigidas a la reducción de la mortalidad infantil hacia la mejora de la calidad de servicios de salud materno-infantil.

Gráfico 2. Mortalidad neonatal, post-neonatal, infantil y de la niñez / 1000 nacidos vivos de mujeres en edad reproductiva (ENDESA 1991, 1996, 2002, 2007)



La mortalidad neonatal está asociada a precariedades económicas, la calidad de la atención al parto y al post parto inmediato, entornos desfavorables para el desarrollo humano, condiciones de subsistencia infrahumanas, etc. En la República Dominicana actualmente las principales causas de mortalidad neonatal son síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (complicación de nacimientos prematuros), sepsis bacteriana del recién nacido y la hipoxia intrauterina o asfixia del nacimiento¹⁰, por lo cual se da prioridad a iniciativas recomendadas por la Alianza Neonatal para Latinoamérica y el Caribe tales como la estrategia de Madre Canguro, el programa de reanimación neonatal básica “Ayudando a los Bebés a Respirar” y la prevención de infecciones neonatales intra-hospitalarias entre otras.

Asimismo, el análisis de la cobertura y la calidad de los servicios de salud materno-infantil relevantes para la morbilidad y la mortalidad infantil en la República Dominicana, ha de enfocar las intervenciones y los factores propios de la atención prenatal, incluyendo entre otros servicios, los relacionados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), específicamente el Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH (PNRTV).

Es que, aunque la tasa de prevalencia de VIH en la República Dominicana es baja, menos del 1% de la población está infectado por el virus¹, existen condiciones operativas que se comportan como limitantes para reducir aún más la prevalencia de la enfermedad, en general, y, del SIDA pediátrico, en particular.

En el caso de del SIDA pediátrico, tal y como señalan los estudios previos sobre este tema,¹¹ las dificultades logísticas en la ejecución del PNRTV y su cobertura, incluyendo la brecha de captación de las embarazadas asociada a un sistema de salud que no responde a las necesidades de la gestante que acude a los servicios públicos de salud en la República Dominicana, así como las limitaciones en el seguimiento post parto del binomio madre-hijo con la posibilidad de mezcla de fórmula y lactancia durante este periodo, incrementan los riesgos de la transmisión perinatal del VIH después del parto y de otras infecciones como la sífilis congénita.

Ante lo anteriormente expuesto, que refleja en parte la realidad de la atención materno-infantil y de la calidad de la atención que se le brinda al binomio madre-hijo en la República Dominicana, y ante la evidencia de una tasa de mortalidad infantil en el país de 17 por 1,000 nacidos vivos, por encima del promedio de la Región, y de que los Objetivos del Milenio (ODM) 4 y 5 han mostrado una pequeña reducción en Latinoamérica y el Caribe, los cuales a la fecha deberían haber mostrado una reducción de al menos 6.3% y 5.5% por año para cumplir con las metas trazadas para el año 2015, se han establecido una serie de alianzas con agencias de cooperación internacional para poder cumplir con los ODM.¹²

Como parte de esas alianzas para la reducción de los índices de mortalidad materna e infantil en el país surge el apoyo del Programa Integrado para la Salud Materno Infantil (MCHIP, por sus siglas en inglés), el cual es el proyecto insignia sobre esta temática del Programa de Ayuda para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (USAID, por sus siglas en inglés).¹³

En la República Dominicana, MCHIP trabaja en colaboración con el Proyecto de Centros de Excelencia para reducir las tasas de mortalidad neonatal y promover la salud del recién nacido a través de la implementación del Programa Madre Canguro (PMC, que se conoce también como KMC, por sus siglas en inglés), y manejo de sepsis y asfixia neonatales en centros de salud seleccionados del país.¹²⁻¹³ En estudios publicados recientemente se ha informado que el PMC ha reducido en un 50% la mortalidad neonatal comparado con manejo convencional, tendencia que parecen estar siguiendo ya algunos centros que implementan el programa en el país¹⁴⁻¹⁵

PMC es una forma especial de atención para los niños prematuros y de peso bajo al nacer a través del contacto continuo de piel a piel con su madre, la alimentación exclusiva con leche materna, y el alta temprana con seguimiento riguroso. Este método promueve una buena condición de salud y bienestar en el niño mediante el control térmico adecuado, afecto, lactancia materna exclusiva y prevención de infección, así como mantener los signos vitales dentro de los parámetros fisiológicos, menor riesgo de infección nosocomial, menos llanto, mayor vínculo entre padres e hijo y potencialmente mayor índice de desarrollo neurológico, como se sugiere en un estudio reciente.¹⁶ Se inicia en el hospital y se continua en la casa. Además, uno de los elementos más importantes del Programa es el alta temprana, con seguimiento estricto durante el primer año de vida, lo cual permite crear nexos con otros servicios de salud integral a la familia, incluyendo el posible vínculo con el programa de VIH en el caso de ser necesario.

No caben dudas de los efectos beneficiosos del PMC en niños prematuros o de bajo peso al nacer, sobre todo durante el primer año de vida, siendo este uno de los pilares del proyecto MCHIP en República Dominicana. Este proyecto, cuyo objetivo número 4 propone mejorar los vínculos entre los programas de salud neonatal y los servicios de la prevención de la transmisión perinatal y el tratamiento de VIH y del SIDA en Centros de Excelencia Materno Infantiles

seleccionados de la República Dominicana, como parte de la estrategia nacional de PEPFAR, pretende examinar si el PMC y otros servicios hospitalarios de salud neonatal podrían optimizar la identificación y la referencia oportuna para la atención a los niños expuestos al VIH y sus familias a través de los hospitales en que se implementa el proyecto de MCHIP.

Con el fin de evaluar el potencial impacto que tienen los programas de salud neonatal de MCHIP en reducir las “oportunidades perdidas” para dar seguimiento a familias con VIH/SIDA, se diseña la presente evaluación para indagar sobre las estadísticas básicas relacionadas con la prevención de la transmisión perinatal del VIH en cuatro centros seleccionados del país donde se está implementado el PMC, así como los resultados y factores asociados al seguimiento post parto en niños perinatalmente expuestos al VIH y sus familias.

II. Objetivos

GENERAL

Evaluar, cuantitativamente y cualitativamente, a través de la estrategia PMC y el alojamiento conjunto, el resultado de las acciones de prevención de la transmisión vertical del VIH y del seguimiento post parto de niños, madres y familias expuestos perinatalmente al virus que fueron asistidos en cuatro centros donde se implementa el proyecto MCHIP en la República Dominicana.

ESPECÍFICOS

1. Describir los indicadores de resultado de la cascada de servicios de la transmisión perinatal del VIH, así como estadísticas básicas relacionadas con los índices de morbi-mortalidad materna e infantil, incluyendo sífilis congénita, en cuatro centros de salud donde se lleva a cabo la estrategia PMC como parte de la implementación del proyecto MCHIP en la República Dominicana.
2. Evaluar la calidad de vida y factores relacionados con la prevención del VIH y sífilis pre, intra y post parto, mediante entrevistas cualitativas a las madres, padres o tutores de niños expuestos perinatalmente al virus, incluidos o no en PMC, identificados en los cuatro hospitales que participan en la evaluación.
3. Conocer y mejorar la percepción y conocimientos básicos de los diferentes actores involucrados en la prevención y manejo de la transmisión perinatal del VIH, así como sus apreciaciones del impacto potencial de los servicios de atención al neonato, especialmente el PMC, en la identificación y referencia a servicios de VIH para las familias afectadas.

Estos objetivos se formularon a partir de las siguientes preguntas de investigación, que guiaron el diseño metodológico de la evaluación, el proceso de recopilación de datos y el análisis de los mismos:

Para todas las madres y recién nacidos

1. ¿Cuánto conoce el personal que labora en áreas de atención al parto, maternidad, unidad de neonatología y servicios de PMC sobre el diagnóstico de VIH y manejo de PNRTV para madres y recién nacidos?
2. ¿Conocen todas las mujeres que acuden para la atención al parto su estatus de VIH? ¿El estatus de sus parejas?
3. ¿Reciben todas las mujeres VIH+ que acuden para la atención de parto, los servicios de SAI?
4. ¿Se le practica una cesárea a todas las mujeres VIH+?
5. ¿Reciben todos los recién nacidos expuestos al VIH la profilaxis con antirretrovirales (ARV) en el momento de nacimiento, según recomiendan las guías del Ministerio de Salud Pública (MSP)?
6. ¿Reciben todas las madres VIH+ y sus recién nacidos expuestos una cita o referimiento para el SAI en el momento de darle de alta?

Para las familias del PMC

1. ¿Conocen todas las mujeres en seguimiento ambulatorio de PMC su estatus de VIH?
2. ¿Se han realizado las parejas y otros hijos/as de mujeres VIH+ que se siguen en PMC una prueba de VIH?

3. ¿Reciben todos los miembros de las familias VIH+ atención en el SAI?
4. ¿Se le realizó una prueba de VIH al recién nacido expuesto a VIH que se sigue en PMC? ¿Se conocen los resultados?
5. ¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC, la profilaxis de ARV según las recomendaciones del MSP?
6. ¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC lactancia exclusiva? ¿Fórmula exclusiva? ¿Recibió la madre consejería sobre las opciones de alimentación?
7. ¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC cotrimoxazol, según las recomendaciones del MSP?
8. ¿Recibe el recién nacido VIH positivo que se sigue en PMC servicios de SAI?

III. Aspectos Metodológicos

DISEÑO

Se trata de una evaluación cuanti-cualitativa, para evaluar el resultado del seguimiento post parto de niños expuestos perinatalmente al VIH, incluidos en la Estrategia de Madre Canguro o captados en otros servicios relacionados, en cuatro centros seleccionados de la República Dominicana.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio incluyó las estadísticas hospitalarias de los últimos tres y medio años (enero 2010-junio 2013) relacionadas con la mortalidad materna y neonatal, la cascada de servicios del PNRTV y sífilis congénita, así como de los niños beneficiados por el PMC en cuatro centros seleccionados de la República Dominicana, algunos de los cuales han sido expuestos perinatalmente al VIH. Siempre que fue posible, se tomaron en cuenta todos los niños incluidos en PMC en cada uno de los hospitales seleccionados y dos niños positivos al VIH, uno prematuro y el otro no prematuro, para comparar el seguimiento post parto y su calidad de vida. Los hospitales seleccionados para esta evaluación fueron el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina (Santo Domingo), el Hospital Antonio Musa (San Pedro de Macorís), el Hospital San Vicente de Paul (San Francisco de Macorís) y el Hospital Luis Morillo King (La Vega).

Criterios de inclusión

1. Todo niño expuesto perinatalmente al VIH que fuera incluido dentro de la Estrategia de PMC y en el Programa de Prevención de esta forma de transmisión del virus en uno de los cuatro hospitales donde se implementa el proyecto MCHIP.
2. Toda madre, padre o tutor de un niño expuesto perinatalmente al VIH incluido dentro de la Estrategia de PMC y en el Programa de Prevención de esta forma de transmisión del virus, en uno de los cuatro hospitales seleccionados, y que consintiera participar en un proceso de consentimiento informado para ser entrevistado en su casa o en el hospital donde el niño fue asistido.
3. Todo niño expuesto perinatalmente al VIH y que no fuese incluido dentro de la Estrategia de PMC, en los dos años previos a iniciar esta estrategia, en uno de los cuatro hospitales seleccionados donde fue asistido para la prevención de esta forma de transmisión del virus.
4. Toda madre, padre o tutor de un niño expuesto perinatalmente al VIH que no hubiese sido incluido dentro de la Estrategia de PMC pero si en los dos años previos a iniciar esta estrategia en el Programa de Prevención de esta forma de transmisión del virus, en uno de los cuatro hospitales seleccionados, y que consintiera participar en un proceso de consentimiento informado para ser entrevistado en su casa o en el hospital donde el niño fue asistido.
5. Los/as integrantes del equipo gerencial, los Coordinadores de Servicios de Atención Integral y el personal de atención materno-neonatal de los cuatro hospitales seleccionados, que consintieran participar en un proceso de consentimiento informado para ser parte de un grupo de discusión relacionado con la temática de estudio.

Criterios de exclusión

1. Toda persona que cumpliera con los criterios de inclusión pero que no fue captada en los cuatro hospitales seleccionados para esta evaluación.
2. Toda persona que no aceptase participar en un proceso de consentimiento informado, o que aceptase participar pero rehusara firmar el formulario de consentimiento.

PROCEDIMIENTOS

Se conformó un grupo de tres personas con experiencias en evaluación de campo relacionada con el área de la salud materno infantil y el VIH. Un líder de grupo con experiencia en ambos temas desarrollo conjuntamente con una experta en análisis cualitativo y con una pediatra con amplia experiencia en VIH la propuesta metodológica, así como las herramientas de recopilación de datos cuanti y cualitativos. Se pidió permiso a las autoridades de cada centro de salud seleccionado para revisar toda la información concerniente a la cascada de servicios de prevención de transmisión perinatal del VIH de los cuatro hospitales seleccionados (i.e. embarazadas en cuidado prenatal, consejería pre-prueba de VIH, pruebas de VIH realizadas, consejería post-prueba, , pruebas de VIH positivas, embarazadas que recibieron ARV, niños que recibieron ARV, total de cesáreas y embarazadas que recibieron fórmulas infantiles). También se tomaron en cuenta las estadísticas relacionadas con mortalidad materna e infantil, así como con la sífilis congénita.

Se invitaron a participar en la evaluación a las madres de todos los niños perinatalmente expuestos al VIH que hubiesen sido incluidas en la estrategia de PCM. Para esto se contactó a la Coordinadora de MCHIP en República Dominicana, la Dra. Nieves Rodríguez, para que le suministrara la información necesaria al equipo de trabajo y para que pudiese contactar a la madre del niño. Las madres fueron entrevistadas en el Centro de Salud en el cual fueron asistidas. Se invitaron a participar a dos niños expuestos al VIH, uno prematuro y el otro a término, perinatalmente expuestos al VIH. Se revisaron los expedientes de hasta dos años previos a la inclusión de la estrategia PMC para que el tiempo de selección del niño que fue escogido a través del PMC fuera lo más similar posible. Una vez se obtuvo la información de contacto, se le pidió a la madre del niño participar en un proceso de consentimiento informado, culminando con la firma de un formulario de consentimiento (ver ANEXO 1). Después de la firma del consentimiento informado, se procedió a realizar una entrevista cualitativa para obtener la información pertinente al seguimiento post parto del niño.

Se realizaron también grupos de discusión con el personal de los hospitales encargado del seguimiento de los niños VIH perinatalmente expuestos, así como con el personal de los servicios materno neonatales de los hospitales seleccionados. El ANEXO 2 presenta un resumen de los datos recopilados en cada uno de los hospitales incluidos en la presente evaluación, incluyendo las fechas correspondientes a su registro.

Análisis Estadístico del Componente Cuantitativo

Se elaboraron formularios para el registro de datos estadísticos relevantes para el análisis de los indicadores propuestos (ver ANEXO 3). Los datos reunidos fueron digitados en la base datos creada en Microsoft Excel y posteriormente analizados y procesados para su interpretación. Los resultados de este componente incluyen gráficos para presentar la información correspondiente a la cascada de servicios por los cuatro hospitales incluidos en la evaluación, así como su vinculación con la información cualitativa obtenida de los y las participantes.

Tomando en cuenta el carácter preliminar y provisional de los datos reunidos para el primer semestre del año 2013 en los diferentes establecimientos de salud, los mismos no se incluyen en tablas y gráficas presentadas en el presente informe, si bien se integran en la sección de Resultados las referencias a algunas de las tendencias observadas en su análisis.

Análisis de la información del Componente Cualitativo

Se elaboraron guías de discusión para las entrevistas cualitativas con las usuarias de servicios y los grupos de discusión con los proveedores de servicios en los hospitales seleccionados (ver ANEXO 4). Las mismas fueron construidas después de recoger los datos cuantitativos y de observar los diferentes pasos del Programa, tratando de flexibilizar su contenido para que sean

instrumentos, más de facilitación que de persuasión del proceso de conducción de la entrevista y los grupos de discusión.

Las entrevistas cualitativas y los grupos de discusión fueron grabados para fines de procesamiento, guardando la confidencialidad de los participantes, para lo cual, si el/ella así lo considerase, se sustituía su nombre durante la conducción de la entrevista por un seudónimo de su preferencia. Se les pedía a los participantes a ser entrevistados que participaran en un proceso de consentimiento informado, que culminaba con la firma de un consentimiento por escrito (ver Anexo 1). El análisis de datos reunidos se llevó a cabo de manera iterativa, con la participación de tres investigadores diferentes.

OPERACIONALIZACIÓN DE OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

A continuación se muestra la tabla de operacionalización de los objetivos de la evaluación, incluyendo la descripción de los mismos, las preguntas de investigación vinculadas a cada uno, la población de estudio, la metodología utilizada y el resultado esperado al finalizar la evaluación.

Cuadro 1. Operacionalización de objetivos y preguntas de investigación

OBJETIVO ESPECÍFICO	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN DE ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADO
Describir los indicadores de resultado de la cascada de servicios de la transmisión perinatal del VIH, así como estadísticas básicas relacionadas con los índices de mortalidad materna e infantil, incluyendo sífilis congénita, en cuatro centros seleccionados de la República Dominicana.	5.1.4. ¿Se le practica una cesárea a todas las mujeres VIH+? 5.1.5. ¿Reciben todos los recién nacidos expuestos al VIH la profilaxis con antirretrovirales (ARV) en el momento de nacimiento, según recomiendan las guías del Ministerio de Salud Pública (MSP)?	Usuarios seleccionados retrospectivamente incluidos en el PNRTV y/o de la estrategia de PMC, en cuatro centros de salud de la República Dominicana.	Revisión de expedientes para construir indicadores de resultado, incluyendo los registros del Departamento de Estadística, Epidemiología y los diferentes servicios relevantes para la atención a la salud materno-infantil (Gineco-obstetricia, Neonatología, Laboratorio, PNRTV y PMC).	Cobertura de servicios, niños positivos al VIH, entrega de fórmulas infantiles, Razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, prevalencia de VIH, prevalencia de sífilis congénita, índice de prematuridad.

OBJETIVO ESPECÍFICO	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN DE ESTUDIO	METODOLOGÍA	RESULTADO
<p>Evaluar la calidad de vida y factores relacionados con la prevención del VIH post parto, de niños expuestos perinatalmente al virus en los cuatros hospitales seleccionados, incluidos o no en PMC, mediante entrevistas cualitativas a las madres, padres o tutores de dichos niños.</p>	<p>5.1.2. ¿Conocen todas las mujeres que acuden para la atención al parto su estatus de VIH? ¿El estatus de sus parejas? 5.1.3. ¿Reciben todas las mujeres VIH+ que acuden para la atención de parto, los servicios de SAI? 5.1.6. ¿Reciben todas las madres VIH+ y sus recién nacidos expuestos una cita o referimiento para el SAI en el momento de darle de alta? 5.2.1. ¿Conocen todas las mujeres en seguimiento ambulatorio de PMC su estatus de VIH? 5.2.2. ¿Se han realizado las parejas y otros hijos/as de mujeres VIH+ que se siguen en PMC una prueba de VIH? 5.2.3. ¿Reciben todos los miembros de las familias VIH+ atención en el SAI? 5.2.6. ¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC lactancia exclusiva? ¿Fórmula exclusiva? ¿Recibió la madre consejería sobre las opciones de alimentación? 5.2.8. ¿Recibe el recién nacido VIH positivo que se sigue en PMC servicios de SAI?</p>	<p>Padres, madres o tutores de los niños seleccionados del PNRTV y/o de la estrategia de PMC, en cuatro centros de salud de la República Dominicana.</p>	<p>Entrevistas cualitativas, para analizar las percepciones de las madres, padres o tutores.</p>	<p>Reconstrucción de la calidad de vida del niño durante el periodo post parto.</p>
<p>Conocer la percepción de los diferentes actores involucrados en la prevención de la transmisión perinatal del VIH y en la reducción de la mortalidad materna e infantil, así como sus apreciaciones del impacto potencial del PMC en la identificación y nexos con los servicios relevantes.</p>	<p>5.1.1. ¿Cuánto conoce el personal que labora en áreas de atención al parto, maternidad, unidad de neonatología y servicios de PMC sobre el diagnóstico de VIH y manejo de PNRTV para madres y recién nacidos? 5.2.2. ¿Se han realizado las parejas y otros hijos/as de mujeres VIH+ que se siguen en PMC una prueba de VIH? 5.2.3. ¿Reciben todos los miembros de las familias VIH+ atención en el SAI? 5.2.4. ¿Se le realizó una prueba de VIH al recién nacido expuesto a VIH que se sigue en PMC? ¿Se conocen los resultados? 5.2.5. ¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC, la profilaxis de ARV según las recomendaciones del MSP? 5.2.7. ¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC cotrimoxazole, según las recomendaciones del MSP? 5.2.8. ¿Recibe el recién nacido VIH positivo que se sigue en PMC servicios de SAI?</p>	<p>Personal de salud de las UAI de los cuatro centros de salud seleccionados, de PMC (trabajadora social, pediatra encargada), de la Unidad de Neonatología (enfermeras, pediatras-neonatólogas), epidemiología, Director del Hospital.</p>	<p>Grupos de Discusión para analizar las percepciones del personal de salud entrevistado.</p>	<p>Reconstrucción de las percepciones sobre el potencial del PMC para reducir la transmisión perinatal del VIH y la mortalidad infantil.</p>

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente evaluación fue diseñada con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

El proceso de recopilación de datos no expuso a sus participantes a riesgos significativos de carácter psicológico, físico o social. Todos los/as integrantes del equipo de recopilación de datos fueron debidamente entrenados/as para estos fines, siendo instruidos para desempeñar las tareas asignadas de la manera menos inquisitiva posible y construyendo un atmósfera de confianza con las personas que fueron entrevistadas. Adicionalmente, toda persona fue oportunamente informada de su derecho a retirarse del estudio o una parte de éste, o a negarse a completar la entrevista, sin que le fuese solicitado explicar su decisión al respecto.

Si bien el presente estudio no contempló beneficios directos para los participantes, se espera que sus resultados ayuden a contribuir en la evidencia del potencial impacto del PMC y otros programas hospitalarios de atención al recién nacido y la madre en la mejora de los nexos con servicios de VIH/SIDA y por consiguiente prevención de la transmisión perinatal post parto del VIH y en la reducción de la mortalidad infantil en la República Dominicana.

Buscando proteger los derechos humanos de los/as participantes, se solicitó de manera escrita, tanto para la recolección de datos cuantitativos, como para las entrevistas cualitativas y los grupos de discusión, el consentimiento informado. El formulario de consentimiento informado fue presentado y explicado a cada participante de manera individual por el equipo de trabajo responsable de estas tareas, quienes fueron debidamente entrenados para estos fines, previo a la fecha estipulada para la recopilación de datos. Antes de otorgar su consentimiento, los/as participantes dispusieron del tiempo suficiente para leer el formulario de manera detenida, y, si así lo deseaban, consultarlo con sus familiares o amigos. En el caso de personas que no sabían leer y escribir, el formulario de consentimiento informado les fue leído por un miembro del equipo de estudio y firmado en la presencia de un/a testigo.

El formulario de consentimiento informado incluyó una breve descripción de los propósitos y los procedimientos de la evaluación, así como de los riesgos y los beneficios potenciales previstos en su diseño. Entre otros aspectos, este formulario integró la información de contacto del Líder de la Evaluación o Investigador Principal, para fines de cualquier pregunta, aclaración o queja relativa a su participación en la evaluación.

Todos los datos recopilados en esta evaluación fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as participantes fue protegida en todo momento, asignándoles un Código del Participante (CP). A todos los registros correspondientes a un/a participante, con excepción del formulario del consentimiento informado (el cual fue manejado y almacenado de manera independiente y en sobres sellados), se les asignó un código, que fue lo único por lo que se relacionó el participante con su información sociodemográfica, clínica, de laboratorio, de tratamiento y de percepción sobre los programas sujetos a evaluación.

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

La presente evaluación se circunscribe bajo los cánones del modelo de Estudio de Caso¹⁷ y con la misma se pretende obtener información de los usuarios y proveedores de servicios del PNRTV y del PMC que se implementan en cuatro hospitales de la República Dominicana.

La metodología a utilizar para recolectar los datos cuantitativos fue la revisión de expedientes, incluyendo los registros del Departamento de Estadística, Epidemiología y los diferentes

servicios relevantes para la atención a la salud materno-infantil (Gineco-obstetricia, Neonatología, Laboratorio, PNRTV y PMC). Esencialmente, la metodología por la que se rige esta evaluación, es de tipo cualitativa en la cual la observación directa, entrevistas, documentos de estudio y las propias palabras del participante se utilizaron para analizar la información.

Por consiguiente, este tipo de modelo de evaluación utilizado se basa en el discernimiento del evaluador sobre las percepciones de los usuarios del PNRTV y del PMC en República Dominicana, teniéndose en cuenta que el evaluador enfatiza sobre cada una de las partes evaluadas para derivar sus conclusiones.

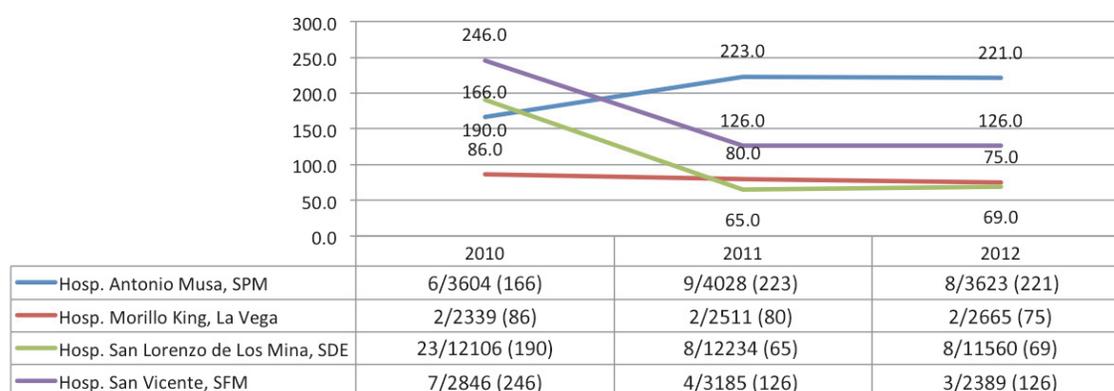
IV. Resultados

COMPONENTE CUANTITATIVO

Estadísticas básicas

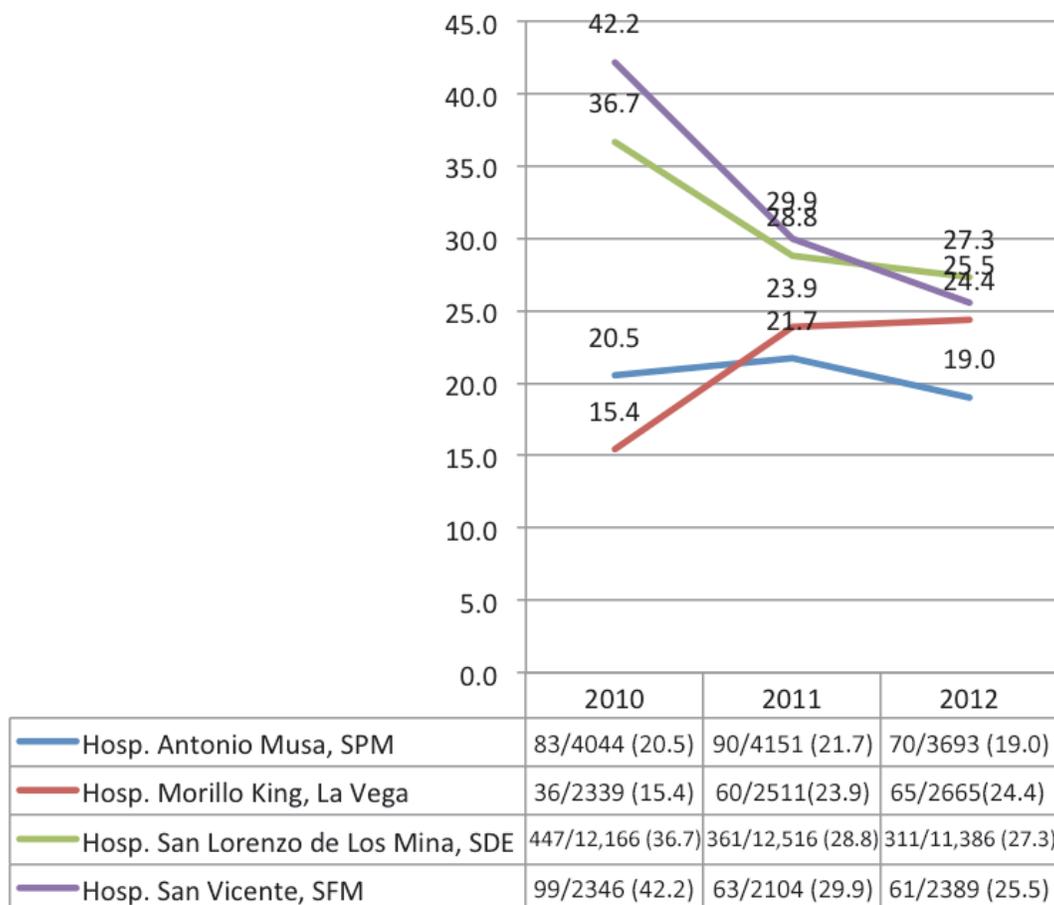
Para las estadísticas básicas se determinaron la Razón de Mortalidad materna, la Tasa de Mortalidad Neonatal y el porcentaje de niños prematuros, observándose que la Razón de Mortalidad Materna tiende a disminuir en todos los centros de salud, manteniéndose relativamente estable en el periodo 2011-2012 (Gráfico 3). Es importante señalar, no obstante, que los datos preliminares del Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina para el periodo enero-junio 2013 sugieren un aumento sustancial de este indicador en dicho centro de salud (datos no graficados).

Gráfico 3. Razón de mortalidad materna (MM/100,000 nacidos vivos) por centro de salud (2010–2012)



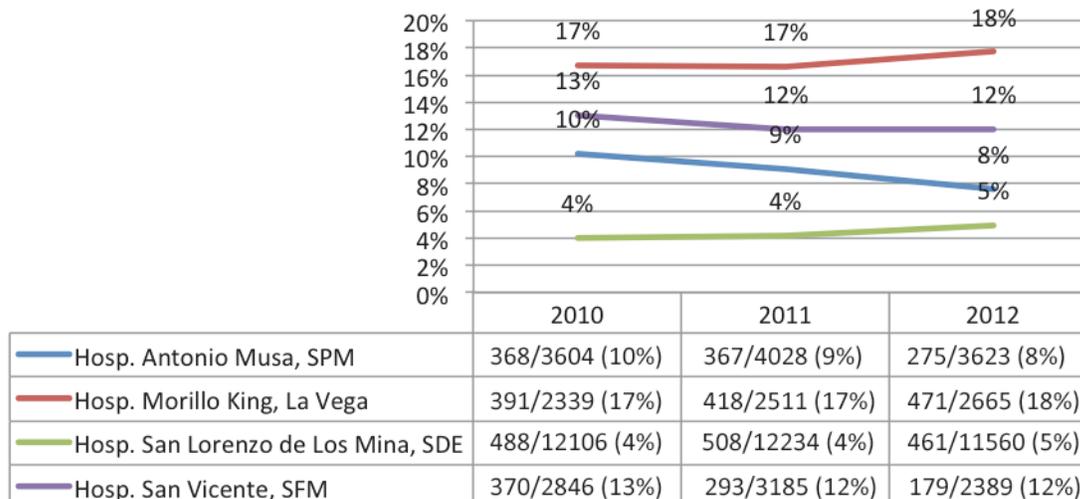
En lo que respecta a la tasa de mortalidad neonatal (Gráfico 4), tanto en el hospital Antonio Musa (San Pedro de Macorís), como en el hospital Luis Morillo King (La Vega), se observa una reducción marcada de este indicador, iniciándose la reducción a partir del año 2011. Los datos preliminares para el periodo enero-junio 2013 en el Hospital San Vicente de Paul (San Francisco de Macorís) y el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, indican una tendencia al aumento en los valores de mortalidad neonatal (datos no graficados), sin embargo se trata de datos de Enero a Junio por lo cual hay que continuar el seguimiento hasta el final del año.

Gráfico 4. Tasa de mortalidad neonatal (MN/1,000 nacidos vivos) por centro de salud (2010-2012)



En lo que respecta al porcentaje de niños prematuros (Gráfico 5), se observaron niveles relativamente estables en todos los hospitales para el periodo 2010-2012, siendo el porcentaje de prematuridad más reducido en el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina.

Gráfico 5. Porcentaje de niños prematuros (<37 semanas EG) por centro de salud (2010-2012)



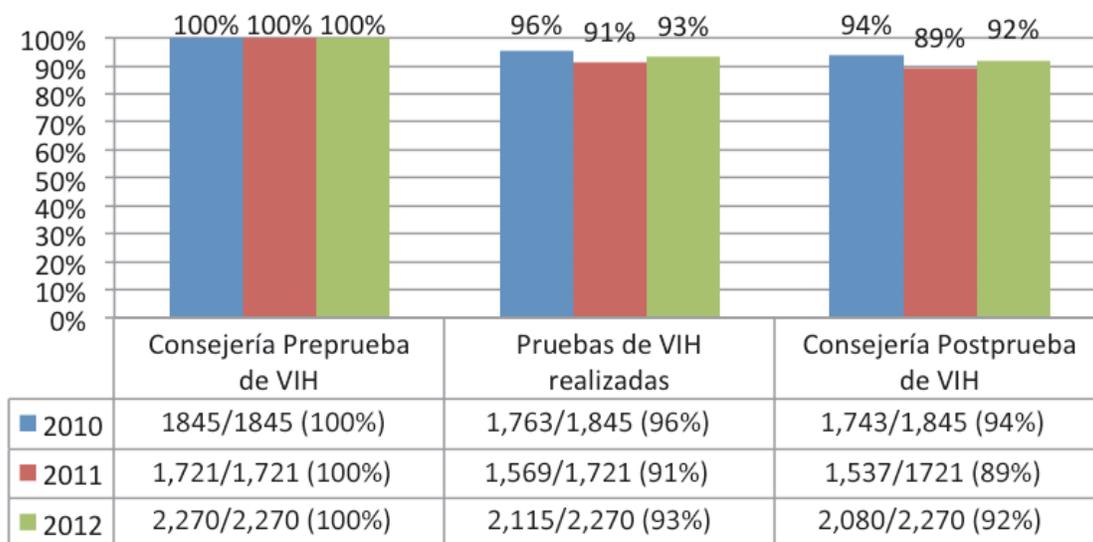
Transmisión perinatal del VIH: cascada de servicios

Centros de salud incluidos en la evaluación

Hospital Regional Dr. Antonio Musa (San Pedro de Macorís)

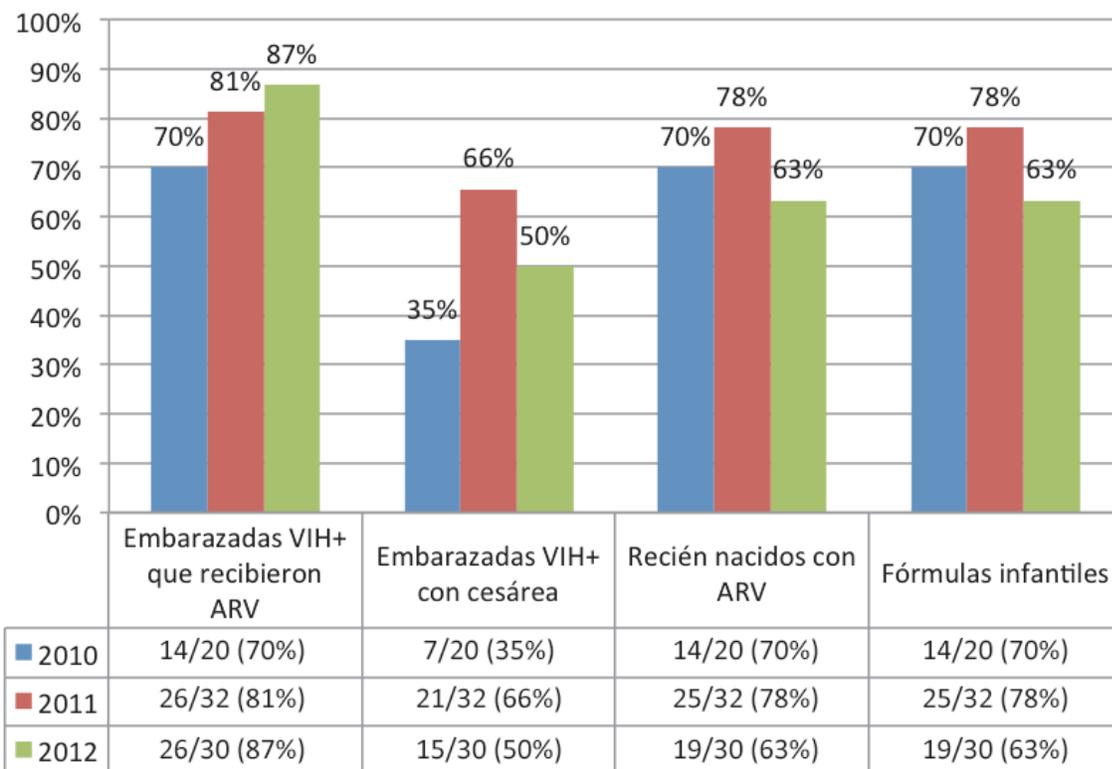
El Hospital Antonio Musa presenta valores altos, mayores de un 90% de cobertura en lo que respecta al número de consejerías pre y post prueba de VIH, así como para la cantidad de embarazadas tamizadas para dicho virus (Gráfico 6).

Gráfico 6. Porcentaje de embarazadas que se realizaron la prueba de VIH y recibieron la consejería pre y post prueba, por año de evaluación en el Hosp. Antonio Musa (Denominador: total de embarazadas en 1ra consulta prenatal/año).



La cobertura, sin embargo, en cuanto al suministro de ARV a la embarazada y al niño, así como el número de cesáreas realizadas, según el número de pruebas de VIH realizadas, presenta valores más bajos sobre todo en la realización del procedimiento quirúrgico cuyos valores oscilan entre un 35% a un 66% (Gráfico 7). De igual forma, el suministro de fórmulas infantiles estuvo por debajo de la cobertura esperada, siendo menor del 70% el suministro en el año 2012. (Gráfico 7).

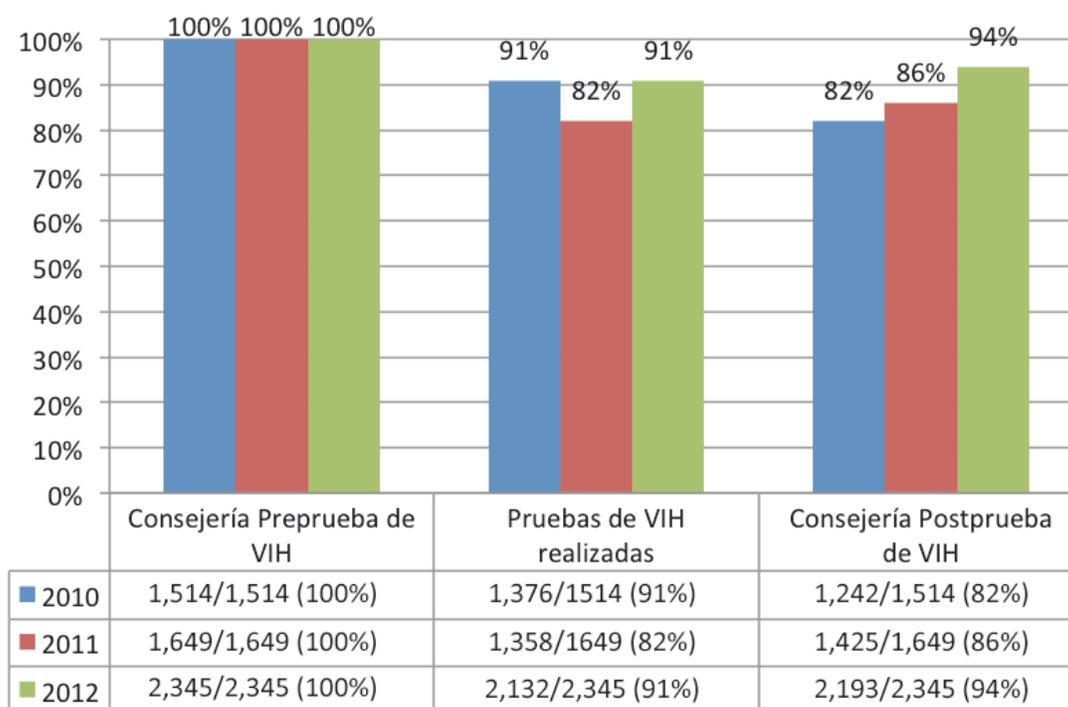
Gráfico 7. Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibieron ARV, cesárea, ARV para el neonato y fórmulas infantiles, por año de evaluación en el Hosp. Antonio Musa (Denominador: total de embarazadas VIH+ / año).



Hospital Dr. Luís M. Morillo King (La Vega)

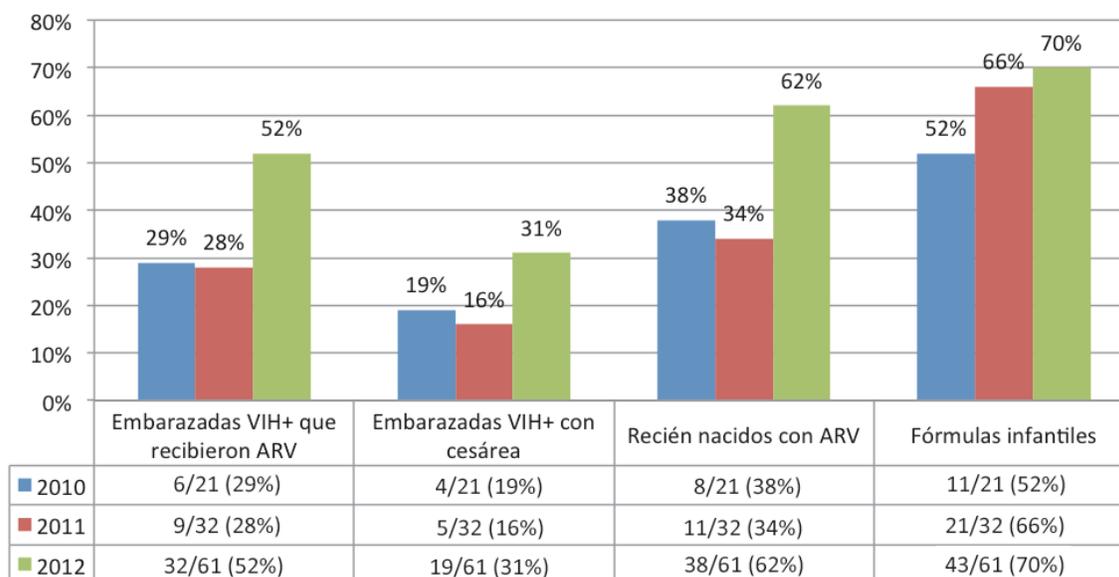
Al igual que el Hospital Antonio Musa, el Hospital Luis Morillo presentó altos niveles de cobertura de consejería pre y post prueba de VIH, así como para la cantidad de embarazadas tamizadas para dicho virus (Gráfico 8).

Gráfico 8. Porcentaje de embarazadas que se realizaron la prueba de VIH y recibieron la consejería pre y post prueba, por año de evaluación en el Hosp. Morillo King (Denominador: total de embarazadas en 1ra consulta prenatal / año).



La cobertura, sin embargo, en cuanto al suministro de ARV a la embarazada y al niño, así como el número de cesáreas realizadas y el suministro de fórmulas infantiles, presenta valores más bajos de lo esperado (Gráfico 9), aunque se observan mejoras en el año 2012.

Gráfico 9. Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibieron ARV, cesárea, ARV para el neonato y fórmulas infantiles, por año de evaluación en el Hosp. Morillo King (Denominador: total de embarazadas VIH+ / año).



Centro Materno-Infantil San Lorenzo de los Mina, CMISL (Santo Domingo Este)

Este centro presenta altos niveles de cobertura en todos los indicadores de la cascada de servicios, siendo más pronunciados dichos niveles para los años 2011 y 2012 (Gráficos 10 y 11).

Gráfico 10. Porcentaje de embarazadas que se realizaron la prueba de VIH y recibieron la consejería pre y post prueba, por año de evaluación en el CMISL (Denominador: total de embarazadas en 1ra consulta prenatal / año)

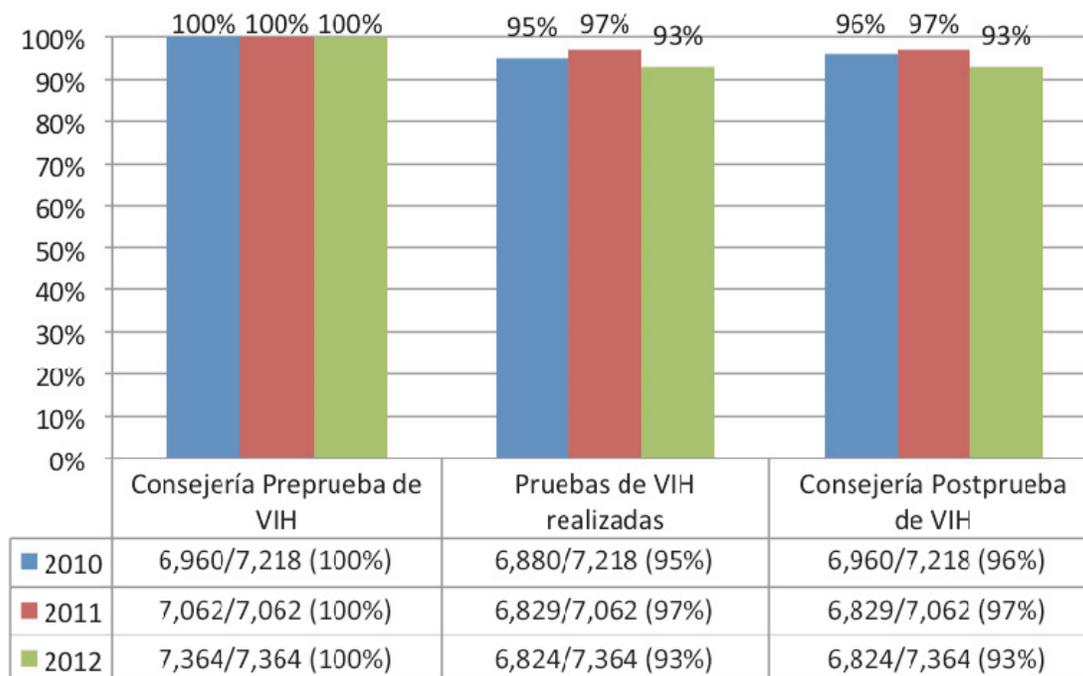
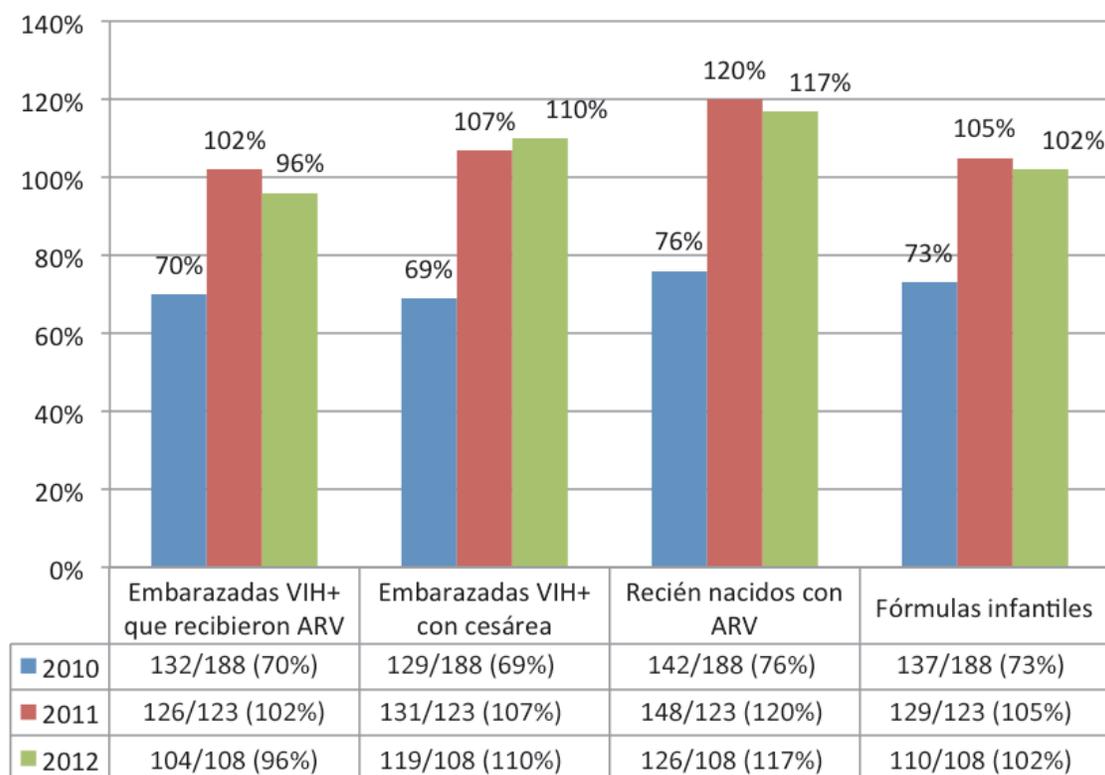


Gráfico 11. Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibieron ARV, cesárea, ARV para el neonato y fórmulas infantiles, por año de evaluación en el CMISL (Denominador: total de embarazadas VIH+ / año).



Es importante observar que los porcentajes que exceden el 100% en los indicadores del Gráfico 11, tal y como sucede en el caso del porcentaje de niños que recibieron fórmulas infantiles en el Hospital San Vicente de Paul (Gráfico 13), pueden ser explicados por las pacientes diagnosticadas y referidas de otros centros de salud del país para recibir seguimiento en estos hospitales, con lo cual el número de personas que reciben un determinado servicio del PNRTV en el centro de salud (numerador) en ocasiones puede resultar superior al número total de pruebas de VIH positivas en ese establecimiento (denominador).

Hospital San Vicente de Paul (San Francisco de Macorís)

Este hospital, al igual que el CMISL, también presenta altos niveles de cobertura en todos los indicadores de la cascada de servicios (Gráficos 12 y 13), siendo más pronunciada la cobertura en el suministro de ARV a la madre y al niño, la realización de cesáreas y el suministro de fórmulas infantiles para el año 2012 (Gráfico 13).

Gráfico 12. Porcentaje de embarazadas que se realizaron la prueba de VIH y recibieron la consejería pre y post prueba, por año de evaluación en el Hosp. San Vicente de Paul (Denominador: total de embarazadas en 1ra consulta prenatal / año).

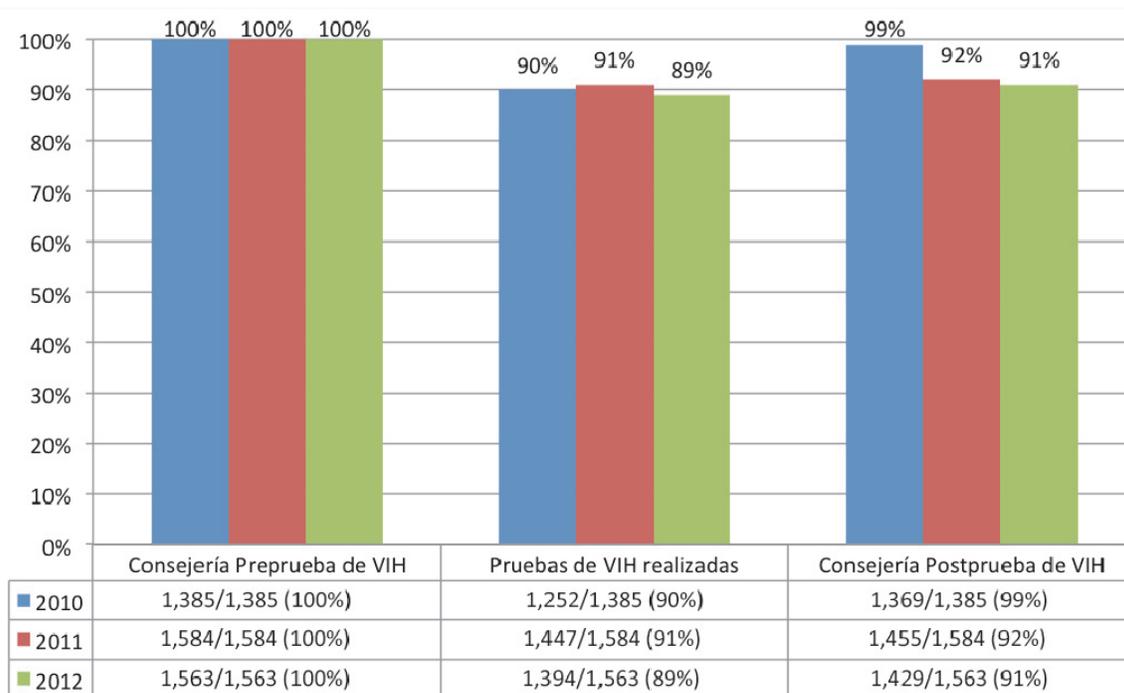
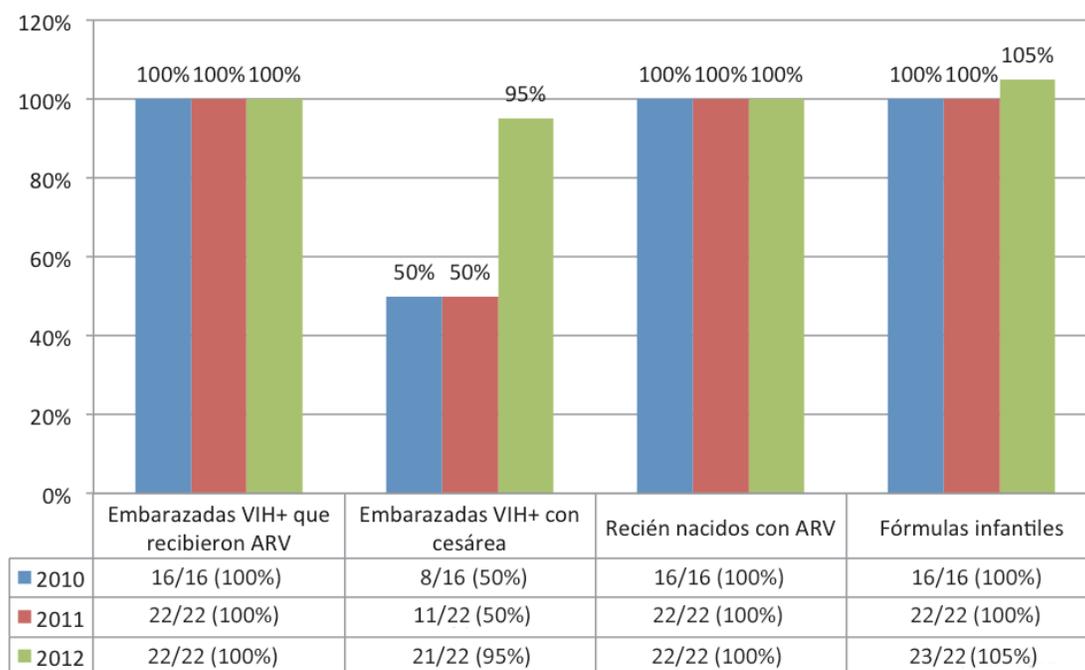


Gráfico 13. Porcentaje de embarazadas VIH positivas que recibieron ARV, cesárea, ARV para el neonato y fórmulas infantiles, por año de evaluación en el Hosp. San Vicente de Paul (Denominador: total de embarazadas VIH+ / año).



Análisis comparativo por centro de salud

Cascada de servicios

Al graficar los diferentes indicadores de la cascada de servicios para reducir la transmisión perinatal del VIH (excepto la consejería pre-prueba que fueron de un 100% en todos los centros de salud evaluados), se observa que el Centro Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina (Gráficos 14 y 15) presenta los más altos niveles de cobertura para la primera parte de la cascada de servicios (post consejería y número de embarazadas tamizadas para VIH), mientras que, para la segunda parte de la cascada de servicios (administración de ARV a la madre al niño, realización de cesáreas y suministro de fórmulas infantiles) el Hospital Antonio Musa presenta los valores más altos de cobertura (Gráficos 16-19). Característicamente, los valores más bajos de cobertura, para todos los indicadores de la cascada de servicios, se informan para el hospital Luis Morillo King de La Vega (Gráficos 14-19). Asimismo, hay un porcentaje de mujeres que reciben consejería pre-prueba que no se llegan a realizar la prueba de VIH, siendo la brecha entre un 3% y un 18% (Gráfico 14).

Gráfico 14. Porcentaje de embarazadas que se realizaron la prueba de VIH por centro de salud (2010–2012)

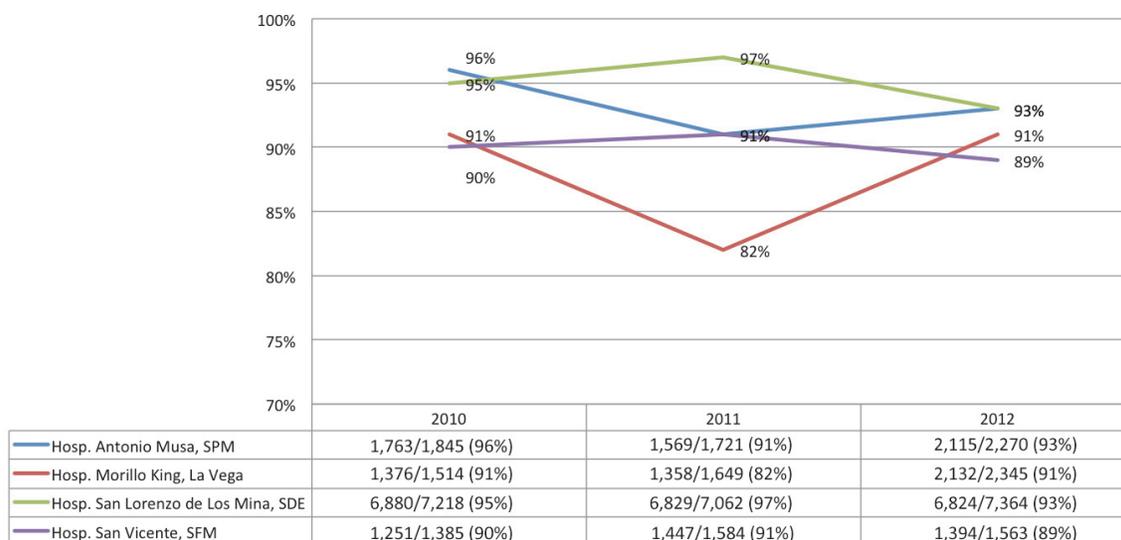


Gráfico 15. Porcentaje de embarazadas que se recibieron la consejería post-prueba de VIH por centro de salud (2010–2012)

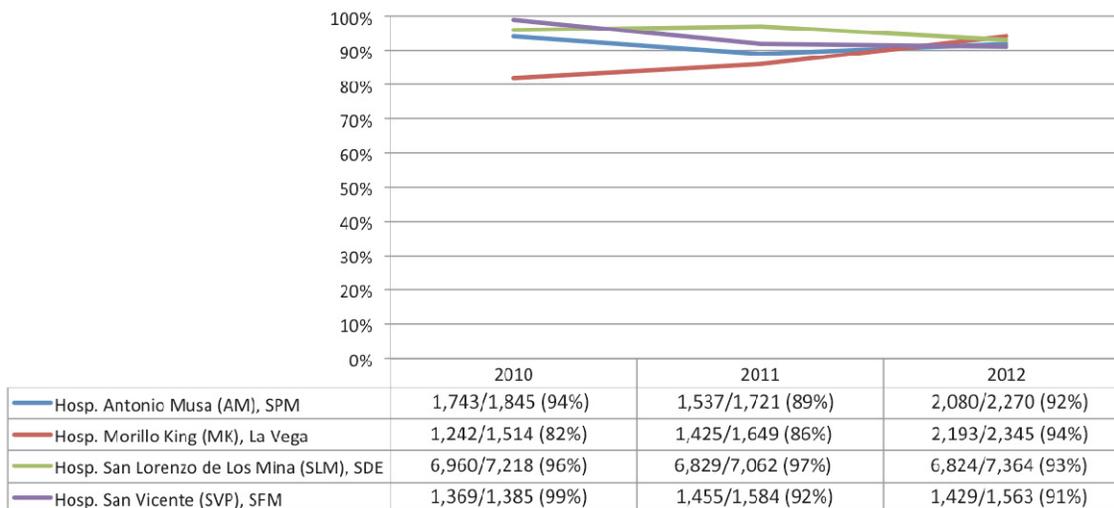


Gráfico 16. Porcentaje de embarazadas VIH+ que recibieron ARV por centro de salud (2010–2012)

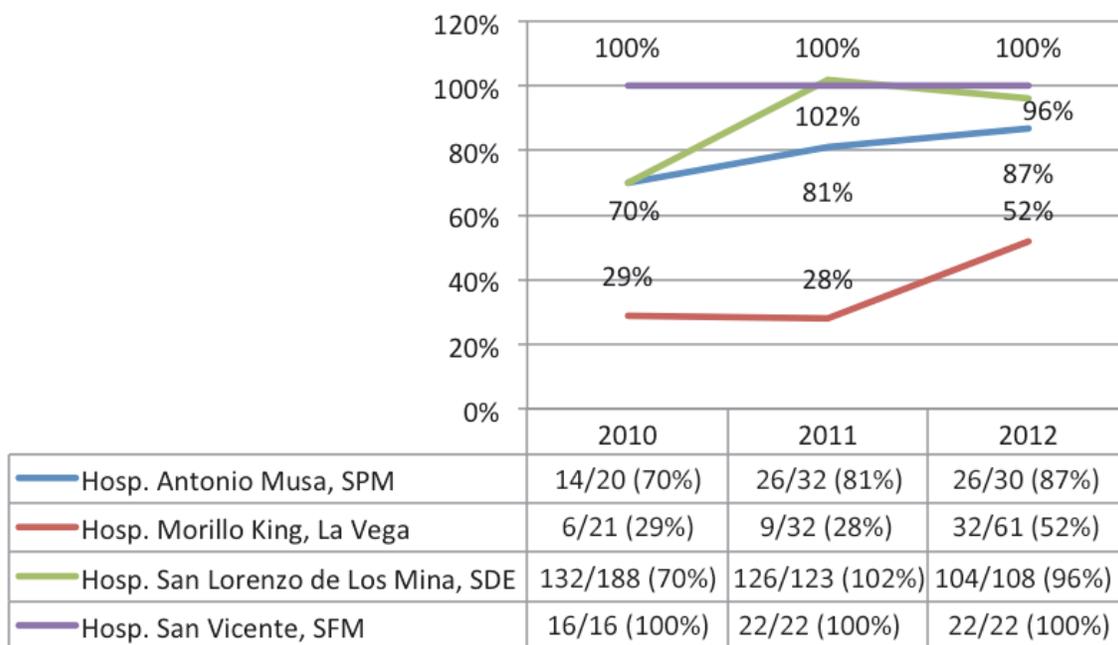


Gráfico 17. Porcentaje de embarazadas VIH+ con parto por cesárea, por centro de salud (2010–2012)

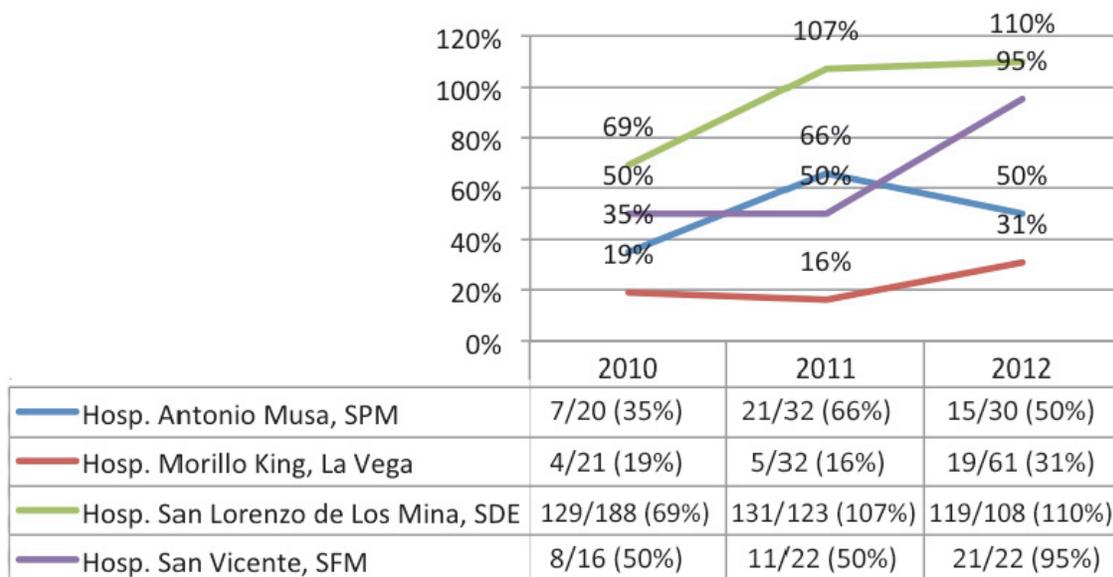


Gráfico 18. Porcentaje de niños expuestos al VIH que recibieron ARV, por centro de salud (2010–2012)

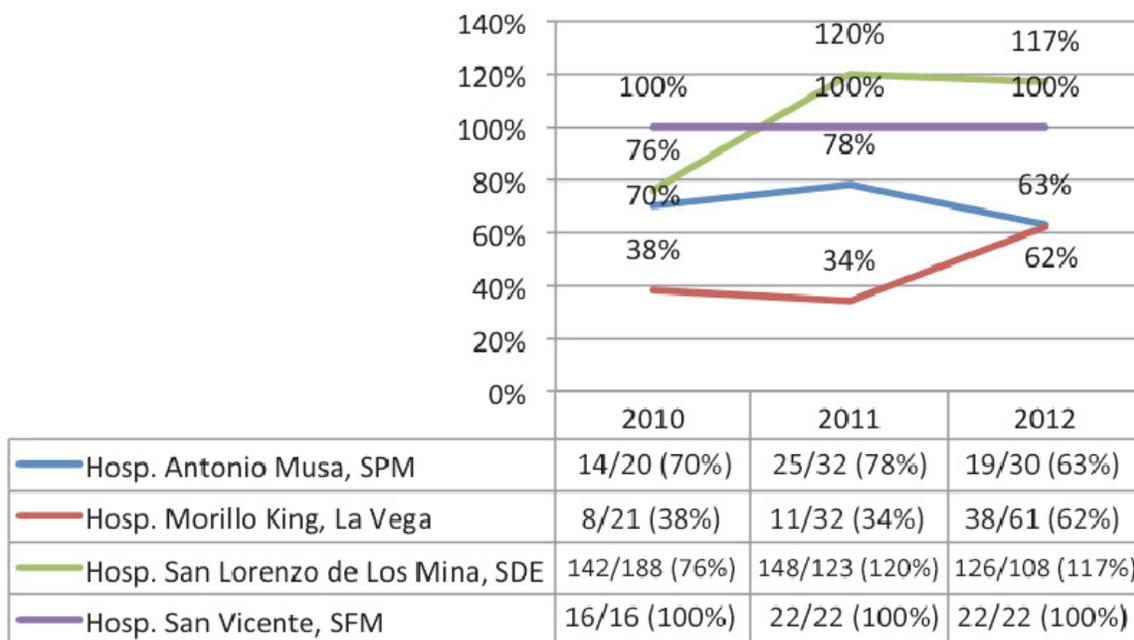
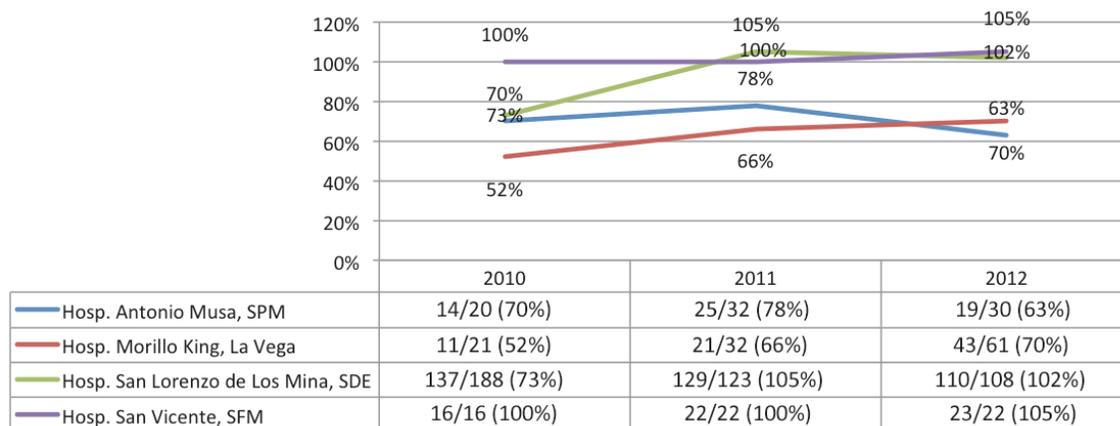


Gráfico 19. Porcentaje de mujeres VIH+ que recibieron fórmula infantil, por centro de salud (2010–2012)

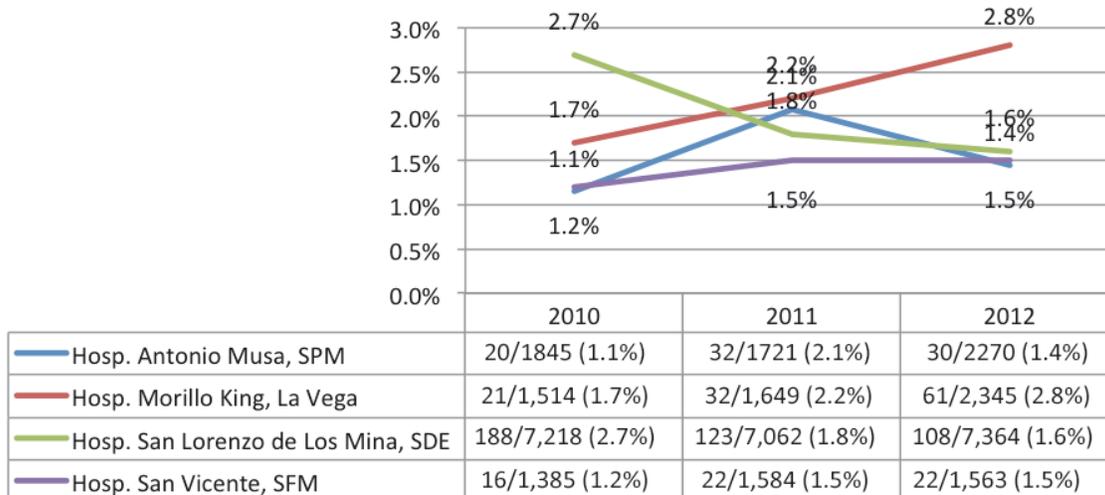


Tal y como se describió previamente, los porcentajes que exceden el 100% en los indicadores del Gráfico 11, tal y como sucede en el caso del porcentaje de niños que recibieron fórmulas infantiles en el Hospital San Vicente de Paul de y el Hospital San Lorenzo de Los Mina (Gráfico 19), pueden ser explicados por las pacientes diagnosticadas y referidas de otros centros de salud del país para recibir seguimiento en estos hospitales, con lo cual el número de personas que reciben un determinado servicio del PNRTV en el centro de salud (numerador) en ocasiones puede resultar superior al número total de pruebas de VIH positivas en ese establecimiento (denominador).

Prevalencia de VIH

En lo que respecta a la prevalencia de VIH por centros de salud (Gráfico 20), se observa niveles de prevalencia que oscilan entre 1.1% y 2.8%, siendo el Hospital Morillo King el que presenta los valores más altos, mientras que en el hospital San Vicente de Paul se informaron los valores más bajos para el periodo de estudio evaluado (2010-2012).

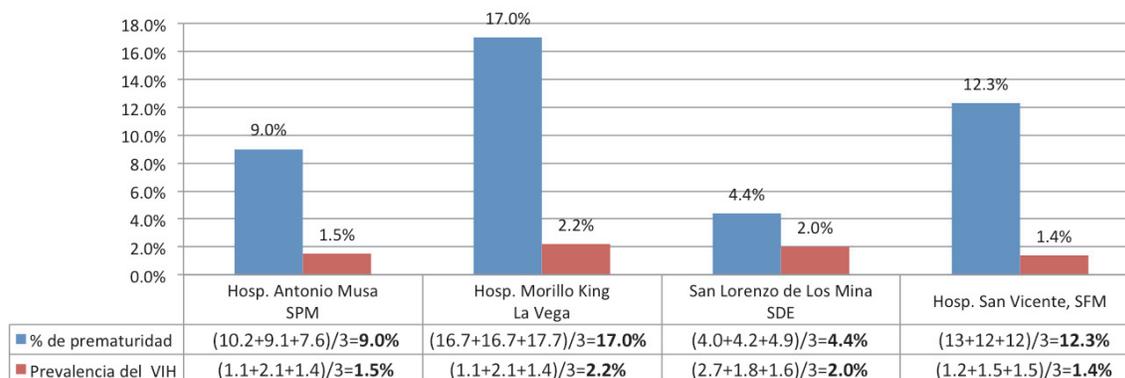
Gráfico 20. Porcentaje de embarazadas con la prueba de VIH positiva por centro de salud (2010–2012)



Prevalencia de VIH e índice de prematuridad

Al graficar la prevalencia de VIH y el índice de prematuridad (expresado en porcentaje) por centros de salud (Gráfico 21), se observa que el hospital Luis Morillo King presenta los valores más altos para ambos indicadores, mientras que el hospital San Lorenzo de Los Mina los valores más bajos.

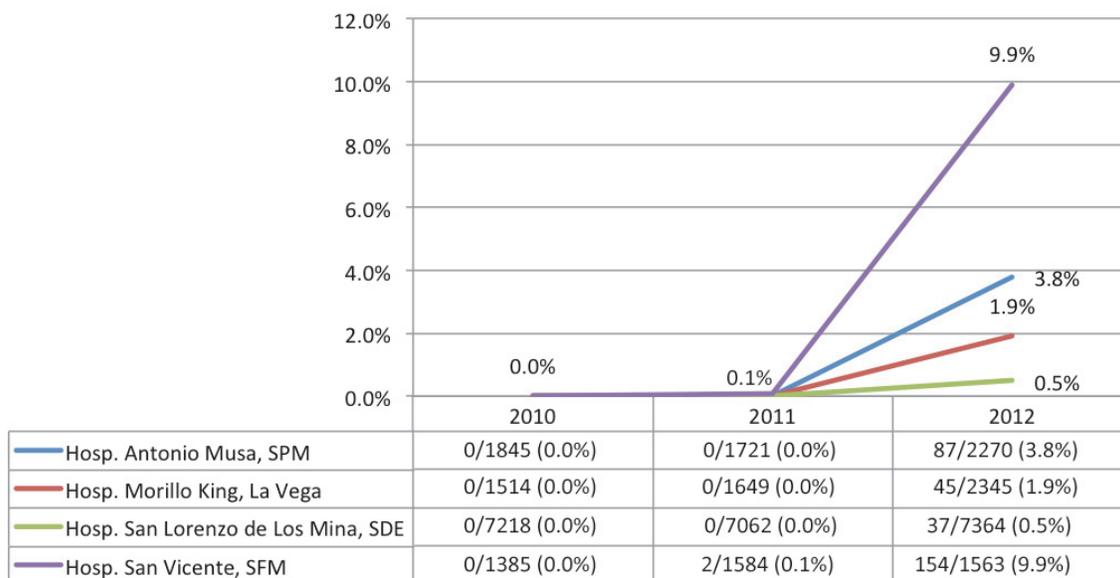
Gráfico 21. Porcentajes de prematuridad y prevalencia de VIH entre embarazadas (2010–2012), por centro de salud



Tamizaje de Sífilis

En el gráfico 22 se observa el porcentaje de pruebas de VDRL realizadas por centros de salud desde el año 2010 hasta el año 2012, observándose un bajo porcentaje de pruebas realizadas en todos los centros de salud evaluados, lo cual, podría deberse a un sub-registro importante de las estancias intrahospitalarias que suministraron el dato (i.e. Departamentos de Epidemiología y SAI), ya que éste es un dato de laboratorio pudiendo resultar difícil emparejar las pruebas realizadas con la identidad de la mujer que acude a la consulta prenatal. Cabe señalar, no obstante, que los datos preliminares del periodo enero-junio 2013 indican un incremento importante en el número de pruebas realizadas, particularmente en el Hospital San Vicente de Paul, con la tendencia a tamizaje universal de VDRL en embarazadas (Datos no graficados), pero aún son inaceptablemente bajos.

Gráfico 22. Porcentaje de embarazadas que se realizaron la prueba de VDRL por centro de salud (2010–2012)



COMPONENTE CUALITATIVO

PMC Y PNRTV: Experiencia de las usuarias

Contexto del Programa Madre Canguro (PMC)

El tiempo de implementación del PMC y el nivel de avances alcanzados en este proceso varían entre los diferentes establecimientos evaluados. Aún así, tanto las autoridades hospitalarias como los proveedores de servicios de salud consultados en la presente evaluación señalan este Programa como un gran hito en la calidad de atención al binomio madre-hijo, reportando también mejoras en indicadores hospitalarios relevantes a partir de su introducción. Algunos de los proveedores refirieron la sorpresa inicial de algunos de sus colegas frente al de alta precoz de niños de muy bajo peso, y el impacto positivo del PMC en su cuidado subsiguiente.

De manera particular, se ha destacado el impacto del PMC en la reducción de morbilidad y mortalidad neonatal en niños prematuros y de bajo peso, la cual ha sido vinculada con la reducción del tiempo de hospitalización post-parto de este grupo de neonatos, entre otros:

“La reducción de la mortalidad ha sido evidente, cerró el 2012 con un 24.5 de casi un 46 que estaba antes... la estadía hospitalaria se disminuye, disminuye también el riesgo de infecciones secundarias” [GD-SF-01]

Sin duda alguna, los recursos humanos asignados al PMC en cada hospital y, particularmente, su gran compromiso personal y profesional en la entrega de servicios, constituyen un factor clave para el éxito del mismo. Los/as participantes en los grupos de discusión con proveedores de servicios han vinculado, de manera reiterada, el éxito en los esfuerzos de implementación del PMC en los centros de salud con la motivación y el empoderamiento del personal involucrado en los mismos desde sus fases iniciales.

El nivel de avances en el desarrollo de los diferentes componentes del PMC también varía, presentando el aspecto de integración y seguimiento del binomio madre-hijo en el contexto comunitario más limitaciones en todos los casos evaluados. Estas limitaciones responden en gran parte a factores vinculados al funcionamiento general de los establecimientos de salud, los cuales carecen de mecanismos establecidos y efectivos para el seguimiento comunitario y el financiamiento del mismo en los diferentes programas que llevan a cabo. Esta situación constituye un reto compartido del PMC con el Programa Nacional de Prevención de Transmisión Vertical del VIH (PNRTV).

Historia 1. Anita

Anita es una joven de 22 años que vive con su pareja y su suegra en una comunidad rural. Su primer hijo, de una relación previa, tenía tres años cuando quedó embarazada con la pareja actual. Durante las primeras visitas de control prenatal, en el centro de atención primaria cercano a su residencia, su prueba de VIH resultó positiva, por lo cual fue referida a Servicios de Atención Integral del Hospital más cercano, el cual le queda aproximadamente a una hora de distancia de su casa. Según refiere, su parto se adelantó, y su bebé nació a la 31 semana de gestación, luego de una cesárea de emergencia. Le explicaron que por ser prematuro y muy pequeño tenía que estar en la incubadora. A los tres días, a ella le dieron de alta y el bebé se quedó interno por 9 días más. En este periodo, se le acercó el personal del PMC y le ofrecieron participar en el Programa una vez el bebé estuviera de alta, cosa que aceptó porque le explicaron que eso ayudaría que su hijo creciera más fuerte y rápido. Dos días después de darle de alta, cuando el bebé cumplió 2 semanas de nacido, tuvo su primera consulta en PMC y comenzó a utilizar la faja para promover el contacto piel a piel. Alimenta a su bebé con fórmula, aunque no lo hace frente a otras mujeres que participan en el PMC para que no le hagan preguntas al respecto. Sus citas en el PMC no siempre coinciden con las citas que tiene en el PNRTV, por lo cual en ocasiones viaja en días diferentes para asistir a ambos programas.

A la vez, los limitados recursos económicos de muchas de las usuarias de servicios en los establecimientos en los cuales operan el PMC y el PNRTV, particularmente aquellas expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad social, que residen en comunidades marginadas rurales o semi-rurales, dificultan su cumplimiento con las citas de seguimiento estipuladas debido a los gastos de transporte que estas implican:

“Lo más difícil para mí fue que yo decía ‘Ay Dios mío, y cuando yo no tenga dinero pa ir al Hospital?’, pero mi papá me decía ‘No te preocupes, que eso aparece’... Y yo nunca he faltado a una cita, gracias a Dios” [ENT-SP-02]

En este sentido, la identificación de fuentes de financiamiento oportunas para garantizar el acceso de las usuarias a servicios en el contexto hospitalario y/o para la derivación de una parte de los servicios provistos al contexto comunitario y centros de salud de menor complejidad, constituye un reto importante a ser enfrentado tanto por el PMC como por el PNRTV, especialmente en la atención y seguimiento post-parto del binomio madre-hijo. En vista de las limitaciones que esta situación implica para ambos programas, este reto pudiera perfilarse como una oportunidad para las iniciativas conjuntas del PMC, PNRTV y otros servicios hospitalarios que requieren de un componente comunitario más efectivo y reforzamiento de los servicios de atención primaria.

Historia 2. Carolina

Carolina tiene 37 años. Vive con sus padres quienes están enfermos, y su bebé que casi cumple un año, por lo cual no puede trabajar, aunque le gustaría hacerlo. Tuvo una niña en una relación previa, quien falleció de leucemia hace aproximadamente seis años. Perdió un embarazo hace tres años y medio, y desde entonces ha intentado quedar embarazada sin éxito, por quistes y otros problemas ginecológicos. Luego de un tratamiento de infertilidad, quedó embarazada, pero al seguir teniendo sangrados mensuales regulares no se enteró de eso hasta el quinto mes del embarazo; en ese momento ya se había separado de su pareja. Para cuidar de su embarazo de alto riesgo, tuvo que dejar el trabajo y pasar el resto del embarazo en la cama. En la primera consulta prenatal el médico le dijo que su prueba de VIH era positiva, pero le tomó un mes decidirse a acudir a Servicios de Atención Integral, en parte debido a las amenazas de su ex pareja, quien le dijo que no quería que nadie se enterara de su condición de salud, porque eso podría incriminarlo a él. Cuando finalmente acudió a SAI, tenía 6 meses de embarazo, y la doctora la recriminó por haber esperado tanto tiempo. A partir de ese momento recibió todas las intervenciones dirigidas a prevenir la transmisión del VIH a su bebé, incluyendo el parto de cesárea a las 37 semanas de gestación. Su hijo nació a las 37 semanas de gestación, con bajo peso al nacer (4 lb), y recibió el tratamiento ARV indicado.

Mientras estuvo interna, le ofrecieron participar en el PMC, pero en ese momento no pudo cubrir el costo de la faja (RD\$ 100). Cuando consiguió ese monto, y el bebé estaba de alta, comenzó a traerlo a citas regulares en PMC. A la vez, sigue acudiendo al SAI para su tratamiento de VIH y el de su bebé, donde las citas no siempre coinciden con las de PNRTV. Dice sentirse “un poquito incómoda” cuando las otras madres canguro la cuestionan sobre por qué no lacta a su bebé, pero que la psicóloga de PMC les explica que a veces a algunas mujeres “se les seca la leche” y con eso la dejan tranquila.

El padre de su hijo la apoya con pañales y leche que consume el bebé. No obstante, se opone a que el niño o ella acudan al SAI, para que las personas de la comunidad no se den cuenta, cosa que entiende podría incriminarlo a él. Le dice frecuentemente que ella no está apta para cuidar del bebé, que ella se está muriendo y que se lo va a llevar. No obstante, ha acudido con ella al PMC, y ha aceptado involucrarse en este programa.

Oportunidades del PMC

En adición a los aportes directos del PMC a la mejora de indicadores hospitalarios y la calidad de atención al binomio madre-hijo, señalados de manera reiterada en los diferentes establecimientos, las autoridades hospitalarias y los proveedores de servicios de salud han identificado múltiples oportunidades que representa este Programa para otros servicios provistos en los hospitales.

Se destaca entre éstas la oportunidad que constituye el PMC para el seguimiento a largo plazo del binomio madre-hijo y de sus familias, cuyas ventajas no se limitan a intervenciones dirigidas a mitigar el impacto de la prematuridad y del bajo peso al nacer, sino que también pueden ser extendidas a otras intervenciones y programas hospitalarios.

“Mamá canguro no solamente da un apoyo desde el punto de vista alimentario del bebé, sino que es la educación que se le brinda a la madre y el apoyo que se siente la madre con este tipo de programa.... Esto hace que la madre tenga una mayor interacción con el Hospital, y de esta manera se obtienen resultados mejores y a más largo plazo.” [GD-LV-01]

A la vez, la frecuencia de visitas de seguimiento postnatal del PMC provee el espacio idóneo para las iniciativas continuas de información, educación y comunicación, no solo para las madres involucradas, sino también para sus parejas, familias y comunidades.

“El acercamiento de los padres, la integración de las familias desde el Proyecto de Mamá Canguro es muy importante, y el acercamiento emocional que tienen el papá y la mamá en este proceso” [GD-SF-01]

Este espacio podría ser particularmente relevante en el caso de las iniciativas de prevención de transmisión vertical del VIH, al igual que la identificación del estado de la pareja y otros hijos en el hogar, al constituir un entorno más amigable y positivo para el involucramiento de parejas masculinas, y por ende su integración activa a las iniciativas de PNRTV. Así, la pareja de una de las usuarias VIH positivas entrevistadas en la presente evaluación, enfáticamente negativa y opuesta a su asistencia servicios de PNRTV debido al estigma asociado a la condición del VIH en el contexto comunitario, estuvo dispuesto a acudir personalmente e involucrarse de manera activa en las iniciativas del PMC:

“Cuando él supo que estaba en el Programa de Canguro vino, y él viene a veces así, pero allá [PNRTV] no, para nada” [ENT-SFM-01]

Historia 3. Julia

Julia tiene 16 años. Se “juntó” con su pareja cuando ella tenía 12 y él 22 años. Llegó al tercer curso de primaria, pero no sabe leer y escribir, porque “nunca se dio buena en eso de letras”. Cuando cumplió 15 años, ella y su esposo decidieron tener un bebé juntos. Él le ayudó a calcular en cuáles fechas era más probable que quedara embarazada, y efectivamente, al mes ya lo estaba. Su pareja la orientó sobre la importancia de consultas prenatales, por lo cual ella ha acudido a cada una de las citas que le ponían. Su bebé nació antes de tiempo, a los 8 meses de embarazo, y era muy pequeño, y ella se sentía insegura, porque “no sabía ni cargarlo”.

Cuando le ofrecieron participar en PMC, lo aceptó de inmediato, porque, a diferencia de lo que le decía toda su familia, le dieron la esperanza de que su hijo podía sobrevivir. En PMC le enseñaron cómo cuidarlo bien y cómo cargarlo en la faja, cosa que le encantó hacer, por poder sentir el calor de la piel de su hijo y estar cerca de él. En todo este proceso, su pareja la ha acompañado, y le ha ayudado a llevar al niño en la faja en momentos que ella necesitaba bañarse o encargarse de algo. Su bebé está cumpliendo un año ahora, y se ha puesto grande y fuerte.

Por circunstancias familiares, su papá y la abuela paterna se van a llevar al niño a vivir a Puerto Rico el mes próximo, con el plan de volver dentro de un tiempo, casarse con ella, y “llevársela” también. La entristece mucho la idea de separarse de su bebé, y pensar en eso la hace llorar. Reporta que últimamente está sufriendo de depresión, y recuerda toda los eventos tristes de su pasado, como la muerte de su padre, y la de su hermana más pequeña. La han referido donde la psicóloga de PMC para recibir el apoyo que necesita.

Impacto del PMC en la calidad de vida de mujeres y sus familias

La valoración altamente positiva del PMC fue expresada de manera reiterada por las usuarias de este Programa entrevistadas en la presente evaluación, con énfasis en su impacto en las orientaciones sobre los cuidados infantiles y su empoderamiento en el rol de madres. En este sentido, el sentimiento de haber podido contribuir a preservar y promover la salud de su hijo/a prematuro y/o de bajo peso fue señalado por las mujeres entrevistadas como el mayor beneficio y la mayor ventaja de su involucramiento en el PMC:

“Nació muy, muy chiquito y flaquito... pesaba 4 libras.... Yo no sabía ni cargarlo... y aquí me ayudaron mucho, porque yo no sabía cargarlo, no sabía bañarlo, que ni se podía bañar... Entonces aquí me dieron una charla, me enseñaron como cuidarlo, como limpiarlo, y todo”. [ENT-SF-01]

A la vez, las mujeres destacaron su alta satisfacción con la calidad de atención brindada a su hijo/a y su desarrollo hasta cumplir el primer año de vida. Algunas mujeres, cuyos hijos/as mayores nacieron de término y no participaron en el PMC, establecen una valoración muy positiva de la atención en el PMC en comparación con los servicios regulares de atención a niño sano en el mismo establecimiento de salud. Entre otros aspectos, señalan la importancia de tener un solo pediatra que acompañe y monitoree el desarrollo de su bebé, frente a la situación de encontrarse frente a un proveedor de servicios diferente en cada consulta, como suele suceder en otros servicios hospitalarios.

Esto también facilita la respuesta oportuna y más efectiva a condiciones de salud menores que pudieran presentar los bebés prematuros, reduciendo así su duración, intensidad y la carga consecuente para los neonatos, sus madres y las familias:

“Aquí lo tienen bien de bien a este niño, porque a él me le dio una gripecita, y a él lo están atendiendo semanal por esta gripe, y está muy alentado gracias a Dios y al Programa” [ENT-LV-01]

En el caso de neonatos expuestos al VIH, esta oportunidad adquiere una relevancia especial, en vista de que provee la oportunidad de intervención temprana en cualquier condición de salud que pudiera verse agravada por el estatus VIH+.

Desde el punto de vista afectivo, la práctica de contacto continuo piel a piel y la lactancia materna exclusiva, a pesar de implicar un importante compromiso y esfuerzo físico para la madre, tiende a ser descrito por ellas como una experiencia especial y significativa en el

Historia 4. Marie

Marie, joven de 22 años de procedencia Haitiana, comenzó a atender su segundo embarazo en un centro de atención primaria, cuando tenía cerca de 7 meses de embarazo. Al recibir resultados positivos de la prueba de VIH, fue referida al PNRTV en un centro hospitalario de tercer nivel, al cual tuvo que acudir varias veces para conseguir un ticket y recibir consulta. En ese momento, fue reclutada por el PNRTV, y comenzó a recibir tratamiento ARV. A las 37 semanas de embarazo le hicieron una cesárea de emergencia debido a presión alta. Su bebé nació con bajo peso al nacer, pesando cerca de 4lb.

Cuando acudió con la niña a consulta pediátrica, aproximadamente 15 días posparto, se sentó con ella en la sala de espera en el área del PMC, y participó en una charla informativa ofrecida por este Programa. En ese contexto, el personal de PMC constató que su bebé tenía bajo peso, y le ofreció participar en el Programa, sin estar al tanto de la condición VIH+ de Marie, quien tampoco les refirió nada al respecto. Como parte del PMC, fue instruida a darle solo seno a la bebé, cosa que hizo.

En la próxima visita al PNRTV, le preguntaron sobre la alimentación de la niña, le explicaron que la lactancia materna era contraindicada en su caso, y le entregaron la fórmula infantil como parte del PNRTV. No obstante, según reporta Marie, no la han orientado sobre la manera adecuada de preparación de la fórmula. Su estatus VIH+ le fue informado al personal del PMC, luego de lo cual fue excluida del Programa, en vista de que la condición de VIH se maneja como un criterio de exclusión del PMC en el caso de ese centro de salud.

establecimiento de vínculos afectivos con su bebé, siendo éste uno de los aspectos más valorados por las mujeres entrevistadas en la presente evaluación.

“Me dijeron que lo entrara aquí, me enseñaron como entrarlo, y yo no me lo sacaba de ahí [Sonrie]... ..Eso se siente muy bien... Se siente como el calor de él, así, y además que lo ayuda mucho porque él estaba muy pequeñito... .. y después él se puso muy grande, y ya no cabía en la faja, y se le salían los pies así, y yo vine aquí a preguntar cómo yo podía comprar una faja más grande para seguirlo cargando. Pero me dijeron que no, que ya no hacía falta cargarlo así.”
[ENT-SF-01]

De manera importante, coincidiendo con las afirmaciones de las autoridades hospitalarias al respecto, el trato humano y la “confianza” establecida con el personal de salud involucrado en el PMC convierte a este Programa en un canal importante para la comunicación e información en temas de salud, no sólo para la mujer y el neonato, sino también para toda la familia. Las llamadas telefónicas de seguimiento del PMC tienden a ser percibidas de manera muy positiva por las usuarias de servicios, quienes las interpretan como una señal de preocupación, apoyo e interés genuino por su salud y la de su bebé:

“Mi mamá me decía que no se iba a criar, porque estaba muy chiquito... todo el mundo me lo decía... solamente aquí me daban esperanza que sí, que sí, que se iba a criar” [ENT-SF-01]
Esta percepción se ha visto reflejada también en el discurso de los proveedores de servicios de salud involucrados en los grupos de discusión:

“La parte humana del médico hacia el paciente en este Proyecto es algo importante... Es diferente ver una consulta de Madre Canguro que una de pediatría regular, el médico se ha humanizado más... ellas no quieren irse a la consulta de pediatría después” [GD-SF-01]

Este contexto convierte al PMC en espacio idóneo para las estrategias de IEC y el seguimiento posparto a la cascada de servicios ofrecidos por el PNRTV a mujeres VIH+ y sus neonatos, el cual, según señalan los hallazgos cuantitativos de la presente evaluación constituye el componente más limitado de dicho Programa. A la vez, tal y como queda evidenciado en las historias de usuarias presentadas en esta sección, muchas de las mujeres con condición de VIH+, podrían presentar necesidades de servicios adicionales, incluyendo el apoyo emocional, atención psicológica, y la intervención en situaciones de violencia de género, entre otros, los cuales pudieron ser provistos desde la perspectiva integral del PMC.

PMC Y PNRTV: Perspectivas de integración de servicios

Si bien el carácter integral del PMC queda evidenciado por la provisión de servicios complementarios de oftalmología, psicología y consejería, entre otros, a todas sus usuarias, la interacción e integración de este Programa con otros servicios hospitalarios tiende a ser limitada, particularmente en el caso de los hospitales en los cuales la implementación de este Programa ha sido iniciada recientemente.

Se han reportado limitaciones de comunicación entre el PMC y otros programas y servicios hospitalarios en los grupos de discusión sostenidos con autoridades hospitalarias y proveedores de servicios en los diferentes establecimientos, observándose en algunos casos el desconocimiento de intervenciones disponibles y, frecuentemente, complementarias, desarrolladas desde los diferentes programas. De manera correspondiente, una de las usuarias del PMC afirmó el desconocimiento del PMC por parte del personal que labora en el área de emergencias del Hospital al cual acude:

“En emergencia a veces no saben lo que es cuando les digo que es un niño canguro, y no saben lo que se le puede dar” [ENT-SFM-02]

A la vez, en ninguno de los hospitales evaluados existen mecanismos y procedimientos establecidos para la coordinación entre el PMC y el PNRTV durante la atención al embarazo, parto y puerperio de mujeres VIH positivas y sus neonatos. Si bien la frecuencia de casos de niños prematuros y/o de bajo peso de madres positivas tiende a ser percibida como baja por las autoridades hospitalarias, en las situaciones cuando ocurre los dos programas ofrecen la atención al binomio madre-hijo de manera desarticulada, siguiendo los protocolos establecidos en cada caso.

Entre otros aspectos, las usuarias de ambos programas por lo general acuden de manera independiente a las citas estipuladas por cada uno, incrementando esto la carga de visitas requeridas al hospital y, consecuentemente, los gastos de transporte para las madres y sus familias. Según queda reflejado en las historias de vida presentadas en esta sección, esta situación puede incidir en la deserción de la usuaria de uno o ambos programas.

En este contexto, el PNRTV maneja los niños prematuros y/o de bajo peso de madres VIH positivas de manera independiente de su prematuridad, mientras que el PMC maneja los niños que cumplen con sus criterios de inclusión de manera independiente del estatus VIH positivo de sus madres.

“Las pacientes que están en Neo cuando ya están en condiciones de estar de alta, se les da de alta y se les refiere al Programa de Mamá Canguro. Ya el Departamento de Transmisión Vertical tiene conocimiento de ello, porque ya se han tratado...” [GD-SPM-01]

Una excepción lo constituye el componente de lactancia materna exclusiva del PMC, la cual no es aconsejada en el caso de madres VIH positivas, recomendándose la alimentación con sucedáneos de leche materna según las normas nacionales vigentes. Si bien en uno de los hospitales, hasta la fecha, esta situación ha conllevado a la definición del estatus VIH positivo de la madre como un criterio de exclusión para su participación en el PMC – aspecto que quedó identificado por las autoridades

Historia 5. Jocelyn

Jocelyn, joven Haitiana de 22 años, vino de Haití hace dos años para estar con su pareja y terminar sus estudios de derecho. Cuando se dio cuenta que estaba embarazada, a los dos meses de gestación, acudió al hospital más cercano a su primera consulta prenatal. Su prueba de VIH salió positiva. Ese día cuando volvió a su casa, no encontró a su pareja, quien también se llevó una parte de los muebles. De esta manera comprendió que su pareja posiblemente hacía tiempo estaba al tanto de su condición VIH+, y que los medicamentos que tomaba a diario, y le explicaba que eran para una condición cardíaca, eran antirretrovirales. Luego de eso se enteró que se mudó a Puerto Rico, donde vive actualmente y le ayuda económicamente con el bebé.

Luego de aceptar los resultados de su prueba de VIH como una realidad, entró al PNRTV, y comenzó a recibir los ARV en el embarazo. Según comenta, la mayor parte de la información que le dieron en ese programa ya ella la conocía de las charlas que recibió en Haití, aun cuando en ocasiones hubo cosas que no entendía bien por su limitado manejo del idioma Español. Aun así, reporta que no quería involucrar a ninguna persona de procedencia Haitiana para que le ayude a traducir, dado que no quería que nadie de su comunidad se enterara de su condición de salud.

A las 36 semanas de embarazo fue necesario practicarle una cesárea de emergencia por presión alta. En el momento de la cesárea el personal de salud no estaba informado de su condición VIH+, aunque se dieron cuenta en el proceso, y el bebé recibió su medicamento. La invitaron a participar en el PMC mientras el niño estaba interno, y lo trajo a la consulta desde que le dieron de alta. No obstante, informa que no ha podido llevarlo en la faja que le suministraron, porque su casa es de zinc, y hace demasiado calor para ambos. A la vez entiende que le será imposible cumplir con las citas que le ponen, sobre todo porque también tiene que acudir a las citas de PNRTV que pocas veces coinciden, por lo cual no cree que seguirá por mucho tiempo más en el Programa.

En el PNRTV la informaron que no debe darle leche de seno a su bebé, y le están suministrando fórmula infantil. Su bebé tiene un mes actualmente, y en esta ocasión no le alcanzó la fórmula para todo el mes. Jocelyn entiende que su hijo toma demasiada leche porque “no se llena” y ha comenzado a mezclar la fórmula con la compota infantil. Está preocupada por si eso le podría hacer daño al bebé, pero no se atreve a preguntarle al pediatra para que “no le pelee”.

hospitalarias como un punto a revisar a partir del grupo de discusión conducido en la presente evaluación –, los otros establecimientos han incluido las mujeres con este diagnóstico, eliminando únicamente el componente de lactancia materna del PMC.

Aun cuando este manejo implica el reto de explicaciones solicitadas por otras usuarias de servicios con quienes se insiste en lactancia exclusiva y, la potencial estigmatización de las madres que no lactan, según puede observarse en la historia de Anita, el personal de PMC no refiere mayores incidentes en este proceso, alegando en casos que lo ameriten las dificultades propias del proceso de lactancia más bien que el estatus VIH positivo de la mujer. A la vez, los proveedores que participaron en los grupos de discusión afirmaron percibir un importante impacto positivo de los otros componentes del PMC en la salud de neonatos expuestos al VIH, aun con la alimentación con sucedáneos de leche materna:

“Con Mamá Canguro, lo que se perdería dándole fórmula sería la parte inmunológica básicamente, porque el apego se mantiene, y hasta se ve fortalecido... ..Los pacientes que hemos tenido con VIH y con fórmula, y dándoles un seguimiento adecuado, han evolucionado muy bien“
[GD-SPM-01]

Si bien las autoridades hospitalarias y los proveedores de servicios consultados reportan que en la mayoría de los casos la identificación del estatus VIH positivo de las madres queda constatado en el proceso de atención al parto y es oportunamente comunicado al personal de PMC y tomado en cuenta en el proceso de su reclutamiento para este Programa en las salas post-parto, se han identificado casos de mujeres cuyo estatus VIH positivo ha pasado desapercibido, y han sido incluidas en el Programa sin que el personal estuviera al tanto del mismo (ver Historia 4. Marie). Este tipo de eventos puede conllevar a la promoción de lactancia materna exclusiva en el PMC, la cual, según las normas nacionales actualmente vigentes, está contraindicada en el caso de las mujeres VIH positivas y sus neonatos.

La reducida integración del PMC con el PNRTV no solamente limita el impacto de las intervenciones desarrolladas por ambos programas, sino que también incide en oportunidades perdidas para la oferta de atención integral a la salud de la población beneficiaria. En este sentido, en el contexto de los grupos de discusión, las autoridades hospitalarias y los proveedores de servicios de salud identificaron varios puntos de articulación potencial entre ambos programas, incluyendo la utilización del componente de visitas ambulatorias regulares y frecuentes del PMC para el refuerzo de las estrategias de IEC desarrolladas con las madres VIH positivas desde el PNRTV, así como el involucramiento de parejas masculinas y familias a través del PMC en las iniciativas de prevención de la transmisión vertical del VIH.

V. Discusión

De acuerdo a lo planteado en la sección metodológica de este documento (ver Cuadro 1), los objetivos de la evaluación conducida fueron vinculados a preguntas de investigación específicas, cuyas respuestas, basadas en el análisis exhaustivo de la información cuantitativa y cualitativa reunida en los cuatro centros de salud incluidos en la presente iniciativa, quedan expuestas a continuación.

TODAS LAS MADRES Y RECIÉN NACIDOS

¿Cuánto conoce el personal que labora en áreas de atención al parto, maternidad, unidad de neonatología y servicios de PMC sobre el diagnóstico de VIH y manejo de PNRTV para madres y recién nacidos?

Si bien la integración de diferentes servicios y la comunicación intrahospitalaria de manera general presenta importantes limitaciones, la información reunida en los grupos de discusión con autoridades hospitalarias y proveedores de servicios de salud evidencia amplios conocimientos y el manejo de protocolos de atención de PNRTV en los diferentes servicios hospitalarios, incluyendo la atención al parto y la unidad de neonatología. A la vez, aun cuando el personal de PMC no participa ni monitorea de manera sistemática el cumplimiento del protocolo establecido de PNRTV entre las usuarias VIH+ del PMC y sus neonatos, usualmente está al tanto de su existencia y de la necesidad del seguimiento de estas usuarias en ambos servicios.

Cabe destacar, que los hallazgos cualitativos orientan a informar que los programas materno-infantiles en los hospitales realizan sus acciones sin ninguna articulación con el PNRTV, pudiendo dar lugar a que en el área de neonatología, alojamiento conjunto Y PMC no se piense en el tamizaje para VIH en algunas mujeres que pudieron no ser cribadas para el virus durante el proceso de ingreso al hospital, aun siendo muy baja la probabilidad de no realizarse la prueba en los cuatro centros evaluados, pero con una brecha de un 3-18%, existe la oportunidad de pasar desapercibido el diagnóstico del virus, siendo conveniente hacer una campaña de concientización en estos servicios intrahospitalarios de indagar sobre el conocimiento de la madre de su estatus de VIH y la confirmación de realización del tamizaje mediante la verificación en el expediente del resultado de la prueba.

¿Conocen todas las mujeres que acuden para la atención al parto su estatus de VIH? ¿El estatus de sus parejas?

El componente cuantitativo de la presente evaluación indica una amplia cobertura de consejería pre-prueba y la prueba de VIH en los cuatro establecimientos evaluados, con un alto porcentaje (91%-94%) de mujeres que reciben los resultados de su prueba de VIH en el transcurso del embarazo, por lo cual cabe afirmar que la gran mayoría de mujeres que reciben la atención prenatal en estos establecimientos conocen su estatus de VIH antes del momento de parto. De manera acorde con este dato, todas las usuarias VIH+ entrevistadas en el componente cualitativo de la evaluación fueron diagnosticadas al más tardar en el primer trimestre del embarazo y tuvieron la oportunidad de recibir la terapia ARV previo al parto también. En el caso de las usuarias referidas desde otros centros de salud, quienes, según afirman los proveedores de servicios consultados, tienden a acudir en el momento de parto sin el resultado de la prueba de VIH o sin la evidencia correspondiente, se practica, de manera rutinaria, la prueba rápida de VIH previo a su ingreso a la sala de parto o quirófano. Si bien esto, en ocasiones, incide en la imposibilidad de practicarle una cesárea a la usuaria, si garantiza el conocimiento del estatus de VIH de todas las usuarias en la sala de post-parto, y permite la administración de ARV de profilaxis a sus recién nacidos y la iniciación de alimentación exclusiva con fórmula, mas la integración al SAI correspondiente.

Por otro lado, si bien el manejo del estatus de VIH de las embarazadas que acuden a la atención al parto es, por lo previamente expuesto, prácticamente universal, la información cualitativa reunida en esta evaluación y en estudios previos conducidos en la República Dominicana¹⁸⁻¹⁹, sugiere que la comunicación de este estatus a la pareja masculina tiende a ser muy limitada, particularmente en los casos de un resultado positivo. En este sentido, muchas mujeres diagnosticadas con VIH en la atención prenatal optan por ocultar este diagnóstico de sus parejas y, según ponen de manifiesto algunas de las historias expuestas en los resultados cualitativos de la presente evaluación, aun cuando sí lo comunican, las parejas pueden estar renuentes a acudir al PNRTV para realizarse la prueba.

Esta situación pone de manifiesto la relevancia de iniciativas enfocadas en el involucramiento rutinario de parejas masculinas en el tamizaje prenatal de VIH antes de la entrega del resultado de la prueba a la embarazada. En el caso de las mujeres VIH que desconozcan el estatus de su pareja, este involucramiento pudiera reforzarse desde otros servicios de salud disponibles en el contexto hospitalario, constituyéndose el PMC y su componente de seguimiento al binomio madre-hijo y a la familia, no sólo como una excelente oportunidad de incluir a la pareja masculina en todo el proceso de tamizaje y acompañamiento de las acciones post parto en niños prematuros y de bajo peso, sino como un modelo a considerar por el PNRTV en la prevención de la transmisión perinatal después del parto al evitar la mezcla de lactancia y fórmula.

¿Reciben todas las mujeres VIH+ que acuden para la atención de parto, los servicios de SAI?

La exploración cualitativa realizada en esta evaluación mueve a considerar que todas las mujeres positivas al VIH que acuden para la atención al parto, reciben los servicios ofrecidos por los SAI. Luce ser también que, aun las mujeres que acuden a atención del parto sin el resultado de la prueba de VIH, en el caso de ser diagnosticadas como positivas al VIH en el proceso de parto, son reclutadas, de manera rutinaria, por el PNRTV y referidas al SAI para el seguimiento, tanto de ellas mismas, como de su recién nacido. Un aspecto a considerar en la asistencia y adherencia a los SAI de las mujeres positivas al VIH es la preocupación de la madre por el cuidado de su bebé, lo cual puede ser aprovechado para potencializar las acciones de prevención de la transmisión del VIH post parto en cuanto al cumplimiento del tratamiento con ARV y la administración de sucedáneos de la leche materna en forma exclusiva.

En recién nacidos no integrados al PMC (a término y de peso normal al nacer) el control postnatal en el primer mes de vida y más adelante de niño sano son también oportunidades para identificar y tratar niños y familias viviendo con VIH/SIDA.²⁰

¿Se les practica una cesárea a todas las mujeres VIH+?

Los datos del componente cuantitativo de la presente evaluación indican que, si bien el porcentaje de mujeres diagnosticadas como VIH antes o durante el parto ha ido en incremento en los últimos años, sigue observándose una brecha importante entre los diferentes centros de salud, observándose la tendencia a un menor porcentaje de cesáreas en centros de menor complejidad. Por el contrario, los centros de mayor cobertura en lo que respecta la atención al parto, como el Hospital San Vicente de Paul (San Francisco de Macorís) y el Centro Materno-Infantil San Lorenzo de los Mina, el porcentaje de cesáreas en embarazadas VIH+ se acerca al 100% y, debido a la cantidad de usuarias diagnosticadas en otros establecimientos que se refieren a estos centros de salud, en los últimos años (2012-Enero –Junio del 2013) el porcentaje de realización del procedimiento excede el 100% de las embarazadas esperadas según las pruebas realizadas de VIH en estos hospitales.

¿Reciben todos los recién nacidos expuestos al VIH la profilaxis con antirretrovirales (ARV) en el momento de nacimiento, según recomiendan las guías del Ministerio de Salud Pública (MSP)?

De manera similar a lo observado con el indicador del porcentaje de cesáreas, el número de recién nacidos que recibe la profilaxis con ARV al nacer ha mostrado una tendencia al incremento en el periodo evaluado. No obstante, en el caso del Hospital Antonio Musa (San Pedro de Macorís) y el Hospital Morillo King (La Vega) en el año 2012 no sobrepasó el 65% de recién nacidos perinatalmente expuestos al VIH. Este dato indica la necesidad de reforzar la segunda parte de la cascada de servicios de PNRTV en estos establecimientos (administración de ARV a la madre al niño, realización de cesáreas y suministro de fórmulas infantiles).

La escasez de medicamentos ARV en hospitales materno-infantiles de la República Dominicana ha sido reportada por otros autores,³ señalando que para suplir las necesidades se desarrollan “mecanismos informales de solidaridad” entre los SAI, acudiendo el Servicio que se queda sin medicamentos al SAI más cercano para que le supla con la medicación para las madres positivas al VIH y sus bebés expuestos al virus, garantizando, el SAI que recibió los ARV, reponérselos al que los suministró cuando los reciban del Ministerio de Salud Pública.

¿Reciben todas las madres VIH+ y sus recién nacidos expuestos una cita o referimiento para el SAI en el momento de darle de alta?

Tal y como se expuso en el acápite 5.1.3., todas las mujeres identificadas como VIH+ antes o durante la atención al parto, reciben las intervenciones intrahospitalarias del PNRTV y son referidas al SAI para fines de seguimiento. El reto más grande en este sentido, según refieren los proveedores de servicios de salud consultados, lo constituye el seguimiento del binomio madre-hijo a mediano y largo plazo, particularmente en el caso de las usuarias que residen en comunidades alejadas y no disponen de recursos para trasladarse a los SAI de manera regular. En este contexto, las debilidades del componente comunitario identificadas en los diferentes centros de salud, dificultan la permanencia de las mujeres VIH+ en el PNRTV y los servicios de SAI, siendo este un reto compartido con el PMC.

FAMILIAS DEL PMC

¿Conocen todas las mujeres en seguimiento ambulatorio de PMC su estatus de VIH?

Partiendo de la amplia cobertura de la primera parte de la cascada de servicios de PNRTV (consejería pre-prueba, prueba de VIH y consejería post-prueba) en los hospitales evaluados, y la realización rutinaria de la prueba de VIH a las mujeres que acuden a la atención al parto sin la evidencia de su resultado, permite asumir que prácticamente un 100% de las usuarias de servicios de salud que dan a luz en un establecimiento de salud conoce su estatus de VIH. El componente cualitativo de la presente evaluación también corrobora este dato, con los relatos de las historias de vida y de los grupos de discusión presentados.

¿Se han realizado las parejas y otros hijos/as de mujeres VIH+ que se siguen en PMC una prueba de VIH?

Según lo planteado en el acápite 5.1.2, el involucramiento de parejas masculinas en el PNRTV es muy limitado y, frecuentemente el hombre no está al tanto del estatus VIH+ de su pareja o se opone a acudir al PNRTV para realizarse la prueba. Tal y como pudo observarse también entre las mujeres VIH+ entrevistadas en el componente cualitativo de la presente evaluación, las usuarias del PMC no constituyen una excepción en este sentido.

Cabe señalar, no obstante, que desde el PMC en este momento no se están desarrollando estrategias dirigidas de manera específica a fortalecer este componente del PNRTV, y si bien la integración de la pareja masculina en la atención al niño prematuro y de bajo peso al nacer constituye una incuestionable fortaleza de este Programa, los temas relativos a la comunicación de diagnóstico, prueba de VIH y otros temas de PNRTV no están contemplados como parte de este involucramiento. Este aspecto representa una importante oportunidad de integración del PMC con PNRTV, particularmente tomando en cuenta que los resultados del componente cualitativo de esta evaluación indican que el PMC podría constituir un entorno más amigable y positivo para el involucramiento de parejas masculinas, y por ende su integración activa a las iniciativas de PNRTV.

¿Reciben todos los miembros de las familias VIH+ atención en el SAI?

Tal y como fue señalado previamente, el involucramiento masculino y, por ende, el involucramiento de otros miembros de la familia en los servicios de SAI podría definirse como una limitación propia no solamente del PNRTV, sino también de otros servicios relevantes para la atención al embarazo, parto y puerperio en el contexto hospitalario. El PMC, partiendo de su estrategia de seguimiento intensivo al binomio madre-hijo y la integración de su círculo familiar durante el primer año de vida, constituye, por ende, una importante oportunidad para la superación de dicha limitación en prematuros y niños de bajo peso, así como un modelo a considerar por el PNRTV para el seguimiento de las acciones post parto para evitar la transmisión perinatal del VIH en niños de madres positivas al durante este periodo.

¿Se le realizó una prueba de VIH al recién nacido expuesto a VIH que se sigue en PMC? ¿Se conocen los resultados?

Si bien la realización de la prueba de VIH al recién nacido expuesto perinatalmente a este virus forma parte de servicios de rutina provistos por el SAI, y según corroboran las usuarias VIH+ del PMC entrevistadas en el componente cualitativo de la evaluación, se cumple, cabe señalar que el PMC no integra un seguimiento formal a la usuaria y el recién nacido en este sentido.

¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC, la profilaxis de ARV según las recomendaciones del MSP?

Al igual que se presentó 5.2.4, la profilaxis con ARV al recién nacido expuesto perinatalmente a este virus forma parte de servicios de rutina provistos por el SAI, y según corroboran las usuarias VIH+ del PMC entrevistadas en el componente cualitativo de la evaluación, se cumple, cabe señalar que el PMC no integra un seguimiento formal a la usuaria y el recién nacido en este sentido.

¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC lactancia exclusiva? ¿Fórmula exclusiva? ¿Recibió la madre consejería sobre las opciones de alimentación?

Siguiendo los protocolos nacionales de PNRTV, todas las madres VIH positivas, incluyendo las usuarias del PMC, son orientadas para alimentar a sus recién nacidos con sucedaneos de la leche materna, como una estrategia para evitar la transmisión del VIH a través de lactancia materna, y se les provee de fórmula infantil gratuita durante los primeros 6 meses de vida del bebé. Es importante observar, no obstante, que en este contexto, según refieren los proveedores de servicios de salud consultados, la alimentación por fórmula tiende a ser presentada más bien como un mandato que como una opción.

En el contexto de PMC, en la mayoría de los centros evaluados, las usuarias VIH positivas reciben todos los componentes de este Programa exceptuando la promoción de lactancia

exclusiva. Aun cuando esto podría representar una dificultad de manejo de la usuaria positiva al VIH en medio de otras mujeres que lactan exclusivamente, pudiendo desencadenar cuestionamientos y potencial estigmatización social, tanto las usuarias de servicios como el personal de salud reportan manejar este tipo de situaciones con relativa facilidad.

Por otro lado, el PMC, tomando en cuenta su énfasis en lactancia materna exclusiva, no abarca la consejería y orientación relativa a la alimentación del neonato en el caso de madres que utilizan fórmula, aspecto que también tiende a ser pasado por alto por el personal de PNRTV. En este sentido, varias de las usuarias positivas al VIH entrevistadas en el componente cualitativo de la presente evaluación, afirman no haber recibido ningún tipo de orientación al respecto y que aprendieron a preparar la fórmula infantil ellas solas o con la instrucción de alguna persona allegada. Esta situación incrementa las posibilidades de preparación inadecuada de la fórmula infantil, incluyendo la utilización de agua de poca calidad, y concentraciones inadecuadas, lo cual pudiera incrementar los riesgos para la salud de neonato que van más allá de la transmisión perinatal del VIH.

Partiendo de lo anterior, algunos proveedores de servicios de salud que participaron en los grupos de discusión de la presente evaluación, sugirieron la pertinencia de una revisión exhaustiva y basada en evidencia de los protocolos actuales de PNRTV, planteando que, asumiendo la administración efectiva de la terapia ARV a la madre, la lactancia exclusiva de neonatos perinatalmente expuestos al VIH pudiera representar menos riesgos y resultar más favorable para su salud, en contraste con la utilización, frecuentemente inadecuada, de sucedáneos de leche materna.

Es importante señalar también, que las fórmulas especiales que deben ser suministradas a los prematuros, sean positivos o no al VIH, no se incluyen dentro de los insumos que se distribuyen en ambos programas (PMC y PNRTV), lo cual pudiera considerarse una oportunidad perdida en lo que respecta a la adecuada alimentación y desarrollo ponderal de estos niños.

¿Recibe el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC cotrimoxazol, según las recomendaciones del MSP?

Al igual que se presentó 5.2.4, y 5.2.5, el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC recibe cotrimoxazol ya que forma parte de servicios de rutina provistos por el SAI, y según corroboran las usuarias VIH+ del PMC entrevistadas en el componente cualitativo de la evaluación, se cumple, aunque el PMC no integra un seguimiento formal a la usuaria y el recién nacido en este sentido.

¿Recibe el recién nacido VIH positivo que se sigue en PMC servicios de SAI?

Al igual que se presentó en 5.2.4, y 5.2.5 y 5.2.7, el recién nacido expuesto al VIH que se sigue en PMC recibe todo lo que forma parte de servicios de rutina provistos por el SAI, y según corroboran las usuarias VIH+ del PMC entrevistadas en el componente cualitativo de la evaluación, se cumple, aunque el PMC no integra un seguimiento formal a la usuaria y el recién nacido en este sentido.

Los aspectos relativos a servicios de PNRTV, incluyendo la prueba de VIH al recién nacido, la profilaxis de ARV, la administración de cotrimoxazol y el seguimiento por el SAI, no son registrados ni monitoreados de manera estructurada, siendo este aspecto una importante oportunidad de integración entre ambos programas.

VI. Conclusiones Y Recomendaciones

1. La alta mortalidad neonatal observada en dos de los cuatro hospitales mueve a pensar que existen condiciones intrahospitalarias que no permiten reducir este indicador, aun a pesar de la efectiva implementación que se percibe del PMC y su potencial impacto en la reducción de la mortalidad por complicaciones de prematuridad y bajo peso.
2. La evidencia cuantitativa luce indicar que en los hospitales evaluados hay una alta efectividad del PNRTV para el diagnóstico de embarazadas VIH positivas, con su correspondiente consejería pre y post prueba, no así para el suministro de ARV a la embarazada y al niño, así como para el suministro de fórmulas infantiles, lo cual incrementa la vulnerabilidad de las embarazadas para transmitir el VIH a sus hijos, intra y post parto.
3. Las brechas observadas en la cobertura de tamizaje a las embarazadas que asisten a la consulta prenatal (3%-18%) mueve a sugerir el aprovechamiento del alojamiento conjunto para reducir la oportunidad de que madres que no se han hecho la prueba de VIH, y, que podrían resultar positivas al virus, puedan transmitirlo a otras personas, incluyendo a sus hijos en caso de quedar embarazadas nuevamente.
4. La variabilidad en el suministro de fórmulas infantiles y la posibilidad de mezcla de fórmula y lactancia materna, que podría aumentar la transmisión post parto del VIH, mueven a considerar el PMC como fundamental para el seguimiento post parto de niños prematuros y bajo peso, evitando así la posibilidad de transmisión del virus mediante un seguimiento sistemático y continuo de las prácticas de alimentación del recién nacido por parte de la madre positiva al VIH.
5. En recién nacidos no integrados al PMC (a término y de peso normal al nacer) el control postnatal en el primer mes de vida y más adelante de niño sano son también oportunidades para identificar y tratar niños y familias viviendo con VIH/SIDA²⁰.
6. El índice de prematuridad y la prevalencia de VIH se podrían utilizar como herramientas operativas para motivar la integración del PNRTV y del PMC, planteándose así la posibilidad de una estrategia de implementación conjunta que incluya el desarrollo de una política única de acción con la elaboración de normas de atención y manuales estandarizados de entrenamiento e intervención, así como un escalamiento de las actividades de instauración de dicha estrategia en los diferentes niveles de atención del sistema de salud de la República Dominicana, dándose la prioridad de ejecución en aquellos centros de salud con mayores valores porcentuales de estos parámetros.
7. En este sentido, si un hospital de tercer nivel de atención o un subcentro de salud (segundo nivel de atención) presenta valores porcentuales elevados del índice de prematuridad y la prevalencia de VIH, sería por donde se iniciarían las acciones de integración de ambos programas escalando sistemáticamente las actividades de implementación hasta cubrir todo el territorio de la República Dominicana con actividades que se relacionen con el PMC y con la prevención de la transmisión del VIH perinatalmente, considerando la extensión de ambos programas hasta el primer nivel de atención (Unidades de Atención Primaria en Salud), lo cual permitiría abaratar los costos y aumentar la accesibilidad a los servicios.
8. En establecimientos donde la poca frecuencia de casos que ameriten de las intervenciones de ambos programas no requiera de una estrategia institucional oficial de integración, pudiera pensarse en protocolos complementarios del PMC, enfocados, de manera específica, en temas relevantes para el manejo de aspectos vinculados a la prevención de la transmisión vertical del VIH Y sífilis en niños prematuros y de bajo peso al nacer, incluyendo, entre otros temas, el manejo adecuado y preparación de fórmulas infantiles.
9. La percepción de las madres que se han beneficiado de ambos programas es que el PMC le

ha dado un soporte emocional y un seguimiento que le ha permitido subir la autoestima y sentir menos la discriminación del VIH en términos del cuidado post parto de su bebe.

10. La integración de la pareja masculina luce ser un elemento a considerar dentro del componente comunitario del PMC para involucrar a la pareja al cuidado del bebe y su madre, así como también garantizar su permanencia y mantenimiento de los costos del hogar y su acompañamiento continuo, tanto económico, como emocional.
11. Los diferentes actores que participan en ambos programas (PNRTV y PMC) perciben al PMC como una estrategia de salud pública que pudiera potencialmente aumentar los esfuerzos de prevención de la transmisión post parto del VIH. Los proveedores de salud de ambos programas, aunque desvinculados uno del otro, manifiestan un respeto mutuo y consideran la integración de las actividades de prevención post parto del VIH y del PMC como impostergables para garantizar no sólo la reducción de las oportunidades perdidas a nivel de tamizaje y de prevención del virus, sino de mejorar la calidad de atención de las madres y sus hijos antes, durante y después del parto, pudiendo reducir los índices de mortalidad materna e infantil en la República Dominicana.

VII. Reflexiones Finales

Al finalizar esta evaluación varios puntos merecen ser resaltados para puntualizar las acciones que deberían llevarse a cabo en términos de integración de los programas PMC y PNRTV, así como la potencialidad de reducción de oportunidades perdidas para el diagnóstico y tratamiento de personas infectadas por el VIH y la prevención post parto de dicho virus.

En primer lugar, tanto las autoridades hospitalarias, como los proveedores de servicios de salud consultados en la presente evaluación, señalan al PMC como un gran hito en la calidad de atención al binomio madre-hijo, reportándose también mejoras en indicadores hospitalarios relevantes a partir de su introducción. Algunos de los proveedores refirieron la sorpresa inicial de algunos de sus colegas frente a la de alta precoz de niños de muy bajo peso y el impacto positivo del PMC en su cuidado subsiguiente.

De manera particular, se ha destacado el impacto del PMC en la reducción de morbilidad y mortalidad neonatal en niños prematuros y de bajo peso, la cual se percibe como vinculada con la reducción del tiempo de hospitalización post-parto de este grupo de neonatos, a pesar de que hay muchos más factores involucrados.

En adición a los aportes directos del PMC a la mejora de indicadores hospitalarios y la calidad de atención al binomio madre-hijo, señalados de manera reiterada en los diferentes establecimientos incluidos en esta evaluación, las autoridades hospitalarias y los proveedores de servicios de salud han identificado múltiples oportunidades que representa este Programa para otros servicios provistos en los hospitales.

Se destaca entre éstas la oportunidad que constituye el PMC para el seguimiento a largo plazo del binomio madre-hijo y de sus familias, cuyas ventajas no se limitan a intervenciones dirigidas a mitigar el impacto de la prematuridad y del bajo peso al nacer, sino que también pueden ser extendidas a otras intervenciones y programas hospitalarios.

A la vez, la frecuencia de visitas de seguimiento postnatal del PMC provee el espacio idóneo para las iniciativas continuas de IEC, no sólo para las madres involucradas, sino también para sus parejas, familias y comunidades.

Por otra parte, la valoración altamente positiva del PMC fue expresada de manera reiterada también por las usuarias de este Programa entrevistadas en la presente evaluación, con énfasis en su impacto en las orientaciones sobre los cuidados infantiles y su empoderamiento en el rol de madres. En este sentido, el sentimiento de haber podido contribuir a preservar y promover la salud de su hijo prematuro y/o de bajo peso fue señalado por las mujeres entrevistadas como el mayor beneficio y la mayor ventaja de su involucramiento en el PMC.

De igual forma, se reportó por las usuarias del PMC entrevistadas, la importancia de tener un solo pediatra que acompaña y monitorea el desarrollo del bebé, frente a la situación de encontrarse frente a un proveedor de servicios diferente en cada consulta, como suele suceder en otros servicios hospitalarios.

Asimismo, desde el punto de vista afectivo, la práctica de contacto continuo piel a piel y la lactancia materna exclusiva, a pesar de implicar un importante compromiso y esfuerzo físico para la madre, tiende a ser descrito por las usuarias del PMC como una experiencia especial y significativa en el establecimiento de vínculos afectivos con su bebé, siendo éste uno de los aspectos más valorados por las mujeres entrevistadas en la presente evaluación.

Más aún, el trato humano y la “confianza” establecida con el personal de salud involucrado en el PMC convierte a este Programa en un canal importante para la comunicación e información en temas de salud, no sólo para la mujer y el neonato, sino también para toda la familia. En este sentido, las llamadas telefónicas de seguimiento del PMC tienden a ser percibidas de manera muy positiva por las usuarias de servicios, quienes las interpretan como una señal de preocupación, apoyo e interés genuino por su salud y la de su bebé.

En lo que respecta a la atención de madres positivas al VIH, el PMC presenta algunos aspectos interesantes a considerar para el manejo de estas madres. Por ejemplo, las madres positivas con el virus podrían presentar necesidades de servicios adicionales, incluyendo el apoyo emocional, atención psicológica, y la intervención en situaciones de violencia de género, entre otros, los cuales pudieran ser provistos desde la perspectiva integral del PMC.

En especial, el seguimiento post parto de las madres positivas al VIH y de sus bebés para evitar la mezcla de lactancia y fórmula y, en consecuencia, reducir la posibilidad de transmisión perinatal del virus después del parto, constituye posiblemente el elemento más importante a considerar en la integración de las acciones del PMC y del PNRTV. En este sentido, el componente de seguimiento del binomio madre-hijo del PMC podría servir de modelo al PNRTV para reducir la oportunidad de transmisión post parto y de integrar a la familia a los SAI de la República Dominicana.

Esto toma más fuerza en la República Dominicana donde la industria farmacéutica juega un papel preponderante para promover el uso de fórmulas en la población de madres y de especialistas (pediatras) responsables del cuidado del neonato. Característicamente, la población de pediatras recibe gratuitamente por dos años fórmulas infantiles lo que hace aun más difícil la promoción de lactancia materna en la República Dominicana, con el agravante de que gran parte de la población no tiene ingresos suficientes para poder comprar la fórmula, ni prepararla (uso de agua potable), ni almacenarla adecuadamente (acceso a refrigeración y a electricidad).

Otro punto a resaltar es la valoración de las madres que se han beneficiado de ambos programas, percibiéndose que el PMC le ha dado un soporte emocional y un seguimiento que le ha permitido subir la autoestima y sentir menos la discriminación del VIH en términos del cuidado post parto de su bebé.

De igual forma cabe resaltar, la necesidad de integrar la pareja masculina en todo el proceso de seguimiento post parto. El componente comunitario del PMC luce ser el escenario adecuado para involucrar a la pareja al cuidado del bebé y su madre, así como también garantizar su permanencia y mantenimiento, lo cual debe ser articulado con el PNRTV para potencializar las acciones.

Precisamente, la articulación de ambos programas se podría considerar el reto más importante para potencializar las acciones. En este sentido, fueron señaladas varias limitaciones que pudieran impactar en la efectividad de estos programas, tales como la discordancia entre las citas a las usuarias y la ausencia de supervisión en el suministro de ARV a los niños de madres VIH positivas.

En lo que respecta a la discordancia entre las citas, las usuarias de ambos programas por lo general acuden de manera independiente a las visitas estipuladas en cada uno de ellos, incrementando esto los gastos de transporte para asistir al hospital y, consecuentemente, la carga económica para las madres y sus familias, lo cual puede incidir en su deserción de uno o ambos programas.

Asimismo, la brecha observada en el suministro de ARV a niños y madres incluidos en el PNRTV en los cuatro centros de salud evaluados refleja la potencialidad del PMC de, por una parte, indagar sobre el suministro de estos medicamentos, intrahospitalariamente, en niños prematuros y con bajo peso al nacer, garantizando así su administración oportuna. Por otra parte, el PMC podría también activar, en caso de que no se cuente con los ARV en el centro de salud, los “mecanismos informales de solidaridad” para que el SAI más cercano provea la medicación requerida, y así asegurar el suministro de estos medicamentos en los niños expuestos al VIH.

De igual forma, la reducida integración del PMC con el PNRTV no solamente limita el impacto de las intervenciones desarrolladas por ambos programas, sino que también incide en oportunidades perdidas para la oferta de atención integral a la salud de la población beneficiaria. En este sentido, en el contexto de los grupos de discusión, las autoridades hospitalarias y los proveedores de servicios de salud identificaron varios puntos de articulación potencial entre ambos programas, incluyendo la utilización del componente de visitas ambulatorias regulares y frecuentes del PMC para el refuerzo de las estrategias de IEC desarrolladas con las madres VIH positivas desde el PNRTV, así como el involucramiento de parejas masculinas y familias a través del PMC en las iniciativas de prevención de la transmisión vertical del VIH.

Esto mueve a recomendar la expansión de ambos programas a los niveles primarios de atención evitando así la posible pérdida de pacientes los días feriados y fines de semana que resultan ser los de mayor vulnerabilidad en términos de captación y retención de pacientes, así como también hacer que los servicios sean más accesibles y menos costosos al estar más cerca de la población afectada.

Al mismo tiempo, deben crearse los mecanismos comunitarios de sostenibilidad que permitan garantizar la generación de recursos económicos y faciliten el acceso oportuno y sistemático de las madres a los servicios de atención primaria, lo que, indefectiblemente, deberá traducirse en una mejoría de la calidad de atención y de los indicadores relacionados con la salud del binomio madre-hijo.

Finalmente, después de los hallazgos cuantitativos y cualitativos observados en esta evaluación debe considerarse la posibilidad de una estrategia de implementación conjunta de ambos programas (PMC y PNRTV) que incluya el desarrollo de una política única de acción con la elaboración de normas de atención y manuales estandarizados de entrenamiento e intervención, así como un escalamiento de las actividades de instauración de dicha estrategia en los diferentes niveles de atención del sistema de salud de la República Dominicana, considerándose como meta final la extensión de ambos programas hasta el primer nivel de atención.

VIII. Referencias

1. CESDEM / MACRO International. *Encuesta demográfica y de salud (ENDESA)2007*. Calverton, MD: MEASURE DHS; Disponible en:http://www.measuredhs.com/countries/country_main.cfm?ctry_id=8.
2. Pérez-Then E (Ed.) (2008). Calidad de la Atención de la Embarazada y del niño menor de un año en Centros de Primer Nivel de Atención de la Regiones III, IV, V VI de la República Dominicana. CENISMI. Serie de Reuniones Técnicas IV.
3. Pérez-Then E y Miric M (2011). *Integración de la Atención Prenatal con el Diagnóstico y el Tratamiento del VIH y la Sífilis en República Dominicana: Fase 1ª*. CENISMI / Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) / UNICEF. Santo Domingo, República Dominicana.
4. Quiterio G, Molina M, Miric M, Vernon R y Rivero-Fuentes E. (2008). *Situation Analysis of the Integration of Family Planning Services in Postpartum, Postabortion and Prevention of Mother to Child Transmission Programs in the Dominican Republic*. Population Council: Frontiers in Reproductive Health / USAID.
5. Miric M, Diplan J, Martinez M, Díaz, L, De la Rosa J (2006). *Análisis situacional del uso de planificación familiar en programas posparto, postaborto y de la reducción de la transmisión vertical del VIH/SIDA en la República Dominicana. Enfoque cualitativo*. Population Council: Fronteras de la Salud Reproductiva / Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Santo Domingo, Informe inédito.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS): Informe sobre la salud en el mundo 2005: para que todas las madres y los niños cuenten. Ginebra: OMS, 2005. Disponible en Internet en <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>.
7. OMS. Tendencias RMM 1990-2008. Tomado de la Presentación del Dr. Carlos Gril, titulada: MORTALIDAD MATERNO – PERINATAL. UNA CONSTANTE DE LOS PAISES EN VIAS DE DESARROLLO. XX Congreso Dominicano de Obstetricia y Ginecología y XI Congreso Ibero-Americano de la Sociedad de Endoscopia Ginecológica. Santo Domingo, 30 Marzo – 2 Abril 2011. Santo Domingo (República Dominicana), 2011.
8. Miller S, Tejada A, Murgueytio P, Díaz J, Dabash R, Putney P, Bjegovic S y Caraballo G (2002). *Strategic Assessment of Reproductive Health in the Dominican Republic*. USAID / SESPAS / Population Council. Santo Domingo.
9. Miller S, Cordero M, Coleman AL, Figueroa J, Brito-Anderson S, Dabagh R, Calderon V, Cáceres F, Fernández AJ y Núñez M. (2003). Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol.82, pp.89-103.
10. Peña E. (2013). Situación de la Mortalidad Materna y Neonatal en República Dominicana. Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/MM_y_MN_RD_2008_present_sespas.pdf. Acceso en: 29/09/2013.
11. USAID (2012). Evaluation of USAID’S intermediate result 4: “increased access to and delivery of quality maternal and child health care services in selected areas in the Dominican Republic: Maternal and child health centers of excellence and maternal and child integrated program.” Santo Domingo, República Dominicana. Informe inédito.
12. USAID/MCHIP (2013). Términos de Referencia de la Propuesta. Santo Domingo, República Dominicana.

13. Kangaroo Mother Care Clinical Practice Guidelines. KMC India Network. Disponible en: <http://www.newbornwhocc.org/pdf/KMC%20Network%20Booklet.pdf>. Acceso el 29 de Mayo del año 2013.
14. Conde-Agudelo A, BelizánJM, Diaz-Rossello J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 3. Art. No.: CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2.
15. Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Bernardo L Horta, Fernando C Barros and Simon Cousens. (2010). Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications International. Journal of Epidemiology 010;39:i144–i154doi:10.1093/ije/dyq031.
16. Charpak N, Ruíz JG, Motta Sylvania. (2012). The clinical course and one year forecast for a cohort of premature infants who were discharged with home oxygen in Bogota, Colombia. Rev. Salud Pública (online). 2012, vol.14, n.1, pp. 102-115.
17. Research Techniques for the Health and Science. Evaluation Research (Pag 195). Benjamin Cummmings San Francisco, Boston y NY, 2002. Neutens JJ y Rubinson L (Eds).
18. Miric M, Pérez-Then E, Santos L, Mendoza R, Sehwoerer JA, Bautista C, Martínez M, Díaz L, Rosario ML, Fernández B, Orne-Gliemann J, Tchendjou P, Dabis F, Shor-Posner G. (2008). Impacto de la Consejería prenatal del VIH centrada en parejas de países con baja y mediana prevalencia del VIH (Proyecto Prenahtest): Fase de factibilidad. Bol CENISMI 2008. 18(1):2-6.
19. Orne-Gliemann J, Balestre E, Tchendjou P, Miric M, Darak S, Butsashvili M, Perez-Then E, Eboko F, Plazy M, Kulkarni S, Desgrées du Loû A, Dabis F; Prenahtest ANRS 12127 Study Group. (2013). Increasing HIV testing among male partners. The Prenahtest ANRS 12127 multi-country randomised trial. AIDS. 2013 Apr 24;27(7):1167-77. doi: 10.1097/QAD.0b013e32835f1d8c.
20. Mazia G, Narayanan I, Warren C, Mahdi M., Chibuye P, Walligo A., Mabuza P, Shongwe R and Hainsworth M (2009). Integrating quality postnatal care into PMTCT in Swaziland. *Global Public Health*,4:3,253 — 270.

Anexo I. Formularios de Consentimiento Informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevistas cualitativas

Fecha: / /

Saludos:

Estamos realizando un estudio para conocer la percepción que tienen las mujeres sobre los diferentes servicios de salud materno-infantil que se ofrecen en este Hospital. Por esto le pedimos participar en una entrevista, a manera de conversación con la entrevistadora, lo cual le tomará aproximadamente media hora. Los temas de la conversación tienen que ver con las experiencias que usted u otras personas que conoce han tenido con los servicios que se ofrecen en este Hospital, incluyendo sus necesidades y sugerencias relacionadas con los mismos. La conversación será grabada en audio para facilitar su posterior procesamiento y análisis.

Su participación en este estudio no representa ningún riesgo para usted. Aun así, si alguno de los temas llega a causarle incomodidad, usted no está obligada a opinar al respecto, y tiene derecho a retirarse del estudio cuando lo desee.

Le aseguramos que toda la información que usted nos proporcione será manejada de manera confidencial, y sólo como grupo, nunca individual. La grabación de la conversación será identificada solamente con un número, sin incluir nombres ni señas que la identifiquen.

Su participación en todo momento debe ser voluntaria. Si bien no tendrá ningún beneficio directo por su participación, los resultados del presente estudio le ayudarán a las autoridades de este Hospital a tomar decisiones y proveer servicios de salud que mejor se ajusten a las necesidades de las mujeres que los utilizan.

Este estudio no forma parte de los servicios ofrecidos por este Hospital ni por cualquier otra institución. Por lo tanto, usted no pierde ninguno de sus derechos vinculados a estos servicios por negarse a participar en ella. Si decide ayudarnos, le pedimos responder con la mayor sinceridad a cada una de las preguntas, y se sienta libre de expresarse.

Si tiene alguna observación o pregunta sobre este estudio o su participación en el mismo, puede hacerla ahora o, si así lo prefiere, puede contactar más adelante al Dr. Eddy Pérez-Then, en el teléfono 809-876-7760. Usted recibirá una copia de este formulario de consentimiento para su uso personal. Si desea puede consultarlo con familiares, otros profesionales o amigos antes de firmarlo.

Si está de acuerdo con participar en la entrevista, bajo estas condiciones, por favor, **coloque su nombre y firma** en la línea señalada más abajo, para otorgar su **consentimiento informado**. Esto indica que ha decidido ser voluntario/a en el estudio, y que entiende el objetivo del mismo y sus derechos.

Nombre del/a entrevistador/a

Nombre de la participante

Firma del/a entrevistador/a

Firma de la participante

Si la participante es menor de 18 años
y/o no sabe leer y escribir ►

Nombre del/a testigo

Firma del/a testigo

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Informantes claves y proveedores de servicios

Fecha: / /

Saludos:

Estamos realizando una evaluación para conocer el resultado del seguimiento de niños expuestos perinatalmente al VIH, incluidos o no en la Estrategia de Madre Canguro, o captados en otros servicios relacionados, del VIH y de la Estrategia Madre Canguro en la República Dominicana. Por esto le pedimos participar en esta entrevista grupal, a manera de conversación con los entrevistadores y otros informantes claves, lo cual le tomará aproximadamente una hora. Los temas de la conversación tienen que ver con los servicios de salud materno-infantil que ofrece este centro de salud, incluyendo su planificación estratégica, los programas ejecutados y el sistema de monitoreo y evaluación, así como otros aspectos administrativos y logísticos de la gerencia hospitalaria. Esta conversación será grabada en audio para facilitar su posterior procesamiento y análisis.

Su participación en este estudio es voluntaria y no representa ningún riesgo para usted. **Este estudio no forma parte de los servicios que usted presta en este Hospital ni en cualquier otra institución.** Por lo tanto, usted no pierde ninguno de sus derechos por negarse a participar en el mismo. Si decide ayudarnos, le pedimos responder con la mayor sinceridad a cada una de las preguntas.

Le aseguramos que toda la información que usted nos proporcione será manejada de manera confidencial, y sólo como grupo, nunca individual. La grabación de la conversación será identificada solamente con un número, sin incluir nombres ni señas que identifiquen a sus participantes. Aun así, usted no está en obligación de opinar con respecto a los temas planteados en la entrevista, y tiene derecho a retirarse del estudio cuando lo desee.

Si bien no tendrá ningún beneficio personal por su participación, los resultados del presente estudio proveerán información actualizada para la toma de decisiones estratégicas dirigidas a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en este centro de salud.

Si tiene alguna observación o pregunta sobre este estudio o su participación en el mismo, puede hacerla ahora o, si así lo prefiere, puede contactar más adelante al Dr. Eddy Pérez-Then, en el teléfono 809-876-7760. Usted recibirá una copia de este formulario de consentimiento para su uso personal. Si desea puede consultarlo con colegas, familiares o amigos antes de firmarlo. Si está de acuerdo con participar en la entrevista, bajo estas condiciones, por favor, **coloque su nombre y firma** en la línea señalada más abajo, para otorgar su **consentimiento informado**. Esto indica que ha decidido ser voluntario/a en el estudio, y que entiende el objetivo del mismo y sus derechos.

Nombre del/a entrevistador/a

Nombre de la participante

Firma del/a entrevistador/a

Firma de la participante

Anexo II. Resumen de Datos Recopilados

Actividad	Maternidad San Lorenzo de Los Mina, SDE	Hospital Antonio Musa, San Pedro de Macorís	Hospital Morrillo King, La Vega	Hospital San Vicente de Paul, San Francisco de Macorís
Visita de presentación del estudio	8 de julio, 2013	2 de julio, 2013	22 de julio, 2013	23 de julio, 2013
Revisión de registros / recopilación de datos estadísticos	Completado en múltiples visitas al Hospital	Completado en múltiples visitas al Hospital	Completado en múltiples visitas al Hospital	Completado en múltiples visitas al Hospital
Entrevistas cualitativas con usuarias de servicios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madre VIH+, participó por un breve periodo en el PMC (16 de julio, 2013), usuaria del PNRTV ▪ Madre VIH-, participante de Madre Canguro, bebé de 27 semanas de EG (16 de julio 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madre VIH-, usuaria de PMC (30 de julio, 2013) ▪ Madre VIH-, usuaria de PMC (30 de julio, 2013) ▪ Madre VIH+, de origen Haitiano, usuaria del Programa Madre Canguro (8 de agosto, 2013) y PNRTV ▪ Madre VIH+ usuaria del Programa Madre Canguro, usuaria del PNRTV desde hace 4 años (8 de agosto, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madre VIH-, usuaria del PMC, niño de término de bajo peso (25 de julio, 2013) ▪ Madre VIH+, usuaria del PMC, procedente de una comunidad retirada (25 de julio, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Madre VIH-, adolescente, usuaria del PMC (1 de agosto, 2013) ▪ Madre VIH+, en situación de violencia de género, usuaria del PMC y PNRTV.
Grupo de discusión con autoridades hospitalarias	16 de julio, 2013	26 de julio, 2013	13 de agosto, 2013	1 de agosto, 2013
Datos adicionales	-	-	Grupo de discusión con usuarias del PMC (25 de julio, 2013)	-

Anexo III. Instrumentos de Recopilación de Datos: Componente Cuantitativo

FORMULARIO 1.

Datos sobre la cascada de servicios de prevención de la transmisión perinatal

Fecha:			
Centro de salud:			
Entrevistador / observador:			
INFORMANTES / FUENTES DE INFORMACIÓN:			
Nombre:	Profesión:	Cargo	Tiempo en el Hospital

INDICADOR	2010	2011	2012	2013*	FUENTE
1. Número total de pacientes registrados para control pre-natal (consultas de 1era vez):					
2. Número de consultas prenatales (incluyendo consultas de seguimiento)					
3. Número de embarazadas que recibieron la consejería pre-prueba de VIH					
4. Número de embarazadas que se realizaron la prueba de VIH					
5. Número de embarazadas que se realizaron la prueba de VDRL					
6. Número de consejerías post-prueba de VIH, para entregar resultados positivos a embarazadas					
7. Número de consejerías post-prueba de VIH, para entregar resultados negativos a embarazadas					
8. Número de embarazadas con prueba de VIH positiva					
9. Número de embarazadas con prueba de VDRL positiva					

*Datos acumulados hasta el 30 de junio del 2013.

INDICADOR	2010	2011	2012	2013*	FUENTE
10. Número de embarazadas que recibieron tratamiento para sífilis.					
11. Número de embarazadas que recibieron ARV					
12. Número de recién nacidos que recibieron ARV					
13. Número de embarazadas VIH+ con cesárea					
14. Número de embarazadas VIH+ que recibieron fórmulas infantiles					

FORMULARIO 2.
Datos sobre mortalidad materna e infantil, VIH y sífilis congénita

Fecha:			
Centro de salud:			
Entrevistador / observador:			
INFORMANTES / FUENTES DE INFORMACIÓN:			
Nombre:	Profesión:	Cargo	Tiempo en el Hospital

INDICADOR	2010	2011	2012	2013*	FUENTE
1. Número de partos vaginales					
2. Número de partos por cesárea					
3. Número de nacidos vivos					
4. Número de niños prematuros de bajo peso al nacer (total en el centro de salud)					
4.a. Número de niños prematuros de bajo peso incluidos en la Estrategia Mamá Canguro					
4.b. Número de niños prematuros de bajo peso expuestos al VIH					
4.c. Número de niños prematuros de bajo peso expuestos al VDRL					
5. Número de niños prematuros de peso adecuado para la edad gestacional					
5.a. Número de niños prematuros de peso adecuado incluidos en la Estrategia Mamá Canguro					

*Datos acumulados hasta el 30 de junio del 2013.

INDICADOR	2010	2011	2012	2013*	FUENTE
5.b. Número de niños prematuros de peso adecuado expuestos al VIH					
5.c. Número de niños prematuros de peso adecuado expuestos al VDRL					
6. Número de niños a término (> 37 semanas de gestación) con bajo peso al nacer					
6.a. Número de niños a término con bajo peso al nacer incluidos en la Estrategia Mamá Canguro					
6.b. Número de niños a término con bajo peso al nacer expuestos al VIH					
6. c. Número de niños a término con bajo peso al nacer expuestos al VDRL					
7. Número de muertes maternas					
8. Número de muertes neonatales (0-28 días de edad)					
8.a. Número de muertes neonatales precoces (0-7 días de edad)					
8.b. Número de muertes neonatales tardías (8-28 días de edad)					
9. Número de muertes infantiles (0-12 meses de edad)					

OBSERVACIONES Y COMENTARIOS

Anexo IV. Instrumentos de Recopilación de Datos: Componente Cualitativo

Guía de entrevistas cualitativas

1. Contexto del entrevistado/a

- Sociodemografico
- Familiar
- Educativo
- Habitos de consumo (alcohol, cigarrillo)
- Otro

2. Experiencia en el Programa de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH

- Pre parto
 - Consejería
 - Entrega de resultados (consejería post prueba)
 - Consultas prenatales
 - Tratamiento ARV
- Intra-parto
 - Tratamiento ARV
 - Cesarea o parto vaginal
- Post parto
 - Entrega de formulas o consejería en lactancia
 - Visita post natal temprana? (48 – 72 horas)
 - Asesoría en nutrición
 - Planificación familiar
 - ARV post parto
 - ARV en la pareja
 - Alimentación otros niños/estatus de seropositividad
 - Pruebas de VIH (momento al post parto)
 - Vacunas
 - Sulfas
 - Asesoría a la madre en alimentación
 - Estatus del cordón umbilical del niño.
 - Control de la temperatura, signos de peligro?

3. Experiencia en el Programa Madre Canguro

- Descripción de servicios recibidos: luces y sombras
- Servicios vinculados a la prevención de la transmisión vertical del VIH:
 - Como parte del Programa Madre Canguro.
 - En otros servicios del Hospital.

4. **Calidad de Vida**

- Evolución en la salud del binomio madre-hijo: vínculo con servicios de salud recibidos.
- Situación y hábitos de salud de la familia post-parto.
- Dimensión emocional, cognitiva y relacional de la familia.
- Cambios en la dinámica familiar luego del nacimiento del bebé.
- Relaciones personales, actividades de esparcimiento y redes de apoyo social.
- Vida sexual y afectiva. Prácticas relevantes para la prevención sexual y vertical del VIH y Sífilis.

Guía de grupo de discusión

I. Presentación del grupo. “Warming up”

- Presentación del facilitador / co-facilitador del grupo.
- Presentación / explicación de los objetivos de la discusión.
- Presentación de los participantes en el grupo.
- Reglas de discusión (confidencialidad, participación equitativa, respeto mutuo, etc.).

II. Desarrollo de temas propuestos

- 1. Percepción general del funcionamiento y calidad de los servicios de salud materno-infantil que ofrece el Centro. Luces y sombras.**
 - a. Atención prenatal
 - b. Atención al parto / posparto
 - c. Neonatología / pediatría
 - d. Programa Nacional de Prevención de Transmisión Vertical del VIH (PNRTV)
- 2. Manejo de niños/as prematuros y de bajo peso en el establecimiento.**
 - a. Contexto en el momento de iniciar el Programa de Madre Canguro.
 - b. Modificaciones introducidas a partir del Programa de Madre Canguro.
- 3. Funcionamiento actual del programa de Madre Canguro. Luces y sombras:**
 - a. Integración con el PNRTV. Manejo de neonatos expuestos al VIH y a Sífilis en el contexto del Programa de Madre Canguro.
 - b. Integración con otros servicios provistos en el hospital
 - c. Componente de seguimiento comunitario.
- 4. Perspectivas futuras de integración del Programa de Madre Canguro en el establecimiento:**
 - a. Oportunidades y retos anticipados.
 - b. Sugerencias del equipo.

III. Cierre de la discusión

- Comentarios adicionales sobre temas relevantes.
- Resumen de la discusión / agradecimiento.