



Iniciativa Latinoamericana y del Caribe
de integración de la atención prenatal con la detección
y manejo clínico del VIH y de la Sífilis

Obstáculos y desafíos en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis en Uruguay

2008-2010

INFORME DE INVESTIGACIÓN

APOYAN





Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de integración
de la atención prenatal con la detección
y manejo clínico del VIH y de la Sífilis

Obstáculos y desafíos en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis en Uruguay 2008-2010

Informe de investigación

APOYAN:



Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Ministro Salud Pública

Ec. Daniel Olesker

Sub Secretario MSP

Dr. Jorge Venegas

Director General de la Salud

Dr. Gilberto Ríos

Director General de Secretaría

Esc. Julio Martínez

Gerente de Planificación Estratégica

Lic. Marcelo Setaro

Director Departamento de Programación Estratégica en Salud

Dr. Leonel Briozzo

Coordinadora del Área Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Leticia Rieppi

Agradecimientos

A todas las embarazadas que amablemente participaron en el estudio.

A las autoridades, funcionarios y funcionarias de los diferentes Centros de Salud de Colonia, Montevideo y Rivera; de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE); y de la Dirección General de la Salud (DIGESA) del Ministerio de Salud Pública (MSP); quienes apoyaron y facilitaron la realización de la investigación en sus distintas fases.

Aldao, John; Arroyo, Álvaro; Baica, Heber; Benia, Wilson; Callero, Yoana; Casco, Silvana; Domingo, Cairell; Durzo, Alejandra; Crotti, Egidio; Falco, Zobeida; García, Graciela; Gatto, Mónica; González Miriam; Gonzalvez, Aída; Guala, María José; Guevara, María Cristina; Guevara, Rosana; Hernández, Sandro; Logullo, Nelly; Lustemberg Cristina; Méndez, Andrea; Millán, Richard; Motta, Jorge; Muslera, Luis; Noguera, Estela; Núñez, Mirta; Perdomo, Silvia; Petit, Eugenio; Rivero, Andrea; Rodríguez, Flor de Lis; Sandes, Yanet; Solier, Stella; Viera, Elena

Cuevas, Libia; Osimani, María Luz; Latorre, Laura; Scarlatta, Laura; Garibotto, Giorgina; Cervantes, Marcelo; Albanés, Lorena; Yanicelli, Helena; Vidal, Jahel.

Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la Sífilis. Obstáculos y desafíos en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis en Uruguay. 2008-2010. Primera Edición. Programa Prioritario ITS/SIDA – Ministerio de Salud Pública. UNICEF, Oct. 2010. XXX páginas.

ISBN: XXX

1. Sífilis Congénita / 2. VIH / 3. Embarazo

EQUIPO RESPONSABLE DEL INFORME Y DE LA INVESTIGACIÓN

Dra. Libia Cuevas Messano (Coordinadora)
Soc. Laura Latorre – Ps. Laura Scarlatta
Soc. Giorgina Garibotto- Br. Marcelo Cervantes
Soc. Lorena Albanés – Ed. Helena Yanicelli

Programa Prioritario de ITS/SIDA

Soc. María Luz Osimani - Directora
Dra. Jahel Vidal – Directora Adjunta

Proyecto: Programa de Enfermedades Infecciosas y Cambios Sociales,
Departamento de Salud Mundial y Medicina Social. Facultad de Medicina Universidad de Harvard.
Ejecución: Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida.
Digesa, MSP. Uruguay.

Primera Edición: Octubre de 2010.

Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la Sífilis. Obstáculos y desafíos en la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis en Uruguay. 2008-2010.

UNICEF Uruguay
Bulevar Artigas 1659, piso 12
Montevideo, Uruguay
Tel (598) 2 403 0308
Fax (598) 2 400 6919
e-mail: montevideo@unicef.org
www.unicef.org/uruguay/spanish

Producción General: Dra. Libia Cuevas, Soc. María Luz Osimani
Edición de texto: Soc. Laura Latorre

Diseño, diagramación e impresión: Cebra Comunicación Visual

DEPÓSITO LEGAL: XXXXXXXXXXXXXXXX

Índice

Prólogo	9
Presentación. Equipo ILAP (países participantes)	10
Presentación. Programa Prioritario de ITS/ SIDA	12
Introducción. Transmisión vertical del VIH y la Sífilis en Uruguay	15
Primera fase. Estudio cualitativo sobre integración de la atención prenatal con la detección y manejo clínico del VIH y la Sífilis en los servicios de salud	27
Resumen	29
Objetivos	31
Metodología	32
Resultados	34
Centro 1	34
Centro 2	46
Centro 3	61
Principales hallazgos y recomendaciones.	74
Segunda fase. Estudio cuantitativo sobre integración de la atención prenatal con la detección y manejo clínico del VIH y la Sífilis. Encuesta de opinión a embarazadas en los servicios de salud	89
Resumen	91
Objetivos	92
Metodología	93
Resultados	95
i. Descripción del perfil social	95
ii. Detección, control y paraclínica del embarazo	96
iii. Asesoría en salud sexual y reproductiva	106
iii. Entrega de resultados y tratamiento de VIH y Sífilis	110
Principales hallazgos y recomendaciones.	118
Recomendaciones. Fase A y B	125
Glosario	129
Referencias bibliográficas Uruguay	139

Prólogo

Las infecciones de transmisión sexual y en particular la sífilis con el progresivo incremento de la Sífilis congénita sigue siendo un problema grave de salud pública en nuestro país y en el mundo.

En un país como Uruguay una respuesta efectiva a los retos epidemiológicos y sociales de estas infecciones necesita conocer las barreras que existen para acceder al diagnóstico y al tratamiento del VIH y de la Sífilis durante el embarazo, a los efectos de generar una masa crítica de conocimiento y poder así enfatizar y focalizar acciones para superar dichos retos.

Esta investigación –implementada en el quinquenio anterior– tiene entonces, el potencial de aportar elementos, desde los equipos de salud y de las propias mujeres embarazadas, de manera de identificar las barreras sociales, culturales de los servicios de salud, para la integración de la atención prenatal de ambas patologías, tanto en la prevención y en la detección y manejo clínico del VIH y de la Sífilis, así como de los insumos necesarios para la planificación e implemen-

tación de políticas públicas y estrategias en el Sistema Nacional Integrado de Salud, que nos permitan avanzar en la eliminación de la transmisión vertical de la Sífilis y el VIH a nivel nacional y regional.

Este estudio, ha sido producto del esfuerzo y trabajo de un conjunto de profesionales a nivel nacional, con el apoyo técnico de la Universidad de Harvard y de UNICEF, contribuyendo entonces, a poner al descubierto datos relevantes para el análisis, reflexión y revisión de las líneas de acción e intervención en nuestro país, en la formación curricular de los profesionales de salud y en la educación permanente de los equipos de salud, así como en la conformación de servicios de salud sexual y reproductiva eficaces y eficientes, para revertir esta situación conjuntamente con las organizaciones comunitarias y de los usuarios del sistema nacional integrado de salud. ■

Dr. Jorge Venegas

SUBSECRETARIO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PRESIDENTE DE LA CONASIDA-MCP

Presentación Investigación Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la Sífilis. Equipo ILAP

La Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la Sífilis (ILAP) tiene como cometido incrementar y mejorar el diagnóstico y tratamiento del VIH y la Sífilis durante el embarazo en América Latina y el Caribe.

Para lo cual desarrolló un plan de investigación operativa orientada a identificar las barreras que existen para acceder al diagnóstico y al tratamiento del VIH y de la Sífilis durante el embarazo. A partir de la evidencia científica del estudio, la ILAP busca diseñar una intervención que contribuya a universalizar la integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la Sífilis en los sistemas de salud.

Esta investigación tiene entonces, el potencial de aportar un gran beneficio para la Salud Pública. ILAP contribuye al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno del VIH y de la Sífilis en mujeres, a la disminución de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita, así como a la mejora de la atención de una población más amplia de mujeres, niñas y niños en la región y al fortalecimiento de los Sistemas de Salud de un número importante de países de América Latina y el Caribe.

ILAP se desarrolla a través de la colaboración entre los Programas Nacionales de SIDA de los Ministerios de Salud de Brasil, Colombia, Cuba, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay, la Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, el Equipo Regional de Apoyo para América de ONUSIDA y la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard. Expertos en cada país impulsan la agenda, establecen las metas y comprometen sus recursos nacionales para brindar oportunidades para que las familias accedan a la atención en salud de calidad. El Programa Nacional de SIDA de Cuba, en tanto país con cero Sífilis Congénita y muy baja transmisión materno-infantil de VIH, asesora y brinda apoyo técnico a partir de los logros de su experiencia en la atención integral al VIH en un contexto de recursos escasos. Las agencias de las Naciones Unidas brindan apoyo técnico y logístico y la Facultad de Medicina de Harvard coordina el desarrollo metodológico, analítico y brinda apoyo de investigación a solicitud de los equipos nacionales.

Cuando se lanzó ILAP en Panamá en noviembre de 2007, los equipos nacionales y las instituciones se comprometieron a apoyarse y a compartir resultados y estrategias. El grupo esbozó un plan de trabajo y un cronograma con una metodología común. En la segunda reunión, realizada en Colombia en marzo de 2008, cada equipo nacional presentó su línea de acción detallada junto con las áreas prioritarias de cada país.

En ILAP cada país está representado por un coordinador o coordinadora que trabaja en estrecha colaboración con el director o directora del Programa Nacional de SIDA. La selección de las regiones donde se desarrolló el estudio fue definida por cada equipo nacional, con el criterio de incluir variabilidad en: el acceso a la atención prenatal; la epidemiología del VIH y de la Sífilis; y otros factores sociales, económicos y políticos relevantes. En cada país, la investigación comenzó con un estudio cualitativo dirigido a los Sistemas de Salud para identificar las barreras actuales en la integración de la atención prenatal con la detección y manejo clínico del VIH y de la Sífilis (Fase 1A). A partir de este estudio, los equipos nacionales y la Facultad de Medicina de Harvard desarrollaron un diseño

de investigación cuantitativa dirigido a mujeres embarazadas (Fase 1B). El mismo consistió en una encuesta de opinión basada en un cuestionario estructurado que incluye un componente central común a todos los países y un componente adicional que se adaptó a la situación de cada país.

La Fase 2 tiene el objetivo de informar, acompañar y monitorear los cambios necesarios para alcanzar la integración de la atención prenatal con el diagnóstico y manejo clínico del VIH y de la Sífilis. ■

EQUIPO ILAP

BRASIL: Mariângela Simão, Luiza Matida (Coordinadora de País), Paulo Teixeira. COLOMBIA: Ricardo Luque, Sidia Caicedo (Coordinadora de País). CUBA: Jorge Pérez, Longina Ibagollen. NICARAGUA: Sara Moraga (Coordinadora de País). PARAGUAY: Nicolás Aguayo, Alma María Barboza (Coordinadora de País). PERÚ: José Luis Sebastián, José Calderón (Coordinador de País), Jaime Bayona. REPÚBLICA DOMINICANA: Félix Báez, Gustavo Rojas, Claudia Bautista (Coordinadora de País), Osvaldo Lorenzo. URUGUAY: María Luz Osimani, Libia Cuevas (Coordinadora de País). UNICEF: Mark Connolly, Vivian López, Cecilia Sánchez, Geoffrey Ijumba, Nohora Corredor, José Ramón Espinoza, Sara Menéndez, Álvaro Arroyo, Mario Tavera, Amado Lovera, Daniela Ligiéro, Odalys Rodríguez. ONUSIDA: César Núñez, Ricardo García, Renate Ehmer, Patricia Bracamonte. Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard: Arachu Castro (Directora del Proyecto), Sonya Shin, Kedar Mate, Mary C. Smith Fawzi.

Presentación

PROGRAMA PRIORITARIO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / SIDA
Soc. María Luz Osimani - Directora Programa ITS/SIDA
Dra. Jahel Vidal - Directora Adjunta

La Sífilis Congénita es un tema complejo, por tanto multifactorial, que requiere de diversas estrategias combinadas para detener su persistente aumento y alcanzar su eliminación en Latinoamérica. La OMS entiende que un país ha eliminado la Sífilis Congénita cuando se tiene una incidencia menor o igual a 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos, incluidos los mortinatos.

En Uruguay en los últimos años se ha registrado un aumento de la Sífilis Congénita siguiendo la tendencia a nivel mundial. En respuesta a ello, el Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y de los Objetivos del Milenio vinculados a la salud materna, infantil e ITS/SIDA, ha incluido en el Plan Estratégico Nacional 2005 – 2010¹ el objetivo de lograr que los recién nacidos en el Uruguay estén libres de VIH y de Sífilis Congénita.

Con la instalación del SNIS en el país, se explicitaron criterios unificadores de las pautas de atención a la mujer embarazada y el recién nacido. En ellas, se definió el tamizaje de VIH y VDRL en el primer y tercer trimestre

del embarazo, con tratamiento y controles sistemáticos en caso de resultados positivos; así como el diagnóstico de sangre de cordón en el momento del parto para su estudio con pruebas no treponémicas (VDRL o RPR). (MSP, 2007)²

El Programa entonces, se plantea una revisión de la implementación de las políticas de atención a la embarazada con la finalidad de universalizar su cobertura, el acceso a las pruebas diagnósticas, prevención y tratamiento de las ITS. La participación en la ILAP nos permite avanzar en el proceso de conocimiento de las barreras nacionales y regionales en tanto insumos esenciales a la hora de planificar estrategias y políticas públicas en salud en la materia.

En nuestro país, la mayor parte de los casos de Sífilis Congénita se registran en el sub-sector público dependiente de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). En base a esta evidencia es que se definió la implementación del estudio en estos servicios de salud.

1 El Plan Estratégico Nacional 2005 – 2010 ha sido aprobado por la Comisión Nacional de Sida - Mecanismo Coordinador País, (CONASIDA-MCP).

2 «Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada.» Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Ministerio de Salud Pública. Uruguay, 2007.

La investigación se organizó en dos etapas. La primera fase consistió en una investigación sobre la atención a la mujer embarazada dirigido al personal de los Servicios de Salud (ASSE) en tres departamentos del país: Colonia, Montevideo y Rivera. Se indagó sobre las trayectorias de atención prenatal de la embarazada, parto y atención del recién nacido con los objetivos de: determinar las barreras existentes de acceso al control de embarazo en cumplimiento de los estándares determinados a nivel local; e identificar las políticas activas en prevención, captación y tratamiento del VIH y Sífilis en la embarazada y recién nacido. Se diseñó un abordaje metodológico cualitativo, multicéntrico, basado en un programa de entrevistas en profundidad. El trabajo de campo se completó entre los meses de febrero y mayo de 2009. Se realizaron un total de 84 entrevistas al personal de los diversos servicios involucrados en el control de embarazo y parto.

La segunda fase, en base a las conclusiones del primer estudio, consistió en una encuesta de opinión dirigida a mujeres embarazadas que consultaban en los Servicios de Salud seleccionados. Se aplicó un cuestionario estructurado y pre-codificado suministrado por encuestadores calificados. Se lograron un total de 256 cuestionarios válidos. El trabajo de campo de esta fase se completó en el período de septiembre de 2009 a marzo de 2010. Se incluyó en la muestra la Policlínica de Enfermedades Infecciosas y Contagiosas Materno – Infantil del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), la cual funciona como referencia nacional para el VIH, de forma de captar casos de embarazadas VIH+.

Es importante señalar que una vez terminada la primera fase, se realizó una jornada de devolución de los resultados preliminares dirigida al personal directivo de los Centros participantes en el estudio. En esta actividad, se presentaron los datos relevantes y los algoritmos de atención de la mujer embarazada implementados en los centros. Asimismo, se presentó un algoritmo modelo – que necesariamente se adaptara a cada lugar y situación particular - pero que pusiese el foco en el control inmediato, la mejora del acceso al diagnóstico y tratamiento, la atención integral y el involucramiento de la pareja sexual en el cuidado y atención a la embarazada así como en su control, diagnóstico y tratamiento de ITS. Esta instancia permitió confrontar los hallazgos del estudio con las percepciones de los equipos de salud y dialogar sobre las experiencias de buenas prácticas aplicadas por otros equipos para revertir los obstáculos. Incluso ya en esa jornada, se pudo observar que la instancia de entrevistas durante el trabajo de campo, permitió a los equipos identificar algunos obstáculos e iniciar la implementación de soluciones para revertir esa situación inmediatamente. La devolución además de ser éticamente ineludible, fue de suma importancia para los equipos, a los efectos de diseñar las estrategias de intervención en base a evidencia científica y al diálogo con experiencias similares.

Los resultados obtenidos identifican como un primer obstáculo el momento de contacto inicial de la mujer con sospecha o confirmación de embarazo con el Sistema de Salud. Esta primera instancia no logra, en muchos casos, resolver los puntos básicos de lo que se encuentra protocolizado como “primera

consulta” sino que se enfoca a iniciar un recorrido para la confirmación paraclínica del mismo. Este obstáculo retrasa los controles y acciones de cuidado, desmotiva a la mujer y vulnera sus derechos. Es recién en la segunda consulta gineco-obstétrica cuando se abre el carné obstétrico perinatal y se realizan las acciones específicas de anamnesis, indicación de paraclínica de rutina incluyendo tamizaje de VIH y VDRL, y asignación de fecha para la próxima consulta entre otros controles.

En términos de acceso a la paraclínica se identificaron las mayores dificultades en la realización de la ecografía obstétrica para la determinación de la edad gestacional y la paraclínica de mayor complejidad cuando esta implica el traslado a otra localidad o Centro Asistencial. Es importante resaltar, que no se observó o se describió la realización de consejería previa al diagnóstico de VIH y/o Sífilis. Tampoco es considerada relevante la consejería post test a menos que se registren resultados positivos.

La disponibilidad de los resultados en la siguiente consulta es el principal problema, sea por dificultades en la entrega, porque la mujer no retira resultados o porque no los presenta el día de la consulta. En algún caso, se resolvió este obstáculo, ingresando directamente los resultados de laboratorio a la historia clínica para ser entregados por el médico en la siguiente consulta. De este modo se lograba a la vez una mejor disponibilidad de resultados para el diagnóstico y un mejor encuadre de devolución de los mismos.

Los test rápidos de VIH y Sífilis no están disponibles en todos los Centros y se identifican problemas de continuidad de su suministro.

Ninguno de los servicios realiza instancias grupales de educación a la embarazada, sino que esto se resuelve únicamente en la instancia de consulta individual con cada técnico. No es habitual que se estimule el ingreso a la consulta de la pareja sexual -que algunas veces queda en la puerta- o de otro/a acompañante. A su vez, se encontró que no se distribuyen sistemáticamente preservativos a las embarazadas en tanto no se identifican como grupo objetivo. La captación de la pareja sexual en caso de resultados positivos se ha mostrado con serias dificultades. A su vez, no se registra una percepción clara de que la Sífilis y el VIH son problemas que trascienden a la mujer embarazada y afectan también a la pareja sexual y la comunidad.

Finalmente, se halló una sub-utilización de la información generada desde los Centros para la determinación de estadísticas locales sobre prevalencia de ITS, perfiles epidemiológicos y proyecciones sobre evolución de Sífilis, VIH y otras ITS. Si bien los Centros producen y proveen de información sobre gestión, atención y datos epidemiológicos a las áreas centrales de la administración, éstos no cuentan con informes sistemáticos y devoluciones de los mismos que les permitan tomar decisiones basadas en evidencia. Estos elementos colaboran en la no toma de conciencia, compromiso e implementación de acciones ante esta situación. Por último, destacar que esta investigación pone al descubierto la necesidad de estudios que incorporen activamente a los directamente involucrados, de manera de visualizar y modificar las prácticas que conllevan la permanencia de estas patologías de nuestra población. ■

Introducción

Transmisión vertical del VIH y la Sífilis en Uruguay

1. Panorama país

La República Oriental del Uruguay está ubicada en América del Sur, situado sobre el Río de la Plata y tiene límites con Argentina y Brasil. Tiene una superficie de 176.215 Km² y una población de 3.356.584 habitantes con un 93.6% de población urbana y una tasa anual de crecimiento de 0.357%. El país ocupa el lugar 43 (valor 0.851) entre 177 países en el Índice de Desarrollo Humano que elabora el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. La esperanza de vida al nacer es 76,23 años y la mortalidad Infantil es de 9 por mil nacidos vivos y la mortalidad materna es de 1,27 por 100.000 nacidos vivos. El analfabetismo es del 2.3%. El PBI es de 6.91 miles US\$ per cápita (2007) y los gastos de salud representan el 9% del PBI. (INE, 2009)¹ (PNUD, 2006)²

2. Indicadores epidemiológicos de la transmisión vertical de la Sífilis y el VIH

En Uruguay, el número de nacimientos ha tenido un descenso sostenido en los últimos años, en el año 2000 correspondieron 52.752 partos en todo el país mientras que para el 2008, la misma medida se reduce a 47.136.

Respecto del VIH/SIDA, son 10.996 los casos notificados acumulados desde 1983. Los mismos se distribuyen en 7.660 personas con VIH, 1.569 casos SIDA y 1.767 fallecidos. En el 2008, DEVISA y el Departamento de Laboratorio de Salud Pública (DIGESA-MSP) publicaron una sero prevalencia de VIH de 0,42% en población general.

En referencia a las madres portadoras de VIH e hijos asistidos en el Centro de Referencia Pediátrico Hospital Pereira Rossell (CHPR), los registros del SIP señalan hasta abril del 2009: un total de 1.286 embarazadas con serología positiva para VIH, de las cuales el 77% de sus hijos recién nacidos (expuestos) logran la seroreversión. El 15% no serorevieren su condición luego del plazo establecido, diagnosticándose la infección definitivamente. La tasa de madres VIH positivas cada 1.000 nacidos vivos fue de 7,9 (2008). Existen en el país 140 niños infectados por VIH y todos lo adquirieron por transmisión congénita. El número de casos VIH/SIDA notificados en los últimos 10 años a Departamento de Vigilancia en Salud Pública (DEVISA) /DIGESA/MSP se muestra en la Tabla 1.

1 "Uruguay en cifras. 2009". Instituto Nacional de Estadísticas. 2009. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/uruguayencifras2009/uruguay%20en%20cifras%202009.asp>

2 "Informe Mundial sobre Desarrollo Humano", 2006. PNUD.

TABLA 1. Distribución de casos de VIH/SIDA notificados a DEVISA. (1999 a mayo 2009)

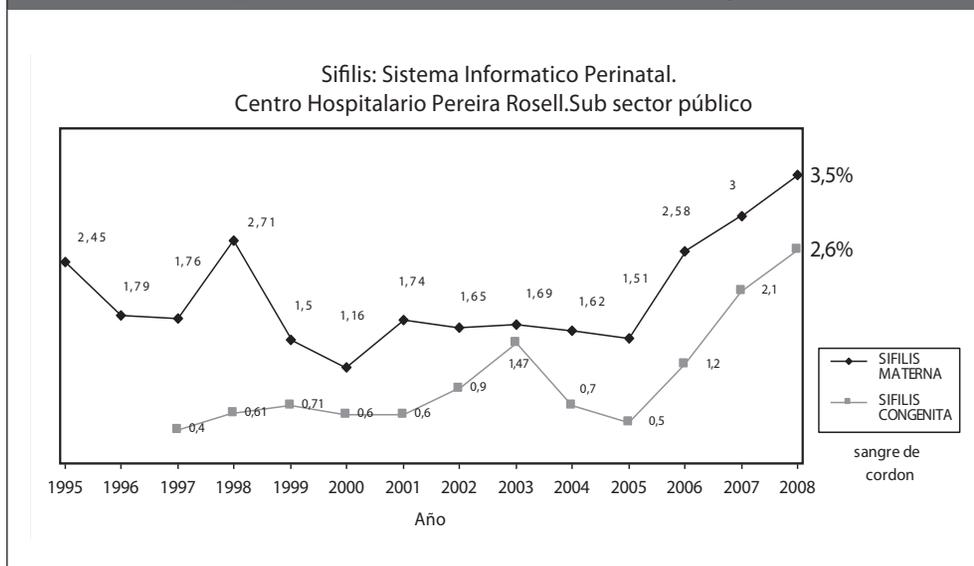
Año	VIH	SIDA	Total
1999	420	190	610
2000	435	200	635
2001	447	227	674
2002	474	231	705
2003	482	235	717
2004	525	247	772
2005	576	300	876
2006	635	164	799
2007	460	364	824
2008	630	253	883

La incidencia de mujeres embarazadas con serología de Sífilis en 2008 en el sub-sector público fue de 3,5%, cifra claramente en ascenso (para 2004 la incidencia del VIH en embarazadas era el 1,5%). El diagnóstico de Sífilis por sangre de cordón en el momento del parto fue de 2,6% en claro ascenso (en 2004 era 0,7%). (Gráfico 1)

La información de seguimiento recabada por el proyecto de PPITS/SIDA en base a una **auditoría a tiempo real** dio como resultado para el período marzo – mayo del 2009 un total de 4.1% de púerperas internadas o postparto y un 4% de recién nacidos (RN) en tratamiento. La incidencia encontrada en cada mes fue: en marzo un 4.8% de púerperas con Sífilis y un 4.7% de RN en tratamiento; en abril se registró un 4.2% de púerperas con Sífilis y un 3.9% de RN en tratamiento 3.9%; en mayo se encontró un 3.4% de púerperas con Sífilis 3.4% y un 3.4% de RN en tratamiento.

En el diagnóstico en Puerta de Emergencia de ginecología del CHPR por medio del test rápido de Sífilis se realizó a mujeres que cursaban un embarazo no controlado y que no presentaban trabajo de parto. Se encontró un 5% de positivos en el mes de Abril. Las pacientes diagnosticadas con el TR se les extraía sangre para realizar el VDRL; sin esperar resultado del mismo se iniciaba el tratamiento

GRÁFICO 1. Sub-sector público CHRP evolución de Sífilis materna y congénita



con solo el diagnóstico positivo del test rápido. Se capacitó a los equipos de salud de los Centros de Primer Nivel de asistencia promoviendo conductas que permitan iniciar el tratamiento a la embarazada sin esperar la confirmación de la actividad de la enfermedad así como el manejo del ambos test rápidos. Ambos exámenes son gratuitos a nivel de sub-sector público. En el sub-sector privado, toda la rutina del embarazo está subvencionada cobrándose un tique de escaso valor, en el mismo fuera del embarazo tiene un costo valor igual a cualquier examen de sangre.

3. Organización del sistema de salud

Desde enero del 2008, el país ha iniciado un proceso de REFORMA DE SALUD hacia un SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD (SNIS) para el cual fueron aprobadas las tres leyes de implementación: gestión, atención y financiamiento. El mismo, tiene como objetivo el acceso universal a la atención de la salud de toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas. El Ministerio de Salud Pública (MSP) se basa en la estrategia de Atención Primaria de Salud. En los últimos años ha privilegiado el Primer Nivel de Atención, la promoción de salud y la prevención de las enfermedades.

Con anterioridad a la implementación del SNIS (hasta 2008) el Sistema de Salud estaba organizado en un subsistema público y uno privado. En el marco del SNIS se produjo la autonomía de los servicios de Administración de Servicios de Salud del Estado del MSP. A la vez, se ha dado la ampliación paulatina en base a franjas (de edades, sectores de actividad, etc.) de la población integrada al sistema.

Subsistema privado

- Sistema de prepago privado brindado por Instituciones de Asistencia Médico Colectivas (IAMC). Los/as trabajadores/as del sector privado accedían a la atención en las IAMC con anterioridad al SNIS a través del seguro de salud obligatorio conocido por DISSE³ descontado del salario. Posteriormente con el SNIS se sostuvo el ingreso a través del aporte de un porcentaje del salario al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Las IAMC asisten a un 60% de la población.
- Los Seguros parciales brindan diversas prestaciones y alcance de la cobertura (sistema de emergencias móviles, policlínicas, seguros dentales, seguros internacionales, entre otras), para acceder a estos servicios se requiere la participación en un sistema de prepago mensual o pago por prestaciones.

Subsistema público

- Servicios de Salud brindados por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) anteriormente al SNIS dependiente del MSP y ahora autónomo. El acceso a la atención requiere de la tramitación de un carné de asistencia o con cédula de identidad en caso de no tener cobertura del sistema privado (tramitación posterior del carné). La asistencia es gratuita o con aranceles muy pequeños según la situación socio-económica.

3 DISSE - Dirección de Seguros Sociales por Enfermedad es la institución estatal responsable de la gestión del seguro de salud obligatorio para los trabajadores privados.

- Servicios públicos brindados por Sanidad de las Fuerzas Armadas para funcionarios militares y la Dirección Nacional de Sanidad Policial que brinda servicios de salud a funcionarios policiales.
- El Hospital de Clínicas es un servicio de la Universidad de la República dirigido a funcionarios de la Universidad, personas que se atendieran por el sector público y personas sin cobertura. En la actualidad este servicio se encuentra en proceso de incorporación al SNIS.
- Otros servicios del sistema público brindan coberturas parciales a trabajadores, discapacitados y otras situaciones particulares. Entre estos destacamos los servicios de salud del Banco de Previsión Social que incluyen la atención de embarazadas y las policlínicas de atención del primer nivel que son dependientes de los municipios departamentales.

En el 2008 se inicia la articulación entre el sub sector público y el sub sector privado. En el nuevo sistema se produce un flujo particular en la asistencia a la embarazada entre ambos sectores determinado por el sistema de Asignaciones Familiares (AFIL). Las mujeres trabajadoras formales o si sus parejas lo son, tienen derecho a asistir en el Banco de Previsión Social (BPS) el sistema AFIL. Este sistema ofrece sus servicios en convenio con las IAMC de la ciudad por lo cual toda embarazada de ASSE que pertenezca a AFIL, luego de detectado su embarazo y realizado los trámites de afiliación correspondientes, migra a las IAMC hasta los 90 días posteriores al parto donde finaliza la cobertura médica de este servicio. En ese momento la mujer define su retorno a ASSE (lo más frecuente) o su permanencia en la IAMC. Del mismo modo,

el niño al nacer tiene cobertura IAMC y al finalizar el servicio de AFIL la madre debe optar entre continuar con la afiliación a la IAMC (lo más frecuente para el caso de los niños) o pasar a inscribirlo como usuario de ASSE. Esto genera un efecto donde en el interior del país es mayor el número de embarazadas en el sector privado que en el público.

En el 2002, se incorpora al Programa de Sida, el Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y se denomina Programa Prioritario de ITS/SIDA y actualmente (2010) está bajo la órbita del Departamento de Programación Estratégica (DPES) Área de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR), del Ministerio de Salud Pública. El programa, como los otros programas del DPES, tiene un carácter rector en Salud, implementando una Política de Estado en ITS/SIDA en el marco de la SSyR y de la atención integral del VIH y otras ITS. El mismo tiene como cometidos desarrollar normativas e intervenciones desde perspectiva de género, etnia, edad y diversidad sexual garantizando el ejercicio de los Derechos Humanos, con prioridad – en la epidemia concentrada – de orientar las intervenciones hacia quienes se hallan en situación de vulnerabilidad social. A su vez, busca promover la descentralización en cuanto a la promoción de salud y la prevención específica; la participación de las redes, ONGs que trabajan prevención de ITS/VIH y grupos de personas viviendo con VIH en el diseño y ejecución de las acciones.

En Uruguay la asistencia de las personas portadoras de VIH/SIDA se brinda para el sub-sector público en el Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEIC) de ASSE/MSP, en coordinación con la Cátedra de Enfermedades Infecciosas, de la Facultad de Medicina, de la Universidad de la República (UDELAR). Para los casos de niños, niñas y embarazadas la atención es en el

Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) de ASSE/MSP, en el Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH-SIDA, en coordinación con Facultad de Medicina-Universidad de la República - UDELAR.

En el sub-sector privado la atención se brinda en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), con co-pagos, en servicios especializados que cuentan con personal médico de internistas o infectólogos.

En el nuevo SNIS –se prevé, que a corto o mediano plazo– se cuenta con un:

- Sistema Informático de Registro Único Nacional de Pacientes en VIH /SIDA.
- Historia clínica electrónica (en implementación).

Y en el periodo del 2005-2010

- Se actualizaron los Protocolos TARV: pediatría, adultos y embarazadas.
- Se actualizaron las Pautas de Diagnóstico y Tratamiento de las ITS, incluyendo la Sífilis y Sífilis Congénita.
- En coordinación con la Facultad de Medicina (UDELAR) el MSP, trasladó y construyó un Laboratorio de Referencia Nacional del MSP.
- Con apoyo de la cooperación trilateral de la Alemania (GTZ), la Cooperación del Programa ITS/SIDA del Ministerio de Salud de Brasil (CICT) y el MSP, se construyó un nuevo local – en coordinación con la Facultad de Medicina, UDELAR- para el Departamento de Laboratorio de Salud Pública, el 2008 la técnica laboratorial para test de genotipificación.

En el 2005, se re instala en Uruguay un ámbito coordinador de las acciones en VIH/SIDA – que si bien se había conformado en 1996, había dejado de funcionar hacía varios años- la Comisión Nacional de Lucha Contra el SIDA (CONASIDA). La misma actúa como Mecanismo de Coordinación

de País (MCP) a los efectos de presentarse a las convocatorias del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Y en el 2008, se aprueba por Decreto N°. 87/2008; publicado en el Diario Oficial No.255/2008. Es un espacio intersectorial e interministerial, representantes del sector público y privado, de las ONGs y de las personas con VIH, elegidos como sus representantes, por sus colectivos y/o Instituciones. Tiene las siguientes competencias: a) constituirse en el consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas e incidencia en las Políticas Públicas elaboradas y aprobadas por el MSP respecto al VIH/Sida, en el marco del Acceso Universal a la atención integral; b) proponer y colaborar en la ejecución de actividades sistémicas, a realizar en conjunto con las instituciones involucradas, que potencien la respuesta nacional ante el VIH/SIDA; c) promover la participación directa de representantes de organizaciones trabajando y con trayectoria en VIH/SIDA; d) promover la participación directa de representantes de las organizaciones de personas con VIH.⁴

4. Normas y legislación sobre VIH y sífilis

El Uruguay tiene una larga historia en la luchas contra las infecciones de transmisión sexual, desde 1934 se han legislado planteos para la eliminación de la Sífilis y la Sífilis Congénita (SC). El tema ha sido siempre preocupación de médicos, juristas y gobiernos que han establecido normas y decretos para control de las ITS. En los últimos años se ha realizado una actualización de las normas existentes y se formularon

4 Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida; MSP-DIGESA-PPITS/Sida; OPS; Pag.24-25; Uruguay 2009

nuevas. Asimismo, con el objetivo de homogeneizar las pautas de atención del personal de salud, se han publicado pautas de atención, guías y directrices por parte del MSP. Estas son:

- 2005. Diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de ITS actualizadas en 2005, re-edición 2009.
- 2005. Infecciones transmitidas por sangre y fluidos biológicos en áreas asistenciales. Guía para la profilaxis post exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de la salud.
- 2006. Infección por VIH. Guías de diagnóstico y tratamiento antirretroviral (TARV) y monitoreo en adultos y embarazadas.
- 2006. Infección por VIH. Profilaxis y Tratamiento de la Infección por el VIH en pediatría.
- 2006. Directrices básicas para la realización de consejería / orientaron en VIH / Sida. El camino para la prevención, tratamiento y adherencia.
- 2007. Directrices para la atención integral de la salud de las/os trabajadoras/es sexuales.
- 2007. Guías en salud sexual y reproductiva Normas de Atención a la mujer embarazada.

En 1997, se actualiza la reglamentación sobre embarazo y VIH en base a dos motivos fundamentales. En primer lugar, por el aumento manifiesto de la incidencia de la infección del VIH en la mujer (la epidemia cambia en relación hombre –mujer 14:1 a 2,9:1) y el aumento de la infección en los recién nacidos. En segundo lugar, por la generación de evidencia científica, a nivel nacional e internacional, de la reducción significativa de incidencia de seropositi-

vos en los recién nacidos cuando la madre es tratada con antirretrovirales. En base a ello, el Presidente de la República decreta (Nº158/97) establecer la pesquisa del VIH a toda embarazada y en todo el territorio nacional previo consentimiento informado. Se procederá a la administración del tratamiento antirretrovirales en las condiciones que establecen las recomendaciones nacionales. El Departamento de Laboratorios de Salud Pública conjuntamente con el Programa Nacional de Atención Materno Infantil reglamenta la frecuencia del estudio, el flujograma diagnóstico, las técnicas a emplear, la interpretación diagnóstica y la terapéutica a utilizar. En 1999 se implementó la cesárea programada a toda mujer embarazada con VIH y posteriormente el tratamiento con ARV durante el embarazo. En el 2002 se instrumenta el diagnóstico por test rápido de VIH a las mujeres embarazadas que llegan a la maternidad del CHPR sin control médico y/o sin conocer su condición en relación al VIH.

En referencia a la legislación para la Sífilis, se presenta el siguiente listado:

- 1937. El 19 de Octubre se determina por resolución que las ITS son de denuncia obligatoria. Se aprueba el Código de Profilaxis de la Enfermedades Transmisibles. La denuncia se realiza sin el nombre del paciente.
- 1961. El 5 de Febrero por resolución se incluye a la sífilis como ITS de denuncia obligatoria.
- 1977. El 13 de Julio por Decreto todo profesional que asiste a una embarazada tiene la obligación de practicarle una reacción serológica para la Sífilis (VDRL) al tercer y séptimo mes de embarazo, así como el mismo control serológico en la sangre del cordón del recién nacido.

- 1980. En mayo, el MSP determina en las Normas de Diagnóstico y Tratamiento de ETS que toda madre con VDRL reactivo, aunque haya sido bien tratada con anterioridad al embarazo debe recibir un nuevo tratamiento con Penicilina Benzatínica 2400.000 U i/m cada 7 días en total 3 semanas.
- 1996. Las pautas del MSP de 1996 definen los recién nacidos sospechosos de Sífilis congénita y los lactantes de madres seropositivas que no han recibido tratamiento o tienen pocos datos sobre el mismo o fue tratada en el último mes del embarazo o recibió antibióticos diferentes a penicilina.
- 2005. El MSP actualiza las pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico de las ITS (re-edición 2009).

En diciembre del 2008 se establece la Ordenanza N°.821-Ref: 4591/2008 donde se obliga a la notificación de: todo caso sospechoso o confirmado de Sífilis en todas sus manifestaciones, incluyendo: Sífilis de la embarazada, Sífilis del adulto (hombre/mujer), Sífilis Congénita, todo caso de óbito fetal con lesiones de Sífilis.

La notificación debe realizarse a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica (DEVISA) DIGESA/MSP.⁵

5. Diagnóstico prenatal y manejo del VIH y la sífilis

En el control de la mujer embarazada se cumplen las normas protocolizadas por el MSP para el diagnóstico del VIH y la Sífilis.

Y en el caso del diagnóstico del VIH, por Decreto 158/97, se establece el ofrecimiento de la prueba de detección del VIH a toda embarazada, previo su consentimiento informado. Dicho consentimiento también deberá ser realizado para su tratamiento en caso de que la embarazada resulte con VIH. La paraclínica de diagnóstico para Sífilis y VIH, se solicita en primer control o en el primer y tercer trimestre. Los resultados se registran en el Carné perinatal y el Sistema Informático Perinatal (SIP) que se utiliza en todo el país en el sub-sector público y sub-sector privado. Y se notifica a DEVISA/MSP, si resulta positivo a la Sífilis y/o al VIH.

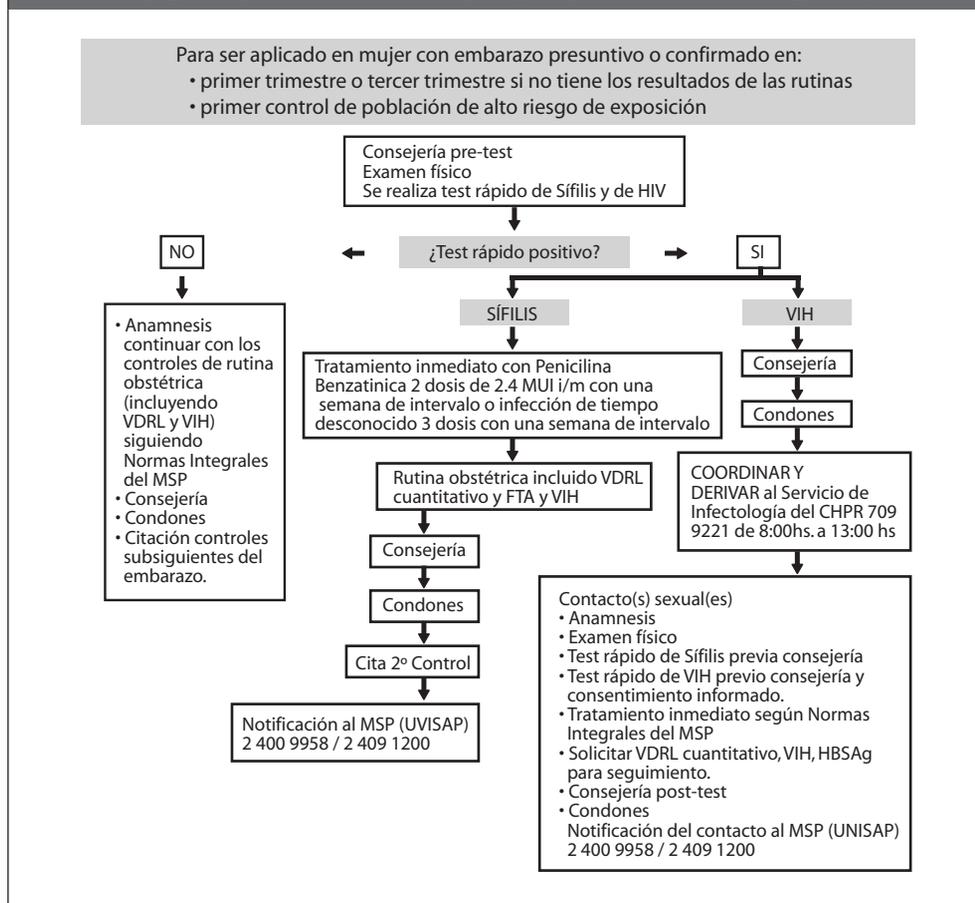
Para el diagnóstico de la sífilis se utiliza el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) o RPR (Rapad Plasma Reagin) y de ser positivo el FTA.

Ante la dificultad de controles prenatales de las mujeres embarazadas, en Montevideo y área metropolitana, según la normativa nacional del MSP e identificándose prácticamente el 80% de los casos de Sífilis Congénita del país, en esta zona, se planteó un Programa Piloto de implementación de test rápido de Sífilis y VIH en varios Centros de Salud del primer nivel de salud y en Puerta de Emergencia materno infantil del CHPR, en el 2007-2008. Este Programa evaluado como muy positivo para la captación temprana de la mujer embarazada y su pareja sexual, para el diagnóstico y tratamiento inmediato. Permitió también fortalecer la actitud de prevención y atención del médico tratante de identificar, y tratar a la mujer embarazada y su pareja sexual si es lo indicado.

Actualmente, se está utilizando el test rápido para la Sífilis y el test rápido para el VIH como diagnóstico al momento del primer contacto con el Sistema de Salud o en mujeres embarazadas que por cualquier motivo concurren cursando un embar-

⁵ Documento de Trabajo: Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y Sífilis en Uruguay 2005-2009; PPITS/Sida-MSP; Apoya UNPFA; Pág. 85-86.- Uruguay.

GRÁFICO 2. Flujograma para el uso del Test Rápido para profilaxis de sífilis congénita y de VIH



zo no controlado a policlínicas de Primer Nivel o a Puerta de Emergencia materno infantil, en todo el país en el subsector público ASSE/MSP⁶.

Las medidas preventivas adoptadas en Uruguay en relación al VIH se inician en:

- 1997. Con el test de VIH a toda mujer embarazada previo consentimiento informado. Se determina la captación

6 Documento de Trabajo: Prevención de la Transmisión Vertical de VIH y Sífilis en Uruguay 2005-2009; PPITS/Sida-MSP; Apoya UNPFA; Pág. 39-57.- Uruguay

precoz de la mujer embarazada; realización de estudio serológico para VIH; y control prenatal del VIH en el primer y tercer trimestre del embarazo.

- 1999. Se normatiza la cesárea programada para portadoras de VIH y el tratamiento triple plan con ARV durante el embarazo, parto y al recién nacido durante seis semanas.
- 2002. Se ofrece el test rápido de VIH a toda mujer embarazada en el momento del parto que no lo tenga controlado durante el prenatal. Se realizaron

capacitaciones de médicos en el tratamiento, manejo y consejería del VIH y la Sífilis en todo el país.

El diagnóstico de VIH se realiza por la detección de anticuerpos anti VIH 1 y 2 en el suero de personas infectadas.

Se tiene a disposición técnicas de diagnóstico de VIH de tercera y cuarta generación. El diagnóstico de VIH por medio del test rápido se utiliza: durante el período de parto, parto y puerperio en mujeres con control no adecuado o con conductas de riesgo de transmisión de VIH; para evaluar rápidamente la fuente de infección en los accidentes laborales así como al personal; para facilitar la expansión de los servicios de asistencia sanitaria a nivel de atención primaria y mejorar las estrategias de prevención de la transmisión del VIH. El obje-

tivo de su uso es evitar las oportunidades perdidas. El Gráfico 2 corresponde al algoritmo de diagnóstico que se aplica en todo el país, el mismo permite homogeneizar conductas del personal de salud.

Diagnóstico de infección en niños menores de 18 meses

En los niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre VIH positiva conocida, está indicada la detección del genoma viral por técnica de PCR ADN proviral. La oportunidad diagnóstica es en las primeras 48 horas de vida; entre el primer mes y los 2 meses; y entre los 4 y 6 meses.

Se define como:

- **Niño no infectado:** son los hijos de madres VIH + con dos PCR ADN proviral negativos (sin contar el realizado en

Gráfico 3. Manejo de la infección en Laboratorio

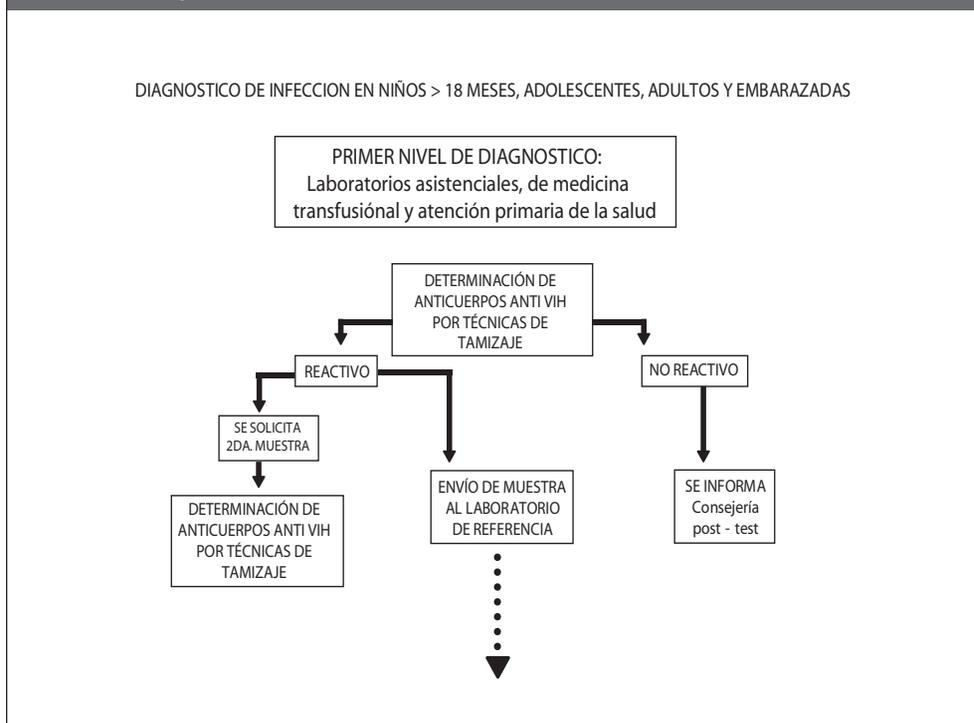
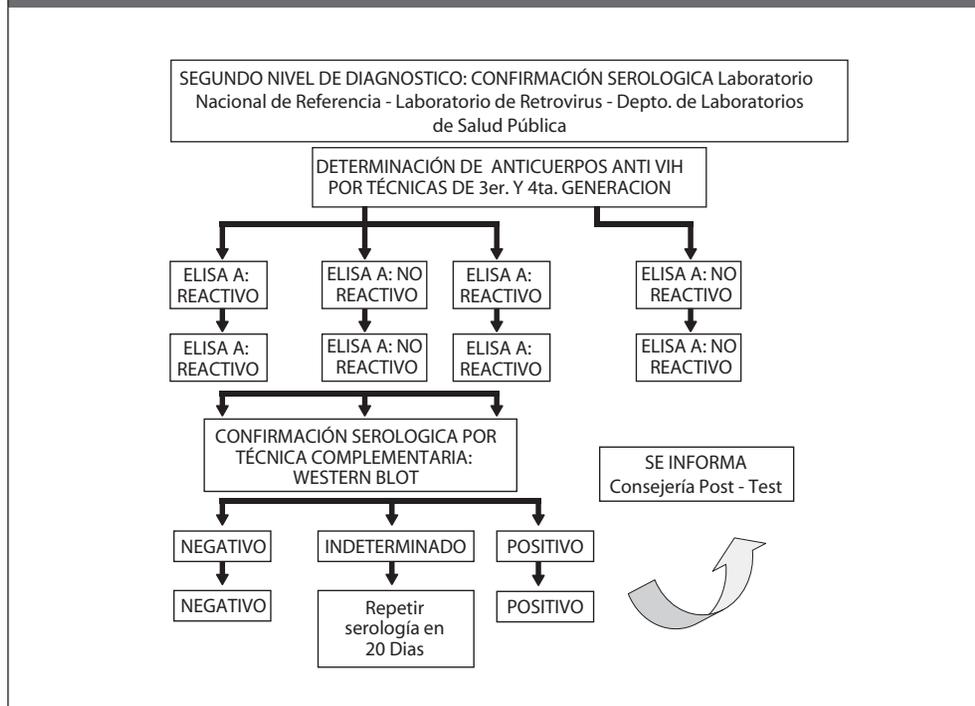


Gráfico 4. Diagnóstico con serología positiva



las primeras 48hs. de vida), uno de ellos realizado luego del cuarto mes de vida. Se realiza control hasta la desaparición de la reactividad serológica. Se contraindica la lactancia materna por la condición de VIH positiva de la madre. La lactancia en cualquier período debe considerarse como una nueva exposición al VIH, por lo que el niño deberá ser sometido nuevamente a la rutina diagnóstica.

- **Niño infectado:** Para considerar un niño infectado VIH se requieren dos PCR ADN proviral realizados en muestras de sangre separadas en el tiempo, independientemente de la edad.

Monitorización de la infección y del tratamiento en adultos

Los estudios de carga viral están indicados: al momento del diagnóstico de la infección; luego cada 4–6 meses en pacientes no tratados; y cuando se decide iniciar el TARV se debe realizar el estudio previo de carga viral. Se realiza un nuevo estudio de carga viral a las 12 semanas luego del comienzo del tratamiento. El seguimiento evolutivo con cargas virales se hará cada 3-6 meses o cuando el médico tratante lo considere necesario de acuerdo a la evolución clínica y de laboratorio. Para considerar que la diferencia entre 2 resultados es significativa, se ha determinado como límite el valor de 0.5 log. o de 3 veces su valor. Cuando se controla la eficacia de un nuevo tratamiento, debe observarse una

caída de por lo menos 1 log. a las 12 semanas post inicio y valores de menos de 50 copias/ml se obtienen entre las semanas 16 y 24 post tratamiento.

Metodologías disponibles en Uruguay: Branch DNA (Siemens); Nuclisens Real Time (Biomerieux); Rt-PCR Amplicor (Roche).

Monitorización de la infección y del tratamiento en embarazadas

Los exámenes de laboratorio a embarazadas normalizados por el MSP comprenden: Hemograma; clasificación de grupo sanguíneo y RH; glicemia y prueba oral de tolerancia a la glucosa a las 28 semanas; VDRL; serología de hepatitis A, B y C; toxoplasmosis; análisis de orina; recuento y porcentaje de linfocitos T-CD4, T-CD8 y la relación CD4/ CD8; carga viral plasmática; VIH; funcional y enzimograma hepático; azoemia; creatinemia; urocultivo; prueba tuberculínica con PPD; exudado vaginal para estudio microbiológico; colpocitología oncológica y colposcopia; ecografía precoz para valorar edad gestacional y seriada para control de crecimiento. La paraclínica se debe repetir cada trimestre, adecuada a los potenciales efectos tóxicos de la medicación empleada.

Monitorización de la infección y del tratamiento en niños

El seguimiento del niño VIH infectado incluye: la evaluación del crecimiento, desarrollo, nutrición, inmunizaciones y control odontológico. La evaluación del compromiso orgánico: piel, aparato linfoganglionar, visceromegalias, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, hematológico, renal, gastrointestinal y sistema nervioso central. La prevención de infecciones oportunistas. Se inicia el tratamiento antirretroviral específico cuando es oportuno.

En todos los casos existe el soporte psicosocial al niño y su familia, apoyando la escolarización. Cada 3 meses se realiza: Hemograma, poblaciones linfocitarias y carga viral.

En el 2008, se ha incorporado en el país, primero en el subsector público y ya en el 2009, en el subsector privado de salud, los **Test de Resistencia Genotípica** (Trugene®)- bajo el análisis e indicación de la Comisión de Expertos trabajando en TARV y genotipificación, bajo la órbita del PPITS/ SIDA. Se elaboró un algoritmo con los siguientes criterios para la indicación:

- **En adultos** que presentan fallo virológico con buena adherencia; > de 6 meses de iniciado el primer esquema de TTO; CV VIH-1: CV \geq 1.000 copias/ml. En los que son candidatos al uso de drogas complejas; buena adherencia; multi-tratados (> de 2 esquemas previos con fallo virológico y sin historia de abandono de TTO.); CV VIH-1: 1000 – 300 000 copias ARN/ml.
- **En embarazadas** que están recibiendo antirretrovirales por un período mayor a 3 meses y con CV \geq 1.000 copias/ml. Las que presentan infección VIH y que ya han recibido antirretrovirales en oportunidades anteriores y con CV \geq 1.000 copias/ml.
- **En niños <12 meses** con indicación de antirretrovirales, nacidos de madres expuestas a ARV prenatal o en el momento del parto. En niños con 1er plan de ARV que luego de 3 meses de TTO no muestra descenso de > 1.0 log. de la carga viral. En niños > de 2 años, que ya recibieron mas de una plan ARV, con buena adherencia y con falla virológica. ■

PRIMERA FASE A

Estudio cualitativo sobre integración de la atención prenatal con la detección y manejo clínico del VIH y la Sífilis en los servicios de salud

FEBRERO – JUNIO 2009

**Entrevistas a equipos de salud en los departamentos
de Colonia, Montevideo y Rivera**

LIBIA CUEVAS (Coordinadora)

LAURA LATORRE - LAURA SCARLATA - GIORGINA GARIBOTTO

1. Resumen

Este informe presenta los hallazgos de la primera fase de la investigación en la República Oriental del Uruguay, en el marco de la Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de integración de la atención prenatal con la detección y manejo clínico del VIH y la Sífilis, realizado por el equipo nacional del Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual (PPITS-SIDA) bajo la órbita de la Dirección General de la Salud (DIGESA), del Ministerio de Salud Pública (MSP), con apoyo técnico de la coordinación regional de la Universidad de Harvard y con apoyo financiero de UNICEF.

Se indagó sobre las trayectorias de atención prenatal de la embarazada, parto y atención del recién nacido con los objetivos de: determinar las barreras existentes de acceso al control de embarazo en cumplimiento de los estándares determinados a nivel local; e identificar las políticas activas en prevención, captación y tratamiento del VIH y Sífilis en la embarazada y recién nacido. Se trabajó desde una metodología cualitativa, multicéntrica, basada en un programa de entrevistas en profundidad en tres Centros de Salud Públicos. Se realizaron un total de 84 entrevistas al personal de salud vinculado a los servicios involucrados en diferentes instancias del control de embarazo. El trabajo de campo se realizó durante los meses de febrero a mayo de 2009.

Los resultados del estudio evidenciaron el impacto de la incorporación al Sistema

Nacional Integrado de Salud (SNIS) que para el subsistema público significó una mayor concentración de sus usuarios en los segmentos de ingresos más bajos. Esta tendencia se agudiza una vez diagnosticado el embarazo ya que aquellas mujeres con cobertura del Asignaciones Familiares (vinculadas al trabajo formal de la mujer o su pareja) migran al subsistema privado. Tendencia que implica la pérdida de ingresos vinculados a las metas asistenciales del control de la embarazada y el recién nacido para el subsistema público, así como del volumen total de usuarios. Asimismo, este mecanismo implica una fragmentación de la atención de la embarazada entre el subsistema público y el privado, en la medida que no hay definidos procedimientos sistemáticos de transferencia de información (continuidad del control, historias clínicas, etc.). Se encontró que ante la sospecha de embarazo el primer contacto con el Sistema de Salud no logra resolver los puntos básicos de una primera consulta sino que inicia un recorrido por registros médicos, laboratorio y una segunda consulta gineco-obstétrica. Las pruebas de embarazo que se realizan son de laboratorio a partir de muestras de sangre, sólo excepcionalmente se realizan pruebas de orina. Todo este proceso determina que sólo a partir de una segunda instancia de consulta se realiza la apertura de la historia clínica perinatal, indicación de paraclínica de rutina incluyendo tamizaje

de VIH y VDRL, y asignación de fecha para la próxima consulta entre otros elementos; retrasando los controles y desestimulando el control a la vez que se vulneran los derechos de la mujer (capacidad de decisión, participación en las acciones, rutinas lo menos invasivas posibles). En términos de acceso a la paraclínica se identificaron las mayores dificultades en la realización de la ecografía obstétrica para la determinación de la edad gestacional y la paraclínica de mayor complejidad que implica el traslado a otra localidad o centros asistenciales. Desde la instalación del SNIS se identifica un notorio incremento de la disponibilidad de técnicas de laboratorio, ampliación del equipo técnico de atención a la embarazada y mejoras de infraestructura en general. El control de la embarazada lo realizan parteras, ginecólogos/as, médicos/as de familia y médicos/as generales. La disponibilidad de parteras en los servicios es accesible y con bajos tiempos de espera. El acceso a ginecólogo/a tiene esperas de tres semanas a dos meses, en dos de los centros. El tamizaje de laboratorio, incluido VIH y VDRL resulta accesible en los diferentes lugares con bajos tiempos de espera. No hay consejería previa para VIH y VDRL en ningún caso. La disponibilidad de los resultados en la siguiente consulta es el principal problema, sea por dificultades en la entrega (Policlínicas periféricas), porque la mujer no retira resultados o que no los presenta el día de la consulta. En algún caso, se resolvió su ingreso a la historia clínica y la entrega de resultados directamente en la consulta siguiente de forma de mejorar el encuadre de devolución y la disponibilidad de las pruebas. Los test rápidos de VIH y Sífilis no están disponibles en todos los Centros y se identifican problemas de continuidad de su suministro. Ninguno de los servicios realiza instancias grupales de educación a la embarazada sino que esto se resuelve únicamente en la instancia de con-

sulta individual con cada técnico. A su vez, se encontró que no se distribuyen sistemáticamente preservativos a las embarazadas en tanto no se identifican como grupo objetivo. La adquisición de preservativos implica una serie de acciones que limitan su acceso, suponen la solicitud de hora para medicina, posterior consulta con un/a médico/a para la obtención de receta médica y concurrir a farmacia para retirarlos. La entrega de preservativos con receta médica restringe su suministro a las/os médicas/os, limitando la capacidad de distribución por otros técnicos. La mayor fluidez de entrega de preservativos se registra en las policlínicas de adolescentes y de trabajadores/as sexuales. Finalmente, se halló una sub-utilización de la información generada desde los Centros para la determinación de estadísticas locales sobre prevalencia de ITS, perfiles epidemiológicos y proyecciones sobre evolución de Sífilis, VIH y otras ITS. Asimismo, la falta de digitalización y de articulación entre las diferentes bases de datos de usuarios resulta un obstáculo para la detección de barreras en la atención de la embarazada y casos de discontinuidad de la atención que requieran intervenciones específicas.

En base al informe preliminar del estudio se organizó una Jornada de devolución dirigida al personal directivo de los Centros de Salud participantes en la investigación. La Jornada permitió confrontar la realidad con lo observado cotidianamente por los equipos de salud, intercambiar información, situaciones locales, obstáculos y experiencias de buenas prácticas que ya se vienen instrumentando en los Centros. La Jornada permitió iniciar un proceso de movilización de las acciones a nivel de los centros para facilitar el acceso al Sistema de Salud de la mujer embarazada. En pocos meses ya se habían visto algunos cambios en el procedimiento en la atención orientados a resolver los obstáculos detectados en el estudio. ■

2. Objetivos

Objetivo General

Realizar un análisis situacional e identificar las barreras socio-económicas, culturales, políticas y las propias del sistema de salud en el acceso a la atención prenatal y a la detección de VIH y Sífilis durante el embarazo en cada país.

Objetivos específicos

- Describir la trayectoria prenatal de la mujer embarazada, parto y atención del recién nacido en los Centros de Salud del subsector público seleccionados.
- Determinar las barreras existentes de acceso de la mujer al control del embarazo: control con diferentes especialidades del equipo de salud, paraclínica, educación del embarazo, consejería pre y post test, prevención de la transmisión vertical de Sífilis y VIH, entre otros aspectos.
- Identificar políticas activas de prevención, captación y seguimiento de la mujer embarazada y recién nacido, ante el VIH y la Sífilis. ■

3. Metodología

El estudio se realizó desde un abordaje metodológico cualitativo y multicéntrico. Se efectuaron entrevistas en profundidad a informantes calificados del personal de salud vinculado a la administración de los servicios, a la atención de la embarazada, parto y seguimiento del recién nacido. La realización de las entrevistas se organizó en base a una pauta que contaba con cuatro dimensiones de estudio: 1) Caracterización del sistema de salud local; 2) trayectoria de atención prenatal de la embarazada; 3) identificación de barreras de acceso al control de embarazo, captación de Sífilis y VIH en embarazadas y acceso al tratamiento; 4) políticas activas vinculadas a la prevención, captación temprana y tratamiento del VIH y Sífilis en la embarazada.

En una primera instancia se contactó al personal directivo de cada centro y a las autoridades de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y del Ministerio de Salud Pública (MSP) a los efectos de presentar la investigación, solicitar el apoyo para la selección de los informantes y visibilizar institucionalmente la realización de los contactos con los funcionarios. Las entrevistas fueron realizadas por el propio equipo de investigación con experiencia y calificación específica en la realización de estudios cualitativos en salud. Las personas entrevistadas fueron informadas de la finalidad, objetivos y condiciones de confidencialidad del estudio. Las entrevistas fueron

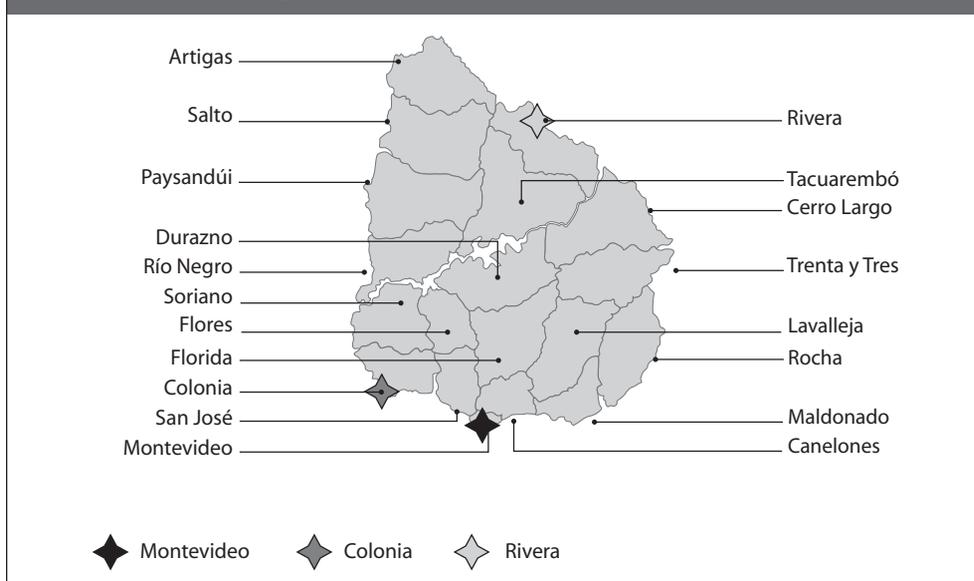
grabadas en archivos digitales con consentimiento. Posteriormente las mismas fueron desgrabadas y codificadas según las pautas de análisis definidas, posteriormente se realizó el análisis conceptual.

El trabajo de campo se organizó en tres etapas vinculadas a la realización de las entrevistas en cada uno de los centros. El mismo se desarrolló entre los meses de febrero y mayo de 2009.

Como parte de la metodología de investigación y como forma de confrontar los datos obtenidos, se realizó una jornada de devolución con personal directivo entrevistado en los tres Centros de Salud y autoridades de los niveles centrales de ASSE, procurando así validar los datos obtenidos y generar respuestas desde los programas centrales a algunos problemas emergentes. Esta jornada permitió pensar conjuntamente y en forma participativa posibles modificaciones a los nudos críticos encontrados para la mejor atención a la mujer embarazada y al recién nacido. Es importante señalar, que se acordó con el personal de los tres Centros de Salud involucrados, que no serían identificados en esta sistematización de la información de manera de facilitar las respuestas y poder así profundizar en los aspectos críticos.

La diversidad de las zonas seleccionadas, permitió relevar tres situaciones diferentes, que presenta el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que se viene implemen-

FIGURA 1. Ubicación de las zonas de la muestra



tando desde enero del 2008. Evaluando así, aciertos y obstáculos que el Sistema de Salud tiene para la llegada temprana, oportuna y eficaz de la mujer embarazada al control y atención integral de su salud. (Figura 1)

Muestreo

La selección de los tres Centros de Salud se realizó en función de criterio de muestreo teórico orientados a la diversificación de casos. Para ello se consideraron localidades presentaban factores de riesgo diferentes frente a la difusión del VIH y la Sífilis en su población, vinculados a la alta participación de usuarios con alta vulnerabilidad social, a contextos de frontera, alta incidencia de población itinerante vinculada a la producción, comercio o turismo. De este modo, se consideró un centro de la Red de Atención Primaria de Montevideo con alta participación de casos de Sífilis Congénita y un elevado número de usuarios; un centro de baja intensidad de partos y de casos de Sífilis Congénita de una localidad menor; y un

Centro Departamental del interior del país con una incidencia media de casos de Sífilis Congénita y VIH en embarazadas.

La selección de los entrevistados buscó incorporar un plano vertical en función de la toma de decisiones del Centro y otro horizontal que captara un amplio abanico de funcionarios vinculados a los servicios de atención prenatal, parto y seguimiento del recién nacido. De este modo, se procuró incorporar al personal directivo de los Centros de Salud, a los funcionarios de los servicios de atención a la embarazada, pediátricos, emergencias, servicios específicos de ITS, laboratorio y farmacia. Se realizaron un total de 84 entrevistas en los tres centros. Se efectuaron entrevistas en profundidad a informantes calificados del personal de salud vinculado a la administración de los servicios, a la atención de la embarazada, parto y seguimiento del recién nacido. Asimismo, se entrevistó personal de registros médicos, recepción, orientación de usuarios y archivo, entre otros. ■

4. Resultados

1. Centro 1

1.1. Descripción sistema salud local del interior del país

Los servicios de salud disponibles en la localidad (aprox. 10.000 hab.) corresponden a las prestaciones del subsistema privado organizado por una IAMC; el subsistema público descentralizado de ASSE y dos policlínicas barriales ubicadas en zonas de contexto crítico de la localidad. Estas últimas reciben recursos técnicos de apoyo del Centro Auxiliar de ASSE y se coordinan con éste.

Subsistema privado de salud

El servicio instalado de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) del subsector privado, regional corresponde a un policlínico con todas las especialidades básicas, policlínica de emergencia y radio; el mismo tiene como referencia directa el centro hospitalario instalado en la localidad más próxima a 20km. Las prestaciones suministradas a embarazadas corresponden a controles con partera y ginecólogo. La recolección de muestras de orina y las extracciones de sangre para la realización de rutinas obstétricas se hace en la localidad y luego éstas son trasladadas al laboratorio de la IAMC en el hospital más cercano. La paraclínica y otros controles se hacen directamente en este centro hos-

pitalario. En la localidad la IAMC no tiene puerta de emergencia ni salas de internación, para ello los/as usuarios/as se trasladan al Centro Hospitalario, desde allí se determinan otras derivaciones. No se realizan partos de ningún tipo en la localidad. Las cirugías, internación y parto (normal o cesárea) se realizan en el hospital de referencia. Patologías más graves se derivan para su atención a Montevideo.

Subsistema público de salud

El subsistema público de ASSE cuenta con algo más de 43.300 usuarios en todo el departamento. Se organiza en un Centro de Referencia ubicado en la capital departamental y cinco centros auxiliares en otras localidades. El Centro Auxiliar estudiado funciona con 4.900 usuarios (aprox.) y tiene como primer centro de referencia un hospital ubicado a 20km.

El Centro Auxiliar tiene como área de cobertura las zonas rurales aledañas y dos localidades próximas. El Centro cuenta con policlínicas de las siguientes especialidades relativas a la atención prenatal: obstetricia, ginecología, nutrición, odontología, psicología, trabajo social, medicina general y pediatría. Asimismo, se realiza el seguimiento del embarazo y la atención del parto normal. Los embarazos y partos de alto riesgo al igual que toda cesárea programada son derivados a la localidad más

próxima ubicada a 20 Km., a Montevideo o en menor medida a otros Centros Públicos. La totalidad de los partos en el área de influencia son realizados con asistencia técnica profesional. Es muy raro el registro de partos en domicilio y se vinculan a un rápido período expulsivo. En estos casos se realiza la atención del parto y luego se traslada a la madre y el recién nacido al Centro Auxiliar para control ginecológico y pediátrico.

El servicio no cuenta con salas quirúrgicas ni salas de cuidados intensivos, por lo cual toda intervención que las requiera exige la derivación a la localidad más próxima o a Montevideo. Por otra parte, el centro cuenta con laboratorio con capacidad para realizar estudios serológicos (desde 1/04/2009), orina y otros, incluidas todas las rutinas de control obstétrico.

Es de destacar el flujo particular de embarazadas entre el subsector público y el subsector privado (IAMC) determinado por el sistema de Asignaciones Familiares (AFIL). Las mujeres trabajadoras formales o que sus parejas lo sean, tienen derecho por el Banco de Previsión Social (BPS) al sistema AFIL. Este sistema efectiviza la cobertura obstétrica mediante la contratación de servicios a la IAMC de la localidad. De este modo, toda embarazada de ASSE que cuente con cobertura AFIL, luego de detectado su embarazo y realizado los trámites de afiliación correspondientes, migra a las IAMC hasta los 90 días posteriores al parto donde finaliza la cobertura médica de éste servicio. En ese momento, la mujer define su retorno a ASSE (lo más frecuente) o su permanencia en la IAMC. Del mismo modo, el niño al nacer tiene cobertura IAMC y al finalizar el servicio de AFIL la madre debe optar entre continuar con esta afiliación (lo más frecuente para el caso de los niños) o pasar a inscribirlo como usuario de ASSE. Esto genera un efecto donde

es mayor el número de embarazadas en el sector privado que en el público, con un promedio de 40 embarazadas simultáneas en la IAMC y unas 12 en el sector público. Durante 2008, el Centro Auxiliar registró un total de 22 partos y 22 nacidos vivos, 100% de los cuales fueron tamizados para VIH y VDRL. En ninguno de los casos se trató de una madre VIH+ ni luética.¹

Durante la atención prenatal, este corte en la modalidad de cobertura implica necesariamente dificultades para el seguimiento de la embarazada. El no retorno a la consulta puede suponer tanto que haya dejado de controlar el embarazo como el traspaso de su atención al sistema privado. El sistema público de ASSE no tiene un flujo de información con el sistema privado que le permita conocer el cambio de estatus de las prestaciones de la embarazada y su posterior control médico desde otro servicio. La estrategia de seguimiento que en los hechos funciona en la localidad, al ser pequeña, es el reconocimiento de las mujeres por parte de los técnicos.

1 Estadísticas correspondientes a 2008 elaboradas y suministradas por el Centro Auxiliar a requerimiento de la presente investigación. Durante las entrevistas se registró la existencia de un caso de óbito fetal durante 2008 no asociado a VIH+ o Sífilis materna. La contradicción entre los datos puede deberse a que la muerte fetal se registró al momento del parto. El registro en Uruguay se realiza según la pauta del Sistema Informático Perinatal de CLAP/OPS que define como nacidos vivos: "Según la CIE 10 se clasificará un recién nacido como vivo si muestra cualquier signo de vida después de la expulsión o la extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. Se considerarán signos de vida si el recién nacido respira, late su corazón, su cordón pulsa o tiene movimientos apreciables de los músculos voluntarios. La clasificación de un nacimiento como vivo es independiente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o que la placenta permanezca unida o no." <http://www.clap.ops-oms.org>

De este modo hay dos mecanismos que unifican un sistema fragmentado, por una parte el conocimiento personal de las mujeres cuando los técnicos son residentes de la localidad y por otro la integración de ambos subsistemas mediante la pertenencia común de gran parte de los equipos técnicos (reducido en número de profesionales). Esto sucede cuando un mismo técnico realiza el primer control en el subsistema público y luego vuelve a atender a la misma mujer en el privado. (Gráfico 5)

A nivel local actúan **tres laboratorios**:

- uno que corresponde al centro auxiliar de ASSE;
- otro en la IAMC (limitado a extracciones) y cito en otra localidad;
- un tercero que corresponde al sistema privado independiente de la IAMC que realiza estudios de paraclínica, incluidos test de embarazo, VIH y VDRL.

El flujo de conexión entre los tres laboratorios es bajo, el subsistema público compra a los laboratorios privados los análisis técnicos que no tiene disponibles. En el último período se han incrementado notablemente las técnicas instrumentadas desde el laboratorio público con lo cual se ha reducido la demanda de servicios de esta área.

Desde la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) se ha producido una reasignación de la población de los subsistemas. A nivel público se ha observado una importante migración de los niños al sector privado y de los trabajadores con un nivel adquisitivo que les permite costear los tickets adicionales de la IAMC. Este fenómeno ha determinado una sobre demanda en la IAMC local. El costo de órdenes y demás sobre-cuotas de atención han revertido una parte del

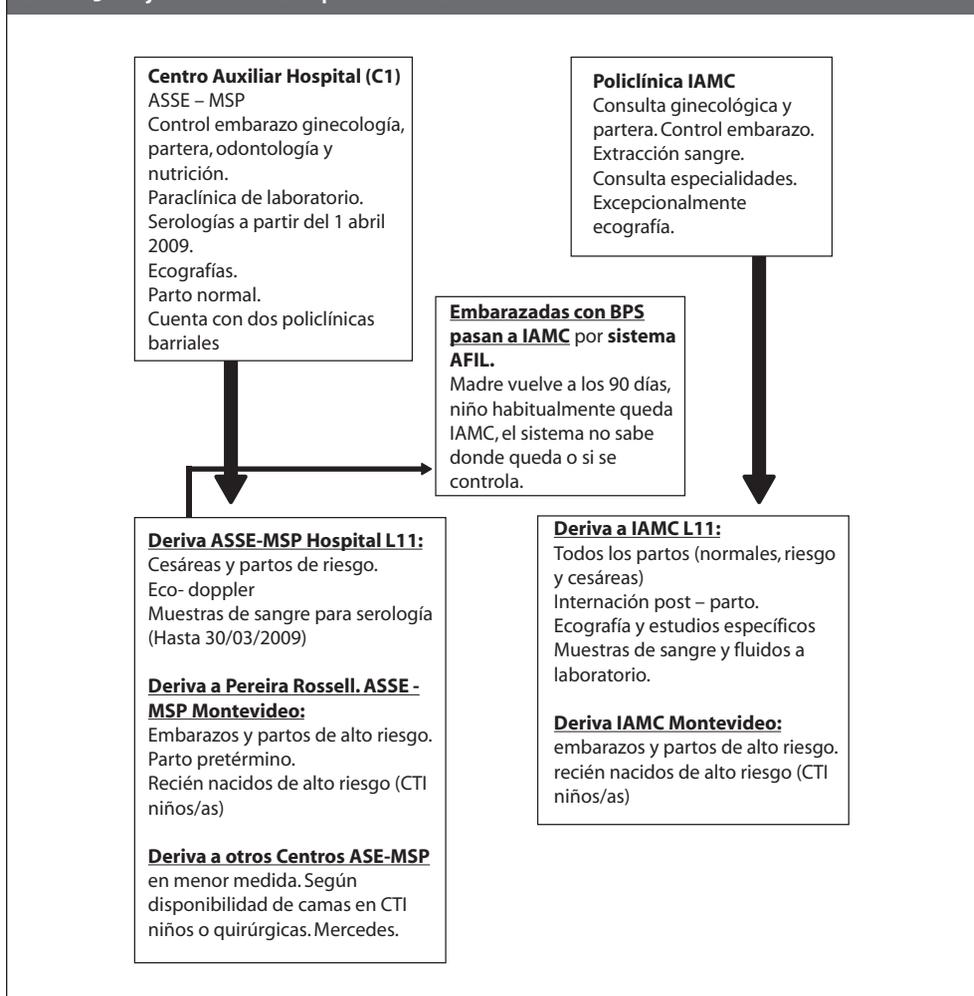
flujo inicial del sector público al privado. Este proceso a pautado una tendencia a la especialización del subsistema público en los sectores de población con menores ingresos y mayor vulnerabilidad social.

“(...) nosotros disminuimos nuestro padrón de afiliados en más de mil usuarios, estamos en 4500 a partir de enero del 2008 pero aumentamos entre un 7 y un 8% las consultas a pesar de que se disminuyó, es que aumentamos los servicios.” (C-1, 20)

En contraposición, el SNIS ha permitido al Centro Auxiliar mejorar la administración y disponibilidad de recursos económicos, técnicos, infraestructura y procesamiento local de una mayor diversidad de técnicas. En laboratorio el incremento de técnicas y personal ha permitido la agilización de los tiempos y diversificación de servicios. Se ha incorporado recientemente la realización de estudios serológicos (incluido VIH) y tamizaje del estreptococo del grupo B. Entre los nuevos servicios se subraya la incorporación del Carné de salud como prestación realizada a población general, lo que habilita la captación de usuarios del sector privado. En forma reciente y en convenio con la IAMC se realizan las ecografías de cadera de control del recién nacido. A su vez se observa la constitución de un equipo de salud mental. Donde antes sólo había un psicólogo, ahora se cuenta con tres psicólogos, un psiquiatra infantil y un psiquiatra de adultos. Además el equipo integra un trabajador social compartido con otras áreas.

La ampliación descripta de los servicios prestados por el subsistema público ha consignado un incremento del número absoluto de consultas y técnicas frente a una reducción del total de usuarios. Lo cual pauta un uso más intensivo del centro vinculado a un incremento de la demanda

GRÁFICO 5. Flujo de la atención prenatal a nivel de centros



interna antes no satisfecha por limitaciones en la cobertura disponible.

1.2. Descripción de la situación local de Sífilis y VIH

En referencia a las infecciones de Sífilis, el escenario descrito por los técnicos del Centro de Salud indica un núcleo concentrado de casos que provienen básicamente del comercio sexual en mujeres y travestis. Recientemente, se ha identificado un incre-

mento en los casos en población general, en particular en las personas más jóvenes.

La mayor parte de los entrevistados percibe que no han habido casos de mujeres embarazadas con Sífilis, sin embargo en febrero de 2009 se registró un caso durante la rutina del primer trimestre. Esta embarazada, al contar con cobertura de Asignaciones Familiares, pasó a asistirse por el subsistema privado y se presume que se continuó la atención, pero no se tiene certeza. La fragmentación de los

sistemas no habilita un flujo de información que permita validar el supuesto de continuidad de la atención y tratamiento de la Sífilis al cambiar la cobertura asistencial. Se registró un caso de Enfermedad de Chagas en embarazada en 2008 (no residente), la cual fue recontactada en otra localidad para realizar la entrega de resultados. No se han notificado casos de recién nacidos con VDRL reactivos en la localidad.²

La captación de casos de VDRL positivos se realiza básicamente a través del Carné de salud³ (que corresponde a mayores de 18 años en general trabajadores/as), control de trabajadores sexuales y tamizaje de embarazadas. En laboratorio se realizan algo más de 100 VDRL mensuales. No tienen datos de prevalencias locales de ITS en ninguna población⁴. El Centro no cuenta con tests rápidos de VIH ni de Sífilis⁵. Ante un resultado positivo se solicita a la usuario/a que pase a tomar una nueva muestra, luego el test específico se envía a Montevideo y los resultados van a la historia clínica. Se realiza la comunica-

ción al médico quién entrega los resultados, incluidos todos los positivos de VIH y Sífilis.

Dada la concentración de los casos de Sífilis en trabajadores/as sexuales y en aplicación de la normativa vigente, el Centro Auxiliar realiza un control sistemático de la población de trabajadoras sexuales formales atendiéndose entre 6 y 12 mujeres al mes. Para facilitar el acceso a las pruebas de laboratorio el Centro se maneja en forma flexible en referencia a horarios de extracción más amplios que los asignados para la totalidad de usuarios.

“P: Y cómo es el control con ellas? R: Y ellas vienen, se le hacen los análisis, y se les hace tratamiento si les da positivo. Hay una Policlínica una vez al mes sólo para ellas.

P: Y ellas asisten en general? R: Y sí, asisten porque necesitan la libreta firmada para trabajar. Los estudios que les hagan, como ellas no tienen historia van a la parte de abajo, con el resultado en la mano le firman, pero como no tienen historia, porque no son de acá, sino que van y vienen, se deja aparte en archivo.

P: Y de dónde son? R: Y vienen de (...), de (...), van y vienen?

2 El laboratorio del Centro realiza el control del VDRL del recién nacido en el cordón umbilical. El resultado se incorpora a la historia clínica. No hay notificación pre-test a la madre.

3 En la localidad hay tres centros que realizan el Carné de salud: Policlínico de IAMC, laboratorio privado y Centro Auxiliar de ASSE. Para caso de ASSE los resultados de tamizajes vinculados al Carné de salud se envían directamente a dirección y es el director quién realiza la derivación.

4 Se podría contar con datos de prevalencia de VIH y VDRL en población general, trabajadores/as sexuales, embarazadas y banco de sangre.

5 Hay contradicciones en referencia a la existencia de tests rápidos de VIH y Sífilis, en una entrevista se señala que hay test VIH y en otra que hay test Sífilis. Son más los entrevistados/as que señalaron no contar con test rápidos y con mayor jerarquía en razón de lo cual se optó por considerar su no disponibilidad a nivel local.

También se registra un fenómeno migratorio desde localidades cercanas de trabajadoras sexuales donde se registraron tres VDRL positivo para 2008. La alta movilidad de personas vinculadas al comercio sexual con origen en otros puntos del país y en Argentina, dificultan las estrategias de seguimiento. Existen dificultades para dimensionar la población de trabajadores/as sexuales en la localidad en referencia a la movilidad de la población y a la importancia del comercio sexual ilegal⁶ sin controles sanitarios. El trabajo sexual está

6 En la localidad hay un único prostíbulo legal con control sanitario y existen varias casas de masajes no habilitadas sin control sanitario.

dirigido principalmente a barqueros, camioneros y afines, en un circuito vinculado al movimiento portuario por lo cual esta población también registra niveles altos de vulnerabilidad frente a las ITS.

Con la población de trabajadores/as sexuales formales el Centro ha realizado puntualmente instancias de consejería y se realiza distribución de preservativos masculinos y desde el 2009 se inició el suministro de preservativos femeninos. Durante los meses de verano, se realiza promoción y distribución de preservativos en un local comercial en la playa. Esta campaña tiene como objetivo la población más joven. No se registran actividades educativas en salud sexual dirigidas a las mujeres embarazadas, ni promoción ni distribución de preservativos.

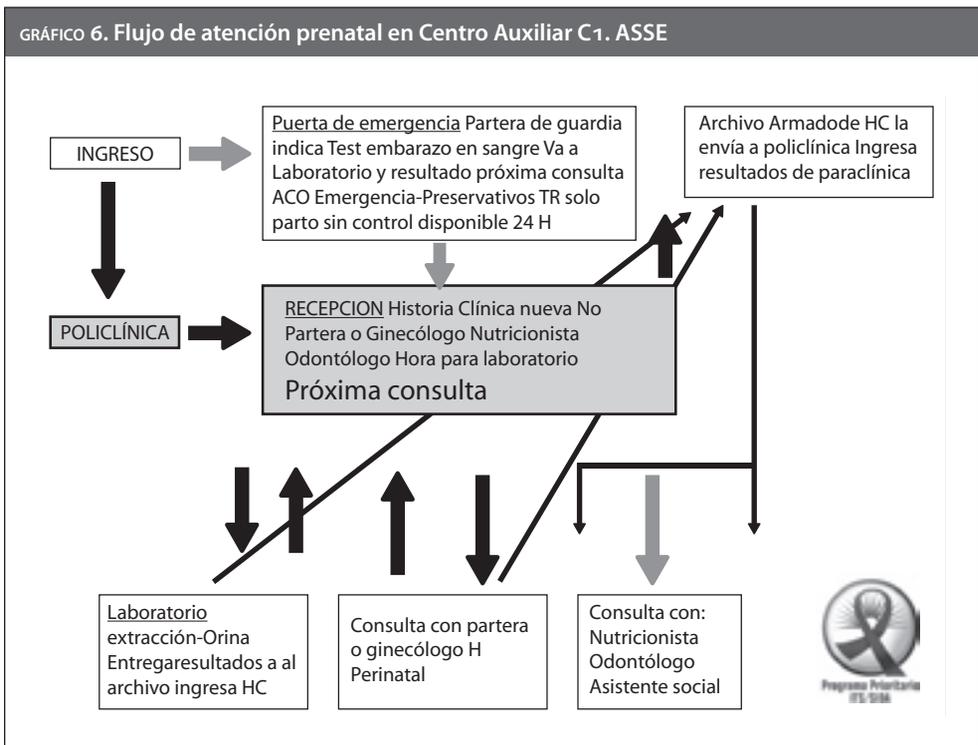
No se han realizado capacitaciones sobre Sífilis y VIH para los funcionarios del Centro. La información sobre estas infec-

ciones queda relativizada a la formación personal y a las instancias informales de trabajo institucional. En referencia al VIH se han registrado casos de no residentes, específicamente de embarazadas se notifica de un caso hace más de dos años que continuó su atención en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

1.3. Trayectoria de atención prenatal

Primera consulta

El primer control de embarazo se realiza a partir de la solicitud de la mujer de confirmación, presunción o realización de análisis de embarazo. En el Centro hay tres instancias donde se realiza la primera consulta de embarazo: en Puerta de Emergencia, en Policlínica ginecológica o en el momento del parto.



Cuando la primera consulta es en la Puerta de Emergencia se procede a atender a toda embarazada sin requisitos de afiliación. Se llama a la partera de guardia para que atienda a la mujer y esto se realiza en el momento. El Centro cuenta con guardia permanente de parteras, que reside en la localidad.

En Puerta de Emergencia no se aplica test de embarazo sino que se realiza la consulta, se indica el análisis a laboratorio y se marca una segunda consulta en policlínica con partera o ginecólogo/a. Por lo tanto, la mujer debe dirigirse a la recepción donde va a solicitar número para laboratorio a efectos de la realización de la prueba de embarazo y hora para una nueva consulta con ginecólogo o partera. Luego en el día asignado (en general en la misma semana), la mujer debe ir al laboratorio para realizar el análisis; y finalmente a la consulta en policlínica para conocer el resultado del estudio en consulta técnica.

P: ¿Cómo es el recorrido de cualquier embarazada para llegar a la atención? R: En Policlínica ha cambiado mucho, porque hay muchas más especialidades, pero en general sacan número para la partera, si quieren saber si están embarazadas, porque *la emergencia tiene prohibido los test de embarazos*, para obligarlas a que se controlen, para que se puedan captar y no se escapen y ya se empiezan a controlar, que vayan al odontólogo, a ver si tienen las vacunas, por lo general se pasa a asistente social o psicóloga. Y si son puérperas no tienen problema para atenderse porque se atienden igual." (C-1, 17)

La negación del test de embarazo en emergencia es considerada como un mecanismo de mejorar la calidad de la atención y la captación de la embarazada. Sin embargo, esta iniciativa es controversial en la medida que la primera negativa puede funcionar como desestímulo a la atención

y que la mujer opte por realizar pruebas de embarazo en forma privada ya sea en domicilio, otro laboratorio o que directamente desista del diagnóstico.

Otra modalidad de primera consulta es directamente en el momento del parto, tratándose de un embarazo sin control médico. Anualmente se registran entre 1 y 2 casos, lo cual frente a un promedio de 22 partos anuales determina un umbral mínimo del 4.5% y un máximo de 9.1%. En la condición descrita se atiende toda embarazada sin requisitos de afiliación. El Centro no cuenta con test rápidos para VIH ni Sífilis, por lo cual a toda embarazada sin control se realiza examen para Sífilis y VIH en laboratorio en forma urgente⁷. Antes del egreso de la mujer y el recién nacido se determinan todos los controles de la rutina obstétrica.

Cuando la primera consulta es en recepción o Policlínica se organiza el siguiente flujo:

- **Área de Registro de usuarios/as:** Si la embarazada no está registrada como usuaria de ASSE se requiere la cédula de identidad, completar una ficha de ingreso y luego esta documentación pasa a Archivo para la creación de la historia clínica. Si la persona es usuaria del subsistema privado y no se atiende, no hay mecanismo de control para saber si fue al subsistema privado. En recepción se solicita como documentación a la embarazada el carné de asistencia y

7 "Los test rápidos tienen indicación de ser usados en las siguientes situaciones: en período preparto, parto y puerperio en mujeres sin antecedentes de control adecuado anterior, o con conductas de riesgo de transmisión de VIH. Ver "Guías para el Diagnóstico, Tratamiento Antiretroviral y Monitorización en Adultos y Embarazadas. Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH-SIDA)". PPITS/ SIDA-DIGESA-MSP Uruguay 2006. Pág.19.

la ficha de control de embarazo. No se solicitan vacunas ni otros documentos.

- **Área de Registros Médicos:** se atiende en recepción donde se ofrece número para consulta de ginecólogo o partera. El sistema de asignación de horas de consulta esta digitalizado.
- **Consultorios:** la consulta con partera se realiza en Policlínica donde hay tres días disponibles además de la guardia. Se otorgan todos los números que se soliciten el día de policlínica, atendiéndose a todos los casos. No hay espera para la atención en policlínica con parteras. La consulta con ginecólogo o médico general tiene al momento del relevamiento de datos unas tres semanas de espera (en marzo/09 fijaban día de consulta para mayo/09). En estos casos hay un retraso al efectuar la primera consulta. En general las embarazadas llegan en forma temprana, lo habitual cuatro o cinco semanas de retraso menstrual, aunque este no es el concepto de todos

Acciones específicas en la primera consulta de embarazo:

"P: A que altura del embarazo llegan? R: Algunas en el 1º trimestre, pero son las menos. (...)

P: ¿Cómo es le circuito para la embarazada cuando viene por primera vez? R: Primero es el test de embarazo, después que se comprueba que está embarazada, se le da número para la obstetra y ahí se hace el seguimiento. Ahí se empieza con las rutinas, se la manda a la primera ecografía." (C-1, 07)

"P: Cuántos partos hay por mes? R: Dos o tres.(..)

P: Cuántas embarazadas hay en forma simultánea? R: Se atiende jueves y viernes y son 3 o 4 que vienen por día." (C-1, 07)

En la primera consulta en Policlínica el médico o la partera emiten las órdenes

para realizar la *confirmación del embarazo mediante análisis de laboratorio de sangre y orina con independencia de que la mujer declare ya tener un test positivo* de embarazo. Los únicos que pueden emitir órdenes de test de embarazo son los ginecólogos o las parteras. No pueden emitirlos otros médicos ni siquiera en emergencia.

Los test de embarazo en laboratorio se realizan en general en la semana. La hora para la próxima consulta se marca a la semana siguiente, en esta cita se entregan los resultados del test de embarazo. En ningún caso se entregan resultados de embarazo fuera del marco de la consulta con partera o ginecólogo.

En la siguiente consulta con partera o ginecólogo, y luego de la confirmación de embarazo, se indica la primera rutina obstétrica. Incluye diagnóstico serológico de Sífilis y VIH, que se registra en un pedido general sin especificar en la orden médica. Asimismo, no se realiza consejería pretest de VIH⁸ y VDRL a la embarazada. De ser positivo si se realiza.

Consultas siguientes

En la siguiente consulta se realiza la entrega del resultado del análisis de embarazo. En caso de ser positivo se hacen todas las órdenes de análisis para la primera rutina de laboratorio, primera ecografía obstétrica, pase a nutricionista y pase a odontólogo. La partera o el ginecólogo abren el carné obstétrico perinatal. El tamizaje de VIH y VDRL es incluido como parte de las rutinas de laboratorio sin realizarse consejería pre-test.

8 Ver "Directrices Básicas para la Realización de Consejería/Orientación en VIH-Sida-El Mejor Caminos para la Prevención, Tratamiento y Adherencia". PPITS/sida-DIGESA-MSP-Uruguay 2006. "Consejería Pre Test" Pág. 28 y "Consejería Pos Test" Pág. 29.

"(...) ¿Y rutinas de VIH y VDRL? R: Si se hacen también.

¿Ahora, se le hace consejería cuando se mandan los análisis? R: No, en realidad, no, pero la paciente sabe por qué se hace, se hacen porque son análisis de rutina." (C-1, 05)

Luego de la consulta médica la embarazada vuelve a recepción para solicitar cita (fecha y número) para los análisis de laboratorio y para nueva consulta. En ese mismo momento le dan hora para todas las especialidades y para un nuevo control médico en función de la fecha en que estarían prontos los resultados de la paraclínica (unos 10 días). Se realiza consulta de rutina con nutricionista y odontólogo, las citas se asignan entre consultas ginecológicas sin problemas. Las consultas de trabajo social, si bien el Centro dispone de asistente social, sólo se solicitan si se requiere especialmente. Del mismo modo la consulta psicológica no se integra como rutina sino únicamente cuando hay derivación al equipo de salud mental.

Tamizaje paraclínico

Desde Recepción, se entregan los números para laboratorio. En el momento del relevamiento se asignaban horas para dentro de dos a tres semanas. Sin embargo el laboratorio⁹ busca dar preferencia a la atención de ni-

9 El laboratorio realiza unos 2.000 análisis mensuales que corresponden a unas 600 personas mínimo por mes (30 por día). El volumen de estudios manejado genera algunos inconvenientes de orden técnico en la gestión de las pruebas ya que se busca acumular un número suficiente que justifique correr las técnicas. La información estadística generada desde el laboratorio tiene como objetivo cumplir los requerimientos centrales de vigilancia de ASSE. Por lo cual no hay una utilización local de ésta información. Este es uno de los objetivos planteados por el laboratorio en términos de lograr la certificación de calidad.

ños, mujeres embarazadas o con presunción de embarazo, para lo cual asignan los números de reserva a estos casos prioritarios. Desde Recepción se señala que en caso de ser urgente, se procede a llamar al laboratorio para que se realicen en el momento. Los estudios de control obstétrico de la embarazada se hacen en el tiempo entre consultas para que la mujer cuente con los resultados antes de la siguiente consulta médica.

"P: Cuánto demora el resultado del laboratorio? R: Si es urgente viene en el día, los de rutina de embarazo, tardan 2 días. Los resultados ya los tienen para la próxima consulta que es a la semana.

P: La rutina de embarazo se hace acá mismo? R: Si todo, incluso VDRL, que antes no se hacían, pero ahora sí. (...)

P: ¿Cuánto tarda en hacer la rutina la embarazada después de la primera consulta? R: Si es urgente, ya de la consulta sale directo para el laboratorio y si no pide hora en recepción." (C-1, 11)

En el laboratorio local se realizan todos los estudios que corresponden a la rutina obstétrica. La serología para VIH hasta el momento se enviaba al Centro más cercano; a partir del 4/2009 se realiza en el propio Centro ya que se incorporó tecnología apropiada para su realización.¹⁰ El lugar de extracción es en el mismo laboratorio situado en el predio del Centro Auxiliar. En laboratorio **no** se realiza consejería previa a los estudios de diagnóstico de VIH y Sífilis ni consentimiento informado ni entrega de resultados.

10 La incorporación de las técnicas serológicas suponen un incremento del trabajo de laboratorio pero hasta el momento del relevamiento no se preveía la incorporación de nuevos técnicos para el área. Esta notoria intensificación de trabajo posiblemente suponga una dilación en la capacidad de respuesta del laboratorio y aumento de los tiempos de entrega de resultados de la paraclínica.

“P: Y en cuanto a los test para embarazadas, los vienen a retirar, vuelven a control? R: Vienen, se hacen los análisis y los resultados van directamente a la carpeta del paciente. El tema es cuando da un VIH positivo, eso lo maneja directamente el médico.” (C-1, 09)

“P: Si el resultado del análisis es positivo, quién cita a la persona? R: El resultado se lo da el laboratorio al médico y viene a la historia, la persona en la consulta programada verá al ginecólogo y ahí se entera.” (C-1, 13)

Los resultados de laboratorio se envían a archivo para ingresarse a la historia clínica y no se entregan directamente a la usuaria aunque los solicite. En el caso de los resultados positivos de VIH y Sífilis, se procede a confirmar la muestra y se comunica directamente al médico o partera para convocar a la embarazada. Se realiza una segunda extracción de sangre para estudios específicos.

“P: ¿Cuánto demoran los resultados? R: Una semana, según la demanda que tenga el laboratorio. A no ser que el ginecólogo lo pida antes, entonces el laboratorio lo hace antes. P: ¿Y la ecografía? R: Igual, si el médico lo pide antes, se lo hacen también, el tema que el ecografista está contratado por la Comisión de Apoyo y viene sólo 3 veces al mes. Se hacen unas 30 ecografías al mes.” (C-1,12)

La primera ecografía obstétrica se realiza en el mismo Centro y presenta en general un tiempo de espera de un mes (al momento de trabajo de campo, en marzo/09 se estaba dando fecha para mayo/09). Actualmente se cuenta con tres consultas mensuales para la realización de todas las ecografías incluyendo las obstétricas. Se busca darle prioridad a la embarazada, los/as entrevistados/as consideran que hay mucha demanda de ecografías y poca oferta, con lo cual este punto lo evalúan

como una de las debilidades del sistema de atención a la embarazada.

“P: ¿Las ecografías se hacen acá mismo? R: Si, las ecografías se hacen acá, viene un ecografista.

P: ¿Cada cuanto tiempo viene? R: Tres veces al mes, pero no viene solo para embarazada, viene para todo tipo de ecografías. Pero se trata de darle preferencia a las embarazadas. Principalmente cuando esta cerca la fecha del parto, se las ubica de alguna manera. Sin ecografías no se quedan y sin análisis tampoco.” (C-1, 07)

El laboratorio incorporó recientemente equipos para realizar estudios de tamizaje de estreptococo del grupo B. Hasta el momento no se realizaba este análisis, por lo cual se hacía tratamiento profiláctico a todas las embarazadas en trabajo de parto de pre-término.

El Banco de Sangre realiza el tamizaje en sangre de VIH, VDRL, Hepatitis B y C, y Enfermedad de Chagas. No han registrado ningún caso de VIH ni VDRL en donantes de sangre, lo cual da cuenta tanto de la baja prevalencia local como (fundamentalmente) de la solidez del filtro por interrogatorio realizado al donante.

“P: ¿De qué se encarga el Servicio?

R: El servicio de hemoterapia se encarga de la parte de Banco de Sangre.

P: ¿Ha mejorado en algo la pauta de valoración?

R: Yo confío mucho en el interrogatorio que yo hago, acá es un pueblo chico, sabemos cuando te están mintiendo Entonces por conocimiento ante la duda Lo descarto por otro motivo, le tomo la presión y lo descarto.

P: ¿Entonces cuántos donantes vienen?

R: Unos 4 o 5 por semana.” (C-1, 14)

Educación de la mujer embarazada

En cuanto a la educación de la embarazada, ésta la realizan las parteras en la consulta. En la actualidad no hay talleres grupales para embarazadas, años atrás se implementaron cursos pero la falta de participación supuso su suspensión. No se cuenta con un abordaje interdisciplinario coordinado de la educación a la embarazada que permita integrar la temática social, cultural, psíquica y biológica del embarazo, preparación del parto y post-parto. Incluyendo lactancia, atención del recién nacido, cambios psíquicos y vitales, etc. Actualmente, se organizan anualmente charlas de lactancia materna dirigidas a toda la población del sistema público y privado, las cuales tienen baja convocatoria. No cuentan con folletería específica de embarazo, VIH o Sífilis.

No se entregan preservativos a la embarazada. Los preservativos se entregan en general en policlínica a todo público. En emergencia se cuenta con una caja de preservativos para entregar a quienes los solicitan en la noche, momento en que hay más demanda.

“¿Y en el caso de la Sífilis o ITS en general, se entregan condones a las embarazadas?

R: No, no damos. En la parte de Planificación Familiar, de repente, porque vienen muchas adolescentes, porque vienen a buscar las pastillas o incluso se han colocado DIU y ahí se le incentiva al uso del preservativo, ya con la embarazada no, aunque deberíamos hacerlo. Aunque al conocer su serología y tener pareja estable, nos descansamos un poco.” (C-1, 05)

1.4. Sistemas de información

La partera o el ginecólogo abren el carné obstétrico perinatal. Si es una usuaria nueva se procede en el área de Archivo¹¹ a la creación de la historia clínica mediante la documentación solicitada en recepción, que corresponde a la cédula identidad (número) y ficha de datos completa. Esta información se chequea con los datos de ASSE (computadora en red situada en la dirección del hospital) para confirmar el tipo de usuario que se le asigna determinando pertinencia y costos del servicio. No hay sistemas informáticos ni computadoras en el área de archivo.

Las históricas clínicas no están digitalizadas, son de formato papel y de administración manual. La numeración corresponde a la asignación correlativa y no a la numeración de la cédula de identidad.

La documentación de la embarazada se ingresa en varios registros: historia clínica, carné obstétrico perinatal y tarjeta de control de embarazadas. En la historia clínica se ingresa la paraclínica. Desde ninguno de estos registros se obtiene información para identificar ni convocar casos

11 Información general sobre Archivo: a) La organización del archivo es reciente (dos años) y ha incrementado lentamente los recursos disponibles. Hace dos años sólo tenía una persona voluntaria trabajando en el archivo. Desde hace un año se cuenta con dos personas y se ha logrado la presupuestación de ambos puestos. b) Sólo se cuentan con las historias recientes que ascienden a unas 8.000. Cuando se organizó el archivo se determinó incluir sólo los usuarios activos en los últimos 10 años. c) Las funcionarias asignadas a la tarea de archivo cuentan con formación como Auxiliar de Archivos Médicos. d) El espacio disponible para el área de archivo es muy reducido. e) El mobiliario para la administración de las carpetas (papel) son estanterías comunes, no específicas para el trabajo con historias clínicas. Esto significa dificultades en el manejo del material, organización y orden de las carpetas. Además incrementa los riesgos de deterioro del material.

en los cuales no se estén cumpliendo las pautas previstas de control del embarazo. La recaptación y seguimiento de la embarazada la realizan las parteras a partir de un sistema de información propio, confeccionando en listados manuales.

Los registros estadísticos del Centro se elaboran en forma manual y luego se pasan a la única computadora disponible en dirección con conexión a la red. Se completa la información de metas prestacionales y otros datos solicitados desde las áreas centrales de ASSE. Sólo se reportan los datos pero no hay un uso interno de los mismos. Con el sistema actual de registros no es posible obtener información estadística de la institución: tanto de las consultas sobre el total de usuarios ni en particular sobre la población de embarazadas.

1.5. Atención del recién nacido

En la localidad funciona desde 2008 el Plan Aduana reportando una alta cobertura de seguimiento de recién nacidos del sector público. Son tres pediatras que están trabajando en el Plan, con una buena interconexión entre los mismos para identificar los casos y contactarlos. El equipo está integrado también por un trabajador social y un licenciado en enfermería. Con anterioridad al Plan Aduana ya se estaba trabajando en ese sentido para lograr una buena cobertura de vacunación, pesaba en este caso los minuciosos registros de las vacunadoras. El Plan actual organiza el trabajo en forma más sistemática, con lo cual se ha dado continuidad y fortalecimiento al trabajo de seguimiento del niño aunque esta implementación no evidencie grandes cambios.

“R. Ahora con el Plan Aduana, el que no va, se capta. Se está haciendo bien, somos 3 pediatras que estamos trabajando juntos, a veces en los barrios, a veces en el Hospital y como estamos interconectados si algunos

no viene a la consulta, le preguntamos al otro para ver si fue. En el primer año de vida estamos captando a todos los niños.

P. ¿Así que se hace un buen programa de búsqueda?

R. Sí, hasta el primer año, se hace muy bien. Después a veces se nos empiezan a perder. Ahora bien, con la implementación del carné del niño, la niña y el adolescente, pudimos recaptar a los que se habían ido, porque lo que hicimos fue hablar con las escuelas, los liceos, la gente del barrio.” (C-1, 16)

Hay pocos recién nacidos porque al sistema sólo están integrados los niños nacidos en el hospital público. El resto de los niños nacen en la IAMC, ya sea que son usuarios de la institución o que cuentan de los servicios por Asignaciones Familiares. Cuando el niño tiene 90 días se termina la cobertura de BPS y la madre opta por la cobertura de la IAMC o vuelve a salud pública. La continuidad de la atención de los niños que pasan al sector público y su captación por el Plan Aduana se logra porque los equipos técnicos son los mismos. Los pediatras que ven discontinuadas la atención en el área privada buscan al niño y lo siguen atendiendo en la órbita pública. En el sector público se incrementa el número de niños a partir de los tres meses.

En el momento actual, se están captando a todos los niños del sector público en el primer año de vida. Al momento de egreso del niño se le otorga la cita para la consulta pediátrica a la semana de nacer.¹²

Después del primer año se discontinúa la atención. Actualmente, con la implementación del carné del niño y la niña se han podido recaptar gran parte de los niños sin control pediátrico. En la localidad la mayoría de los niños menores de 5 años están escolarizados, hay un jardín público a partir

12 Cuando nace un niño en el hospital se informa a recepción el nombre y datos para la asignación de la primera cita con el pediatra.

de 3 años y un CAIF (Centros de Asistencia infantil) para menores de tres además de la escuela pública donde la escolarización es universal (para C1). El equipo de Plan Aduana se contactó con las escuelas y los liceos para solicitar la constancia de aptitud física incluida en el Carné del niño y la niña no habilitando otros certificados. Como actualmente las escuelas tienen obligatoria la educación física, los niños tienen que tener obligatoriamente el certificado de aptitud física por lo cual se ha facilitado realizar ese nexo y recaptar los niños.

Aún quedarían excluidos algunos niños no escolarizados de hasta tres años y algunos niños de la población que llega como migrante a la localidad.

En la zona rural adyacente a la localidad desde hace un año y medio, Intendencia Municipal, esta llevando un móvil a las escuela para hacerles el Carné a los niños en forma sistemática. En esta intervención va el pediatra, se hace examen físico, visión, audición, peso, talla, presión arterial y después si es necesario se deriva. Es difícil determinar el éxito de la derivación posterior y la continuidad en la atención. Las acciones de la Intendencia Municipal no están coordinadas con ASSE para su seguimiento.

En la derivación a especialistas como fonoaudiólogos y psicomotricistas es más difícil su concreción ya que no hay técnicos en la localidad, por lo que se requiere el traslado a Montevideo u otra localidad. En el Centro no han tenido casos de Sífilis Congénita. Hubo un caso de VIH positivo de una mujer extranjera embarazada, el cual que se derivó al Pereira Rossell. Recientemente se ha establecido un convenio con el sector privado (IAMC) para la realización de ecografías de cadera de control, ya que antes no se hacían o se trasladaban a Montevideo.

El porcentaje de madres que amaman tan es bajísimo tanto en el sector privado

como público. Se evidencian problemas para sostener la lactancia exclusiva los primeros seis meses. La madre señala que “no me sale”, esto no aparece vinculado a la actividad laboral sino a elementos culturales. Asimismo es habitual que se integre en forma temprana otro tipo de alimentación que no resulta aconsejable (postres, etc.). A nivel del equipo de Plan Aduana no tienen voluntarios ni trabajan con la sociedad civil.

2. Centro 2

2.1. Descripción sistema salud local en Montevideo

Montevideo es la capital del País con 1.325.968 habitantes, según datos del Censo de 2004. En esta ciudad, se concentra un alto porcentaje de los servicios de salud con todos los niveles de atención. Los servicios privados, prepagos o mutuales tienen una descentralización incipiente de sus servicios de atención del primer nivel.

En Montevideo el subsistema público se organiza con los servicios de ASSE, Banco de Previsión Social, servicios de salud de la Intendencia Municipal de Montevideo, servicios de salud universitarios (Hospital Clínicas y otros), Sanidad Policial (Hospital Policial y dependencias) y Sanidad Militar (Hospital de las Fuerzas Armadas y dependencias). La División de Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo cuenta con 19 Policlínicas descentralizadas con especialidades en medicina general, pediatría, ginecología, psicología e inmunizaciones¹³.

¹³ El gobierno municipal de la ciudad de Montevideo se maneja con una división administrativa de la ciudad en 18 zonas que corresponden a Centros Comunales Zonales (CCZ). Existen policlínicas en todos los CCZ. Las policlínicas municipales funcionan en horario de 8:00 a 17:00hs de lunes a viernes.

La red más extensa de atención a nivel local corresponde a la Red de Atención Primaria (RAP), perteneciente a ASSE. Dicha red cuenta con 13 Centros de Salud distribuidos en la ciudad y cada uno de ellos, administra entre 5 y 30 policlínicas de atención barrial. Estos servicios descentralizados tienen diversa dotación de técnicos, a veces un médico de familia con atención semanal y en otros casos cuenta con servicios diarios que incluyen atención de especialistas y realización de exámenes. Esto da como resultado más de cien puntos de contacto con la población.

El Centro se ubica en una zona donde históricamente se ha caracterizado por ser productiva, sin embargo, a lo largo de las sucesivas crisis económicas que ha vivido el país ésta ha dejado de ser un polo de dinamismo económico. En los últimos años la creciente dinámica demográfica de la zona sumando al deterioro económico, han generado un incremento de población en situación de desocupación, pobreza y vulnerabilidad social. Según el Tercer Informe de Coyuntura Social 2007, realizado por el Observatorio de exclusión social de la Intendencia Municipal de Montevideo, los barrios que cubre el Centro de Salud seleccionado superan el 65% de hogares pobres.

El Centro de Salud seleccionado de Montevideo (C2) cuenta con algo menos de 80.000 usuarios¹⁴ registrados (diciembre 2008). El Centro coordina los servicios de 28 efectores descentralizados dependientes (Policlínicas de Primer Nivel de Atención), los mismos cuentan con médicos capacitados para realizar los controles de salud de embarazadas y niños/as sanos/as. Todos los casos de embarazo de riesgo son derivados al Centro estudiado y al

14 Según datos del Departamento de Gestión de la Información de ASSE. Diciembre 2008.

Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Los partos normales y de riesgo son derivados al CHPR, sin embargo, en el primer trimestre de 2009 se registró un promedio de 15 partos atendidos en la emergencia del Centro y derivados posteriormente.

“Tenemos el Centro y 28 policlínicas periféricas. En todas hay médico de área, médicos de familia y en algunas hay además ginecólogo y partera o estudiantes de partera. En todas hay atención a la embarazada, porque más allá que no haya ginecólogo o partera, el médico de área o de familia la controla igual y en todo caso la deriva para el Centro.” (C-2, 02)

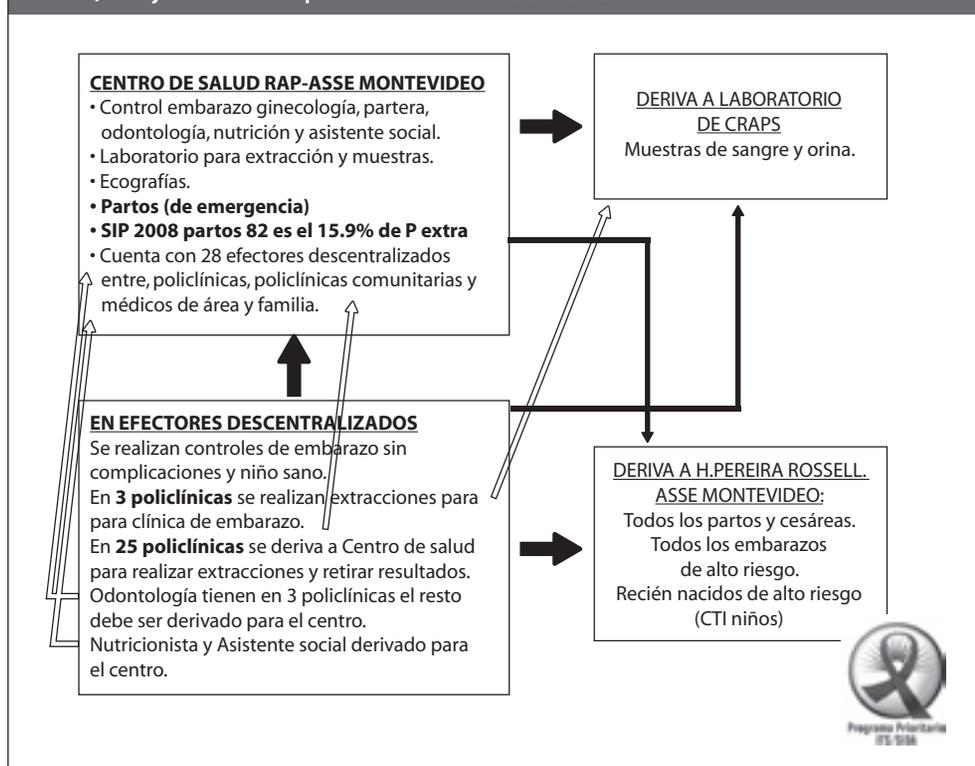
Los 28 efectores radiales que tiene el servicio han incrementado los horarios de atención, algunas especialidades siguen estando centralizadas y sólo dos tienen extracción para la rutina obstétrica. Todas las muestras del Centro de Salud y sus policlínicas dependientes son trasladadas al laboratorio central de la RAP- ASSE.

En cuanto a la atención se estima que sólo el Centro de Salud atiende 10.000 personas por mes, 40% de las cuales corresponden sólo a Puerta de Emergencia. En tanto, algunas de las policlínicas descentralizadas llegan a atender hasta 2.000 consultas mensuales.

“Hay unos 6.000 en policlínicas y 4.000 en emergencia, mensuales. En la parte de niños hay unos 2.000 en consulta por mes, y en emergencia 1.300. En medicina general, aunque hay pocos médicos, hay 1.200 en consulta y 1.400 en puerta.” (C-2, 01)

En Policlínica del Centro se cuenta con los siguientes servicios vinculados al embarazo y primera infancia: ginecología, pediatría, nutrición, odontología, servicio de consejería en ITS y trabajo social. Entre otros servicios dirigidos a la infancia, se en-

GRÁFICO 7. Flujo de atención prenatal en Centro RAP -ASSE



cuentran el Programa Aduana¹⁵ y SERENAR (Seguimiento de Recién Nacidos de Alto Riesgo). En Puerta de Emergencia, existe acondicionamiento mínimo para atención de partos de emergencia y atención del recién nacido. La emergencia cuenta con partera de guardia las 24hs. El servicio de salud mental se centraliza en una de las policlínicas descentralizadas. Las ecografías obstétricas y de cadera de los usuarios del Centro de Salud y sus 28 policlínicas descentralizadas se efectúan en las instalaciones del propio efector. El Centro no cuenta con salas de internación ni salas quirúrgicas. (Gráfico 7)

La instalación del SNIS significó un incremento en las horas de técnicos, paraclínica y disponibilidad de medicación, incluyendo métodos anticonceptivos y profilácticos. Se han instrumentado estrategias para mejorar la accesibilidad a la medicación vinculado al sistema de “Farmacias solidarias”, donde se aprovecha la red de de farmacias privadas para la distribución de medicación de ASSE en zonas próximas a las policlínicas comunitarias y descentralizadas. Desde hace un semestre se instrumenta un flujograma de atención de la embarazada con el objetivo de mejorar los controles prenatales.

¹⁵ Programa de visitas domiciliarias a niños/as que no asisten a los controles pediátricos según pauta.

2.2. Descripción de la situación local de sífilis y VIH

Según datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) en el CHPR se registraron durante 2008 un total de 1.586 nacimientos que corresponden a embarazos controlados en la zona de referencia del Centro de Salud estudiado. El 36% de los embarazos controlados en dicho servicio fueron captados en el primer trimestre. Los casos con serología luética positiva en madre (48) y en cordón (38) representan un 21% y 22% respectivamente del total de los casos positivos registrados en el CHPR para 2008. Del total de nacimientos de 2008 controlados en el Centro de Salud, un 3% tuvieron serología luética positiva en la madre y un 2,4% la tuvieron en sangre de cordón. (Informe SIP, 2008)

Durante 2008, las madres con serología positiva al VIH (14 casos) representan un 0.88% del total de nacimientos correspondientes al Centro y sus efectores dependientes.

En referencia a la población general, el Centro realiza el tamizaje de Sífilis como rutina incluida en carné de salud y el control de salud de medicina general del adulto. Si bien no se cuenta con estadísticas sobre prevalencia de Sífilis del Centro en población general, se observa un incremento en la detección de casos en adultos y adultos mayores.

2.3. Trayectoria de atención prenatal

Primera consulta

En el centro hay dos instancias a partir de la cual se realiza la primera consulta: en emergencia por malestar vinculado a la presunción de embarazo; en el momento del parto sea que éste haya sido controlado o no; o en policlínica ginecológica ante la sospecha o presunción de embarazo.

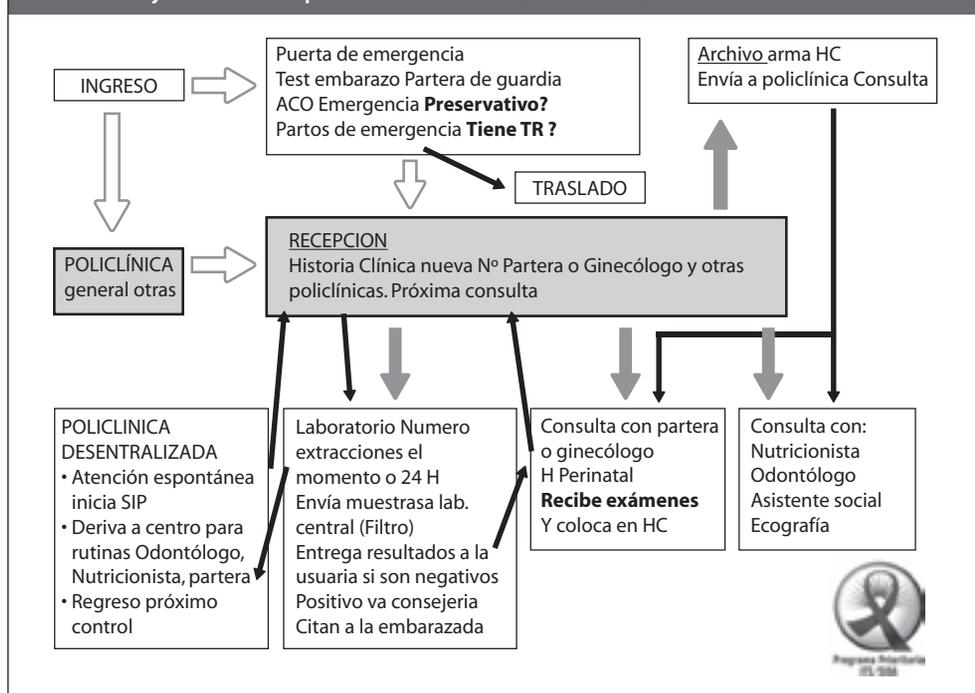
"P: ¿Cuántos partos hay por mes?

R: Unos 15 mas o menos, acá en puerta. En un momento eran muchos, hace unos años era 20, hasta 30 también, cuando se implementó la guardia de parteras acá, llegamos a 30 partos por mes, después fue bajando por esa educación de que consulten precozmente, entonces da tiempo para trasladarlas, para no hacer el parto acá, se hace solo cuando esta en período expulsivo, pero en los últimos eses fue de 12 o 13, hubo dos meses de 15" (C-2, 02)

En caso en que la consulta en emergencia sea directamente en la instancia de parto, sólo se asisten lo que se llaman "Parto en cuidado", son aquellos partos que llegan al centro en trabajo de parto avanzado o período expulsivo, situaciones en las que no es posible el traslado al CHPR y se asiste en emergencia. Si bien el servicio se orienta a que no ocurran partos en esta emergencia, se estima que los mismos rondan entre los 10 y 15 mensuales. En esta situación el servicio convoca a la partera de guardia que realiza el parto, de lo contrario lo atiende la guardia de emergencia. Las condiciones de los partos que se realizan en emergencia son realmente muy precarias. Desde la ausencia del derecho de la mujer a ser acompañada hasta cuestiones elementales como contar con una termo cuna para el recién nacido son algunos de los déficit señalados. Los test rápidos de VIH y VDRL sólo se usan en caso embarazos no controlados que llegan en trabajo de parto. Una vez realizado el parto, se traslada a la madre y el recién nacido al CHPR para continuar su atención posparto. Si fuera un VIH positivo no se hace tratamiento retroviral porque no da el tiempo ya que la mujer está en período expulsivo.

El Centro no tiene móvil de traslado propio sino que lo solicita al servicio de emergencia de RAP/ASSE central. Es habitual que los partos que lleguen al Centro sean

GRÁFICO 8. Flujo de atención prenatal en Centro C2. RAP -ASSE



traslados realizados por la policía como respuesta al llamado de emergencia de la embarazada. El servicio de patrulla policial, según declaraciones de los entrevistados, solo puede trasladar a la embarazada hasta el Centro de Salud estudiado ya que este está comprendido en su jurisdicción y no puede traspasar los límites de la misma para trasladar la mujer hasta el CHPR.

“P: ¿Tienen todo para un parto?”

R: Sí tenemos todo, para el parto tenemos todo, acá hay pediatra para recibir al bebé, pero no hay hematólogo, no hay ginecólogo, si se descompensa o pasa algo, pedimos traslado inmediato. Porque no hay ginecólogo, hay en consulta, pero no vienen, de repente si le pedís como un favor, puede ser que alguno venga, o entre una paciente y otra si le sobra tiempo. Pero no hay un circuito institucional. Los médicos a no ser los pediatras no tienen relación con emergencia.” (C-2, 13)

“P: ¿Cuándo es por parto, entra el compañero?”

R: No, el padre no entra, hay demasiada gente en la vuelta, y es una emergencia, a pesar de que tener todo para hacer partos, no es un lugar para hacer partos” (C-2, 13)

“P: ¿Puerta es la internación que Uds. tienen?”

R: Es donde está en condiciones que si un paciente se desestabiliza, se pueda atender, ahora nos trajeron una termo cuna para recibir a los recién nacidos, y tenemos otra mejor todavía que la tenemos hace más de un año, esperando al ingeniero que venga a decirnos como funciona...” (C-2, 16)

En caso en que el primer contacto en Puerta de Emergencia sea por malestar vinculado a la presunción de embarazo, se convoca a la partera y ésta hace la receta para la confirmación del diagnóstico en el laboratorio con análisis de sangre. En caso

la mujer debe dirigirse a laboratorio para solicitar número, realizarse la extracción, ir a buscar el resultado, solicitar número en registros médicos para la nueva instancia con ginecólogo/a dicha consulta.

P: ¿Es frecuente este tipo de emergencias?

R: Sí, son si, además hay mujeres que ni siquiera saben si están embarazadas o no. Además nosotros en la emergencia ante la captación de un embarazo, siempre lo pasamos a partera, entonces ella le habla y trata de que siga con los controles. Y es muy importante con las adolescentes, para que sigan viniendo. Pasa también en mujeres con más hijos que piensan que necesitan controlarse, porque como ya tienen experiencia, no se controlan

P: ¿Y en policlínica cómo es la atención?

R: En general nosotros tratamos de hablar mucho con las mujeres, los 15 minutos de la consulta no alcanzan, estamos más tiempo, por eso los horarios de policlínica van de 8 a 21 hs. y además atendemos casos sin número también

P: ¿En qué casos pasa eso?

R: Mujeres que vienen sin control, o también puede pasar que vengan con problemas ginecológicos, que nosotros las vemos y las derivamos a ginecólogo

P: ¿Pero tienen prioridades en cuanto a quienes atender?

R: Nosotros atendemos a las embarazadas, si viene alguna con problema ginecológico y no tenemos tiempo, la derivamos al Pereira. Aunque también te digo que no todos los días, pero los viernes el equipo funciona bastante bien, enfermería, ginecología y parteras, los otros días ya no es tan así, depende mucho de las personas. Hace unos 3 meses desde dirección priorizó la atención a la embarazada, por todo este tema de la Sífilis, y aprovechando que hay parteras, se trata de que sea la partera la que capte a la embarazada y coordinar con prioridad las otras consultas con nutricionista, odontólogo y asistente social y laboratorio.

P: Y ¿ginecólogo también hay siempre?

R: No los ginecólogos sólo atienden en con-

sulta, no hay en policlínica, ni de guardia. También hay uno los sábados haciendo ecografías." (C-2, 14)

La tercera modalidad de consulta, la más habitual, es en **Policlínica ginecológica**. Para dichos casos desde la dirección se ha definido un flujograma de atención prenatal que contempla la trayectoria de atención del embarazo normal. Sin embargo, los/as entrevistados/as han observado diferentes nudos donde se desarticula este recorrido, determinando la pérdida de captación de la embarazada o la omisión de alguno de sus controles de rutina básica. El grado de conocimiento y cumplimiento de dichos procedimientos es muy desigual entre quienes han sido entrevistados. Esto se materializa en algunos casos en un desconocimiento absoluto de tales lineamientos y en otros en esfuerzos de nodados para cumplirlos pero con escaso éxito en las gestiones.

P: ¿Cuál es el primer lugar al que va la embarazada cuando llega al Centro?

R: Puedes entrar por Registro y te dan día y hora para ginecología en el momento, o vas directamente a ginecología, porque te encontramos las que estamos trabajando por los pasillos y tratamos que un ginecólogo la atienda en el día.

P: ¿Y la atienden?

R: Sí, porque en general los médicos son muy abiertos para recibir aunque no tengan número, porque nosotros pasamos lista y generamos supernumerarios, y después vamos al registro y le avisamos los supernumerarios. Quiere decir que cualquier persona que venga a medicina general, tienen número, en el momento. Hay mucha gente que no viene a consulta y si eso se hiciera en ginecología, te quedan números libres y en la pantalla va a aparecer que hay un montón de gente que no viene. Claro eso te da mucho trabajo. Por que después vas al pasillo y preguntas quién se quiere

atender, porque hay números, hay mucho faltante de gente en las consultas, pero con este sistema lo que nos damos cuenta que el hecho de pasar lista, está haciendo que la gente falte menos. Esto también genera problemas con el archivo, porque los supernumerarios no tienen las historias (...) porque tú tienes (se refiere a los médicos) que ver 25 pacientes, no 5. Él tiene que atender una cantidad, antes atendía 5 y se iban, ahora no, tienen que atender lo que corresponde.” (C-2, 10)

“P: ¿Cómo se organiza la consulta de la embarazada entre los distintos especialistas?

R: Nosotros planificamos con un flujograma, empieza con registros médicos que es donde la embarazada ingresa por primera vez, y ahí tratamos que cuando llegue que se atienda el mismo día que viene, y lo mismo con las parteras, porque como hay guardia siempre, que no se vayan sin ser atendidas la primera vez que viene al Centro. Lo mismo con los técnicos, que cuando venga por lo menos le den orden para los exámenes y que sean revisadas por enfermería si ellos no tienen lugar. También hay un carné donde tiene anotado todas las consultas que debe hacer, entonces si va a odontólogo y no vio al asistente social todavía, que la derive directamente, tratamos de sensibilizar a los técnicos para incentivar las consultas.

P: ¿Desde cuándo se está implementando esto?

R: Desde hace 5 meses más o menos.

P: ¿Y funciona bien?

R: Y hay de todo, depende... (C-2, 02)

En el Centro de Salud tienen policlínica de ginecología todos los días en doble horario y parteras de guardia las 24 horas, ellas además hacen policlínica. Los técnicos involucrados directamente en la Atención prenatal son: ginecólogo, partera, médico general, médico de familia, odontólogo, nutricionista y asistente social.

En las policlínicas descentralizadas la atención prenatal sin complicaciones es realizada por médicos de área y familia. En

algunas policlínicas los controles de embarazo los realiza un médico de área y/o familia, quienes están habilitados y capacitados para ello.

“P: ¿Cómo es la atención en las periféricas?

R: Lo que tenemos son médicos de familia y médicos de área, ginecólogos hay en pocas. Los médicos hacen los controles y piden los exámenes y vienen al Centro a hacerse las extracciones, menos en y otras 2 o 3 que no recuerdo el nombre, que también se hacen extracciones.

P: ¿Nutricionista y odontólogo hay en estas policlínicas?

R: En algunas hay también, no en todas” (C-2, 02)

Pasos para los controles prenatales en policlínica

En primer lugar la mujer se dirige a registros médicos para solicitar número para consulta ginecológica, este es un lugar centralizado (sólo se excluye laboratorio y emergencia) para todos los servicios del Centro. A pesar del gran número de solicitudes de horas técnicas por día, en registros médicos no hay un sistema de preferencia de la embarazada justificado en las dificultades para negociar estos beneficios con el público general. Allí se solicita como documentación a la embarazada el carné de asistencia y la ficha de control de embarazo en las consultas sucesivas. No se solicitan vacunas ni otros documentos. Si la embarazada no está registrada como usuaria de ASSE se requiere la cédula de identidad, completar una ficha de ingreso y luego esta documentación pasa a Archivo para la creación de la historia clínica.

“P: ¿Cuál es tu tarea cuando llega una embarazada?

R: Yo le pido la cédula, es el único requisito, porque es fundamental que no figure en pantalla como que tiene mutualista, si tie-

ne mutualista le decimos que se tiene que atender allá

P: ¿Y si no figura en la pantalla es porque se atiende en ASSE?

R: Si puede ser un paciente que nunca se atendió, no está ingresado y ahí le saco todos los datos

P: ¿Y si no tiene el carné?

R: La mando para el otro corredor, a la oficina del carné de asistencia, pero yo no porque es como si le estuviera negando la atención. Yo me fijo solamente en la cédula.

P: ¿Y cómo hace?

R: Si está, me trae la baja de la mutualista, y yo le doy autorizado, para poderle dar, porque si no la farmacia tampoco le entrega medicación, es todo una cadena, Si es la primera vez, se ingresan todos los datos, nombre, dirección, teléfono por si hay que avisar algo...

P: ¿Y ya le das hora?

R: Sí" (C-2, 07)

El sistema de asignación de horas de consulta esta digitalizado. El personal de recepción no cuenta con información sobre pacientes VIH o Sífilis, pero se señala la confidencialidad de dicha información. Desde recepción no se realiza seguimiento de pacientes ni controles de cumplimiento de asistencia ni de los recién nacidos. Los números para partera no tienen retraso en su asignación. En policlínica se reciben todas las embarazadas que se presentan a control. Para ginecólogo, en el momento del relevamiento, la espera era de entre cuatro y ocho semanas, según el técnico seleccionado.

"P: ¿Cuándo es una embarazada, ¿qué demora hay para la consulta?

R: Primero se le ofrece para partera, que es más rápido, porque para ginecología tiene demora de 2 meses por lo menos.

P: ¿Y aceptan atenderse con partera?

R: Y no mucho, pero como la demora del ginecólogo es tanto, a veces aceptan igual"

(...)

P: ¿Y por qué la demora de ginecólogo?

R: Lo que pasa es que en la consulta el ginecólogo tiene números ya reservados para los controles de embarazo, entonces para primera consulta es más difícil conseguir.

P: ¿Ella puede pedir para un ginecólogo en especial o tiene que ir al que le asignen Uds.?

R: No, ellas pueden pedir uno en especial, y eso se les respeta, pero puede tener una demora mayor, eso lo decide la embarazada, si no le importa esperar, eso se respeta, sí" (C-2, 07)

En este aspecto la encrucijada se encuentra entre *el respeto del derecho de la usuaria* a decidir con quién quiere atenderse y la oportunidad única de realizar la paraclínica de rutina del embarazo tempranamente. Hasta el momento de las entrevistas la opción de las embarazadas de elegir consulta con parteras en plazos menores, aún no había tenido impacto en las consultas de ginecología. En algunas policlínicas descentralizadas dependientes del Centro, la captación de las mujeres que asisten al servicio por sospecha de embarazo no presenta dificultades ni esperas. Todos los servicios se manejan con consulta espontánea.

Consultas siguientes

P: "¿Y para volver a tener consulta, hay demora?

R: No, acá se atiende todos los días, no hay lista de espera. Médico general hay todos los días, de mañana y de tarde. No hay consultas programadas, vienen y se atienden en el día, lo mismo pasa con la ginecóloga y con todos los médicos (...)

P: ¿Por qué considera que no hay problemas de acceso?

R: Si llega una embarazada, la atiende la ginecóloga y si no estuviera la atendemos nosotros mismos (médicos generales), si llegara a ser una urgencia y vemos que nos sobrepasa, llamamos al 105 y viene la am-

bulancia enseguida, en ese sentido no hay problema con los traslados y las llevan al Hospital Maciel o al Hospital Pasteur.” (C-2, 21 policlínica)

Una vez confirmado el embarazo y efectivizada la consulta en policlínica, la partera o ginecóloga/o tratante realiza el carné obstétrico (SIP). Para las consultas sucesivas, existe un número determinado de horas de ginecología asignadas al control de embarazo, por lo cual de algún modo esto funciona como un sistema preferencial para dar continuidad a la atención prenatal. Además del carné obstétrico se entrega una tarjeta con las citas con otros especialistas, de la cual se guarda una copia en ginecología para llevar el control de la asistencia de la mujer embarazada.

P: ¿Cuándo haces el contacto con la embarazada, cuándo te llegan a ti?

R: Desde hace un par de meses, estamos en un programa de atención integral a la embarazada, que tiene que hacer un determinado recorrido, pasa por partera o ginecólogo, después nutricionista y asistente social, tienen anotado en un papelito junto al carné de controles, tienen puesto día y hora, entonces ahí se le pone día y hora de las consultas, es un papelito aparte que va con el carné de control.” (C-2, 06)

Además de las barreras de acceso vinculadas a la insuficiencia de técnicos para la gran demanda que presenta el centro, también surgen dificultades asociadas al perfil de la población que reside en la zona de influencia del mismo. Los altos guarismos de pobreza, señalados en el inicio del documento, se traducen en alta vulnerabilidad social y sanitaria de la población. La percepción que tienen varios de los entrevistados es que la mujer embarazada primigesta se controla en el primer trimestre, no así en la multigestas que en general son captadas de forma tardía.

P: ¿Cuáles pueden ser las trabas para la atención?

R: Uno es el problema económico, el tema de la plata para el ómnibus, el hecho de haber tenido más hijos, entonces yo ya sé, el que no tengo con quien dejar a los chiquilines, lo de siempre. Otro también importante es que cuando vienen a pedir hora le dan para muy adelante, se debería buscar una manera de que fueran atendidas más rápido. Porque también hay casos que deberían venir a la emergencia y sin embargo tienen miedo porque se ve que antes la derivación al Pereira se hacía en forma inmediata y ellas eso no lo quieren hacer

P: ¿Por qué tienen miedo?

R: Y puede ser porque en el Pereira las dejan internadas y no tienen con quien dejar a los otros hijos, además de la distancia.

P: ¿Y si para esto la trasladan desde acá mismo?

R: Si es una emergencia sí, si no tiene que ir ella por sus medios.” (C-2, 06)

Desde registros médicos también se entregan números para las consultas especializadas de nutricionista, odontólogo y trabajo social. Las consultas en odontología no presentan dificultades ni esperas. La consulta con nutricionista tiene demora en particular para la primera consulta, igualmente en casos de extrema necesidad la enfermera de ginecología realiza el enlace para que la embarazada sea atendida en el momento. No hay psicólogos en el Centro, hay un equipo de salud mental referente en un servicio próximo al mismo.

P: ¿Y hora para odontología?

R: Hay solo una doctora, que hace arreglos si la embarazada necesita, a veces va a consulta programada o a trabajar con parte diario, entonces va el compañero y saca la fecha en general para todos los médicos. (...)

P: ¿Demora para nutricionista?

R: No, en general hay fecha. Cuando es paciente por primera vez, tenemos que guar-

dar los números, después cuando es paciente, ya no, se le da, pero hay. (C-2, 07)

P: ¿En cuanto a las rutinas de consulta, a las embarazadas, se hacen acá?

R: El odontólogo si, viene acá, eso queda en la ficha y después la ginecóloga ve si fue o no al odontólogo. Ahora nutricionista y asistente social, tiene que ir al Centro, y eso ya no es tan sencillo, porque ya tienen que coordinar consulta. (C-2, 21)

“... Con el nutricionista, lo mandamos directamente con un referente, ya lo enviamos a la consulta nosotros. Con asistente social ya es más complicado, no tienen consulta enseguida.” (C-2, 20)

Las dificultades en estas especialidades se presentan cuando las usuarias provienen de las policlínicas descentralizadas del Centro de Salud. Allí deben venir a la recepción del centro desde zonas alejadas y luego volver para ser atendidas días más tarde. En estos casos las dificultades de acceso se profundizan.

Los tiempos de espera son muy importantes en el área de trabajo social a donde son derivadas las embarazadas con situaciones de mayor riesgo¹⁶. En este servicio se tramitan las prestaciones sociales vinculadas a desnutrición y se organiza la primera intervención para la detección de violencia doméstica y su derivación, entre otras acciones. Este profesional concentra la demanda y asesoramiento para realizar trámites vinculados a prestaciones sociales de otras instituciones. Durante el relevamiento, el Centro sólo contaba con una Licenciada en Trabajo Social destinada a todos/as los usuarios/as incluidas embar-

16 Se observa una insuficiencia de recursos muy importante, ya que de los 4 funcionarios asignados a la tarea, uno estaba de licencia al momento de las entrevistas y dos no asisten por uso de fueros sindicales. La particularidad del centro es que un número importante de la población de embarazadas requiere derivación a Asistente Social.

zadas. Esto supone la dedicación por completo de dicha profesional a la atención individual, “de casos”, no disponiendo de tiempo para efectivizar otros trabajos vinculados al posicionamiento interinstitucional del Centro con las redes sociales de la zona. Dado el dinamismo que ésta actividad tiene en el área de encalve del Centro, gran parte de estas tareas son asumidas por personal adjunto a dirección con otras especializaciones técnicas.

“P: ¿Y vienen todas las embarazadas?

R: Y deberían venir, pero en general las que más vienen, son las de nivel educativo más alto o de lugares menos carenciados, al menos veo eso. Antes nosotros veíamos por situaciones sociales específicamente.” (C-2, 06)

Si bien la dificultad de llegar al servicio por parte de la población con mayor vulnerabilidad fue claramente expresada con respecto a Trabajo Social, se observó que las facilidades de acceso observadas por otros técnicos son exclusivamente para las personas que ya llegan al Centro de Salud. En los programas de seguimiento de embarazadas y niños pequeños se manifestaron algunas dificultades para realizar todas las visitas que se deberían hacer y muchas veces realizar llamadas telefónicas es insuficiente.

Tamizaje paraclínico

El laboratorio del Centro sólo realiza las extracciones de sangre y recepción de muestras para luego trasladarlas al laboratorio de referencia de ASSE. Aquí da número para las extracciones y también se retiran los resultados de los exámenes.

“P: ¿Horario de atención?

R: Desde las 7 hasta las 10 o 10 y cuarto. A las embarazadas, cuando viene a consulta con el ginecólogo, y viene antes de las 10 se

le hace la extracción y si viene después de las 10, le damos para el otro día. Ella tiene prioridad...

P: ¿Y la demora para exámenes comunes?

R: Estamos dando para 15 días más o menos. Y eso que se atienden 80 números por día.
" (C-2, 05)

En referencia al tamizaje de VIH y VDRL no se realiza consejería ni consentimiento informado y tampoco se entrega folletería. Los resultados los retira la propia usuaria en el laboratorio y lo lleva a la consulta con el ginecólogo o partera. En la entrega de resultados negativos no se realiza consejería. No se ha logrado sincronizar los tiempos de laboratorio con la asignación de fechas para control obstétrico desde registros médicos. Si la paciente no concurre al laboratorio la información queda archivada no va a la historia clínica.

En el caso de los resultados positivos VIH, VDRL u otros el laboratorio recibe las muestras y las envía al equipo de consejería en ITS. El Centro cuenta con un equipo referencia para consejería en ITS. Desde la Policlínica de consejería se cita a la mujer embarazada por teléfono. Cuando se indagó acerca de la efectiva implementación de esta estrategia, se observó que esta funcionando el grupo de consejería con las condiciones de confidencialidad especificadas y que es efectiva la articulación con la enfermera designada para realizar el tratamiento a domicilio.

"P: ¿El laboratorio también entrega a los pacientes los resultados positivos?

R: No, los resultados nos lo mandan a nosotros y ahí convocamos a la persona, y le preguntamos si quiere que el resultado se lo entreguemos nosotros o quiere mejor un médico y si es así llamamos algún médico y no hay problema" (C-2, 12)

En el caso de VDRL se convoca a la embarazada, si no asiste, se coordina con una

auxiliar de enfermería autorizada por la dirección del Centro para asistir al domicilio de la mujer con la primer dosis de anti-biótico, previo consentimiento de la mujer, administrarlo allí mismo. Se busca identificar y tratar a la pareja. En referencia a la disponibilidad de Bencetazil en farmacia y en emergencia el estudio da cuenta de la facilidad de acceso para los técnicos en cualquier momento (las 24 hs.).

La mujer embarazada con serología positiva al VIH es derivada para el tratamiento y seguimiento a la policlínica VIH en el CHPR. En estos casos la fragmentación de la atención se hace evidente, dado que el tratamiento pasa a realizarse en el CHPR y el contacto con el médico tratante del centro se pierde.

"P: ¿Cómo es la orientación con respecto al VIH?

R: Se hace lo que está en las pautas. Nosotros acá lo mandamos a una policlínica especial, donde hay una doctora que se encarga de estos casos y no los vemos más.
(...)

"P: ¿Cómo es el tema de los casos positivos?

R: El laboratorio del Filtro que son los que procesan todo los que son las extracciones, los VDRL de todos los centros de la RAP, informa los positivos directamente a la RAP, y de ahí se llama al Centro y pasa los nombres y las cédulas de la personas, eso se pasa a los referentes que son los de consejería, aunque de aquí en más va a ser uno sólo porque la otra funcionaria está con un problema de horario, entonces recibe decepciona todos los datos y empieza con todo lo que es la citación, el seguimiento, ver quien lo está tratando y ver si se está haciendo el tratamiento. En este momento están todos en tratamiento. Nosotros tratamos de instrumentar el recurso humano, personal de enfermería, con una discusión de consideración en el equipo de entre lo ético, lo lógico es que fuera la enfermera a domicilio a suministrar lo que es el tratamiento, se

consideraron todos los temas, los éticos, las implicancias de responsabilidad médica, de como que vamos a dar inyectable y toda la repercusión que podía tener, primero se le inyectaba y después con el nombre se confeccionaba la receta para vía farmacia darle de baja a esa medicación que salió, entonces se tuvo que instrumentar todo un circuito interno que tenía la enfermera de control de esa medicación, pero también la posibilidad de decir que va a hacer un inyectable sin una indicación, precisa de inyectar a fulanita de tal, entonces con el respaldo de lo que es el equipo de gestión, es mejor que se realice el inyectable a esa embarazada" (C-2, 02)

Surgen del diálogo algunas diferencias vinculadas al procedimiento de cómo se informa al equipo de consejería los casos positivos. Los resultados llegan en sobre cerrado al laboratorio y desde allí se los hacen llegar de forma inmediata. Las condiciones de confidencialidad son manejadas de forma unánime en todos los servicios del centro. Las estadísticas de ITS y VIH las lleva el grupo de consejería, ellos mismos la informan directamente a la dirección del centro.

"P: ¿Has visto alguna evolución con respecto a la segunda consulta?

R: Claro, porque ya vienen de otra manera, vienen más distendidas, y te cuentan, ya comencé el tratamiento, está bueno, buenísimo el médico que Uds. nos mandaron, entonces a uno lo deja contento eso, por lo menos está siguiendo lo que está haciendo, ahora estamos viendo el tema del espacio físico, porque nosotros hacemos consulta en cualquier consultorio libre, pero hemos consejería en el patio, pero no es lo adecuado, a nosotros nos gusta preservar la identidad, porque esas cosas son importantes," (C-2, 12)

Hay disponibilidad y conocimiento en emergencia de los procedimientos para

realizar los test rápidos de VIH y VDRL. En general éstos se reservan para los partos.

P: ¿Hacen test rápido de VIH y Sífilis?

R: Sí, tenemos

P: ¿Otra paraclínica que tengan que hacer en el momento, tienen para hacer?

R: La sangre del cordón del bebé, que no se procesa acá.

P: ¿Y una vez que tenga el niño que pasa?

R: Va al Pereira o al BPS en ambulancia, y ahí si van todos, así haya salido todo bien, se trasladan igual. (C-2, 13)

También hay disponibilidad de test rápidos de embarazo, en esos casos desde la propia enfermería del las Policlinicas o desde emergencia se retiran de farmacia y se realiza el test a la mujer en el momento.

Educación de la mujer embarazada

Los talleres para embarazadas se dejaron de hacer sistemáticamente por falta de espacio. Actualmente, se hacen algunos de forma esporádica y se espera la finalización de una ampliación del Centro para retomar la actividad en forma sistemática. Hasta ahora se realizan charlas individuales que intentan suplir la información que se da habitualmente en los talleres. En el Centro cuentan con colchonetas y materiales para los talleres, sin embargo lo tienen guardado sin uso.

P: ¿Talleres para embarazadas hay?

R: Hay si, los hace ASSE, el problema es que no hay espacio, no hay lugar, tenemos por ejemplo colchonetas para enseñarles ejercicios y respiración pero no hay lugar.

P: ¿Y las embarazadas responden?

R: Sí, hay muchas que se interesan, el problema es que el lugar que tenemos es muy cerrado, sin ventilación, es insalubre. (C-2, 04)

El Centro no cuenta con folletería específica para mujeres embarazadas con VIH+

SIDA o Sífilis. En general indican que hay muy poco de folletería para prevención del VIH. El material educativo impreso para distribuir es prácticamente inexistente en todas las áreas y temáticas.

En el Centro no se dispone de preservativos en los consultorios ginecológicos, exceptuando en la consulta específica para adolescentes, éstos se entregan en general en policlínica a todo público. En emergencia se cuenta con una caja de preservativos para entregar a quienes los solicitan en la noche, momento en que hay más demanda. El mecanismo más habitual para la entrega de preservativos es la realización por parte del médico o partera de recetas para crónicos que son válidas por tres meses y permiten retirar cada vez 12 preservativos sin tener que volver a consulta. Ello significa que la persona deba solicitar número para consulta médica, asistir a la consulta y solicitar la receta, para posteriormente retirar en farmacia los preservativos, proceso que implica varias idas y venidas al Centro de Salud.

2.4. Sistemas de información

La gestión de la información en el Centro ha sido relevada en dos aspectos. En primer lugar, en referencia a los procedimientos y sistemas de registro utilizados para la atención de los/as usuarios/as y por consiguiente para la construcción y seguimiento de la historia clínica individual. En segundo lugar, en la construcción de estadísticas vinculadas a las prestaciones y al perfil de la población usuaria.

Actualmente, el área de archivo se encuentra en proceso de organización con apoyo de pasantes estudiantes de técnicos en archivo médico. No tienen contabilizadas las historias clínicas existentes y no tienen registro de las historias clínicas activas. La demanda continua de historias no ha permitido realizar una limpieza del archivo

desde hace por lo menos cuatro años. Aún tienen dificultades para entregar antes de las consultas programadas las historias correspondientes a los pacientes que van a ser atendidos. De los funcionarios asignados a la tarea de archivo dos cuentan con formación como auxiliar de archivos médicos y otros dos son auxiliares de servicio.

El mobiliario para la administración de las historias clínicas son estanterías comunes, no específicas para el trabajo con historias clínicas. Esto significa dificultades en el manejo del material, organización y orden de las carpetas. Además incrementa los riesgos de deterioro. Las historias clínicas son de formato papel (carpetas) y de administración manual.

El SIP lo mantienen archivado en la enfermería de la policlínica ginecológica. La documentación de la embarazada se va ingresando en su historia clínica. Si es una usuaria nueva se procede a la creación de la historia clínica mediante la documentación solicitada en recepción que corresponde a la cédula identidad (número) y ficha de datos completa. Esta información se chequea con los datos de ASSE para confirmar el tipo de usuario que se le asigna determinando pertinencia y costos del servicio. Como no hay forma de obtener registros de la historia clínica de la embarazada, desde archivo no es posible convocarla si el tiempo interconsulta se extiende más de lo esperado, si se han perdido horas de consulta o si están disponibles resultados de paraclínica realizados. Esta tarea se realiza desde enfermería. La información sobre resultados de laboratorio se le entrega a la embarazada y ésta la lleva a la consulta para desde allí ser ingresada a la historia clínica.

Por otra parte, en el área estadística se contabilizan unas 10.000 consultas por mes en el Centro y los efectores dependientes. La construcción de estadísticas se vincula al cumplimiento de las prestacio-

nes y a la identificación del perfil de la población usuaria. La elaboración y difusión de los datos estadísticos está fragmentada. Las estadísticas generales provenientes de los partes diarios es procesada manualmente por el servicio de estadística, de allí se eleva a la dirección del Centro y luego se envía a la RAP central. El procesamiento de información es construido básicamente para entregarlo a la RAP central y para la rendición de las metas prestacionales exigidas por la Junta Nacional de Salud. No es posible obtener información estadística sobre las consultas de la población de embarazadas. La información es usada en escasas circunstancias por la dirección como insumo para la toma de decisiones.

El procesamiento manual de la información tiene algunos riesgos asociados a la interpretación caligráfica y además como algunos profesionales entienden que el registro administrativo de su intervención no es parte de su función la información que se registra es poco clara. En términos de calidad de la información quedan algunas preguntas abiertas a partir de las entrevistas sobre los controles de calidad de las cifras con las que se maneja la institución para la macro planificación de acciones a nivel central.

“P: ¿Hay médicos que no anotan?”

R: Si, hay algunos que no anotan, pero nosotros no estamos para ir a las policlínicas, y decirles lo que tienen que poner, ellos ya están enseñados, ellos hacen lo suyo, y a veces hay información que nosotros no tenemos y después nosotros lo codificamos, pasamos todo codificado, codificamos las enfermedades, tenemos un manual de códigos y de ahí más o menos lo sacamos, porque no sabemos lo que quiso decir el médico.” (C-2, 08)

En segundo término, no se visualiza la información proveniente de las acciones del Centro como insumo para los servicios locales y las policlínicas descentralizadas en

su actividad cotidiana. Si bien en alguna entrevista se plantea que esa devolución se debe realizar, no se pudo confirmar que efectivamente exista dicha instancia.

La información relativa a los casos positivos de VIH y VDRL la procesa el equipo de consejería del Centro. El resto de los partes de laboratorio los lleva estadística como cualquier parte de técnicos del centro.

2.5. Atención del recién nacido

El seguimiento del recién nacido reporta una alta cobertura hasta los 6 meses. Luego de esta edad hasta los 2 años presenta dificultades. En el proceso de los seguimientos se observan dificultades para localizar a la puerpera y el recién nacido, ya que esta población, tiene mucha movilidad de domicilio o reside en zonas de muy difícil acceso, sea por la irregularidad de las construcciones o por la propia precariedad en que viven. Los agentes comunitarios cercanos a las policlínicas descentralizadas cumplen un rol muy importante en este sentido. La capacitación de los agentes comunitarios la hace la Intendencia anualmente. Se realiza un importante intercambio con la red comunitaria como estrategia para captar a las embarazadas sin control y a los niños menores de 2 años de vida que no asisten a controles de salud periódico.

“Nosotros ahora estamos intentando que con la Red de Primera Infancia, los CAIF comuniquen las embarazadas que están sin control o los niños menores de 2 años que están sin control. Eso lo estamos logrando, porque en el 2006 se hizo una reunión, interinstitucional, se identificaron los problemas, se trató de trabajar en primera infancia, y es lo que estamos tratando a través de los CAIF, además la cantidad de niños que quedaron fuera de los CAIF porque son insuficientes, para alojar toda la población infantil que hay en la zona.” (C-2, 02)

Para realizar las visitas domiciliarias cuentan con 2 vehículos de apoyo por 4 horas de lunes a viernes, uno es de uso exclusivo para Plan Aduana, el otro lleva los pedidos a las 28 policlínicas y tiene que hacer las citaciones de los VDRL positivos.

La coordinación de agenda para ecografía de cadera tiene muchas dificultades porque se realiza solo una vez a la semana y en se registra una importante demanda insatisfecha.

P: ¿Con respecto a la ecografía de cadera en los recién nacidos?

R: Si ahí, las ecografías de cadera, se dan una vez en el mes y es difícil coordinar porque las madres no pueden venir ese día que le tocaba, entonces se le van 2 meses como nada y se lo tiene que hacer de los 2 a los 5 meses, y si pasa ese lapso y el médico tiene dudas, le va a tener que mandar una radiografía, y lo estas irradiando pudiendo haberle hecho una ecografía. Hace como 2 años tuvimos unas instancias de coordinación con el grupo de gestión, veíamos de solucionar problemas que se iban planteando en la atención a las usuarias y algo se intentó mejorar.(C-2, 11)

En el caso de la ecografía de cadera se evidencia la dificultad que tienen los distintos servicios para reunirse y reorganizar las rutinas de acuerdo a las nuevas demandas.

En los casos de niños/as con VDRL positivo, luego que la mujer es derivada al CHPR, el contacto con el centro lo retoma a raíz de los controles pediátricos. Desde Programa Aduana se espera la llegada del niño, ya que el sistema informático en red marca la fecha para su primer control entre 7 y 10 días luego del nacimiento. Esta información, no siempre llega al servicio de pediatría. En general funciona intercambiando información a través de los partes diarios pero no coordinación entre los equipos.

En el área pediátrica los procedimientos son los siguientes:

“Llega el niño, le hacemos el control de enfermería y después pasa al médico, nosotros le pasamos los datos al Plan Aduana, pero no somos nosotros, el Plan Aduana son otras compañeras” (C-2, 11).

En el área pediátrica se atienden aproximadamente 20 niños por día. En Programa Aduana tiene en promedio 5 ingresos de recién nacidos por día. A partir de allí se revisa la asistencia a los controles.

R: “...Después sí, se comienza con los controles y se le da fecha para cada vez. El segundo control es a los 18 días.

P: ¿Y si no viene?

R: O se le llama por teléfono o se hace visita domiciliaria.

P: ¿Y de qué depende que llames o vayas directamente?

R: Si es una madre que siempre ha venido durante 6 meses, y falta a un control, se le llama porque le pudo haber pasado cualquier cosa, estar enferma, el niño puede estar internado, tener otro hijo enfermo, en fin, pero si se trata de una madre que no tenemos conocimiento, o se le da otra fecha para control y tampoco viene, entonces ahí la visitamos a domicilio” (C-2, 19)

En caso de que el niño no asista a los controles de rutina del Centro o de alguno de los 28 efectores dependientes, la información es recibida por el equipo de Programa Aduana y éstos realizan las visitas domiciliarias. En estos casos está estipulado un sistema de visitas domiciliarias, donde los casos de Sífilis y VIH son catalogados como de riesgo y por lo tanto priorizados. Sin embargo, este servicio no escapa a la realidad de saturación de la atención del Centro, por lo que “el riesgo” es relativo.

“P: ¿Cuántos niños atienden por mes?

R: No, ese dato no es fijo, sino según los que nos derive el Pereira por mes, tanto para el Centro, como para sus policlínicas dependientes, que son unas 30.

P: ¿En un año entonces, calculame por mes cuántos serían?

R: Deben ser unos 100 niños por mes. El mes pasado fueron 122

(...)

P: ¿Cuántos casos con VDRL en seguimiento tienen en este momento?

R: Tenemos 4 casos de Ministerio (ASSE) y 1 en La Teja pero es de la policlínica municipal.

(...)

P: ¿Cuántos VDRL positivos puede haber en un año?

R: Y de los 100 ingresos mensuales, nunca más de 10 y exagerando la cifra. No son tantos. Además no es una situación de riesgo para nosotros

P: ¿Y cuál podría ser?

R: Niños prematuros, niños con amputaciones, con síndrome de Down.” (C-2, 19)

Toda la información de asistencias a control y los principales indicadores es ingresada a un programa informático del Plan Aduana. Allí, a medida que se ingresan los controles a los que asisten los niños se va marcando automáticamente la fecha indicada para la próxima consulta de acuerdo a las pautas del Programa Nacional de la Niñez. Si en la fecha estipulada no se volvió a llenar el control realizado, el sistema indica con un color diferencial la ausencia de asistencia a control del niño o niña.

3. Centro 3

3.1. Descripción sistema salud local en Rivera

El departamento donde se encuentra el C3, cuenta con 104.921 habitantes según datos del Censo 2004. Se trata de un territorio de frontera seca, con lo cual se registra un importante desplazamiento de población entre países. Esto afecta la accesibilidad de las prestaciones de salud en referencia a la

obtención de la documentación nacional y al traslado de usuarios entre países.

Los servicios de salud a nivel departamental se organizan dentro del subsistema privado en dos IAMC que cuentan con policlínicas descentralizadas en algunas localidades mayores. El subsistema público perteneciente a ASSE se organiza en dos unidades ejecutoras el Hospital Departamental en la capital y un Centro Auxiliar en otra localidad. El Hospital Departamental y sus efectores dependientes alcanzan una cobertura de 51.000 usuarios (aprox.) a diciembre de 2008.¹⁷ Esta unidad ejecutora cuenta con dos Centros de Salud dependientes, siete policlínicas descentralizadas y once rurales.

El BPS en este departamento organiza las prestaciones del sistema AFIL mediante convenio con las dos IAMC, por lo que se registra un flujo desde el sistema público a las IAMCs vinculado a la situación de embarazo. En este sistema toda embarazada de ASSE que pertenezca a AFIL, luego de detectado su embarazo y realizado los trámites de afiliación correspondientes, migra a las IAMC hasta los 90 días posteriores al parto donde finaliza la cobertura médica de este servicio. En ese momento la mujer define su retorno a ASSE (lo más frecuente) o su permanencia en la IAMC. Del mismo modo, el niño al nacer tiene cobertura IAMC y al finalizar el servicio de AFIL la madre debe optar entre continuar con la afiliación a la IAMC o pasar inscribirse como usuario de ASSE.

El control del embarazo se realiza en su totalidad en las policlínicas descentralizadas. En el Hospital sólo se hace atención de emergencia, ecografías así como la atención correspondiente al parto y puerperio. En las policlínicas descentralizadas

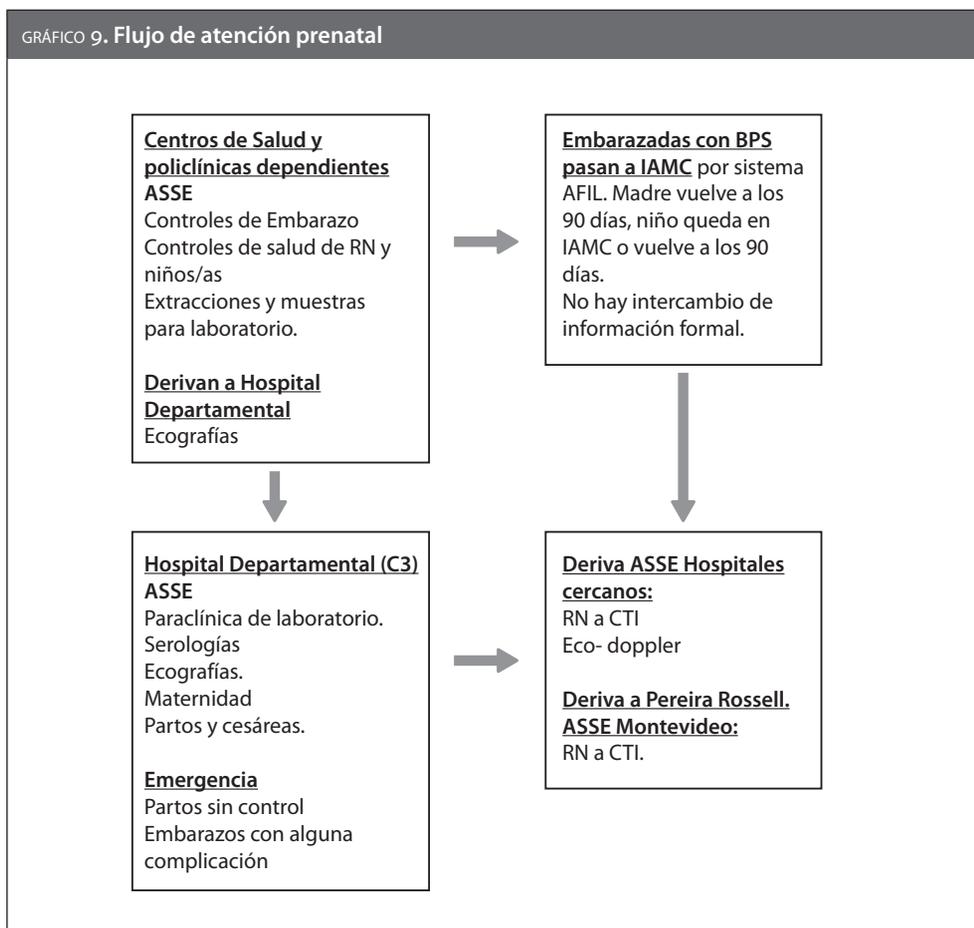
¹⁷ Datos Según datos del Departamento de Gestión de la Información de ASSE. Diciembre 2008.

se realiza la extracción de sangre y recepción de muestras de orina y otras. Asimismo, se efectúan los controles obstétricos con parteras, ginecólogos/as y médicos/as generales. Las policlínicas de nutrición, odontología y trabajo social también se realizan a nivel descentralizado. En todos los efectores, los departamentos de enfermería desempeñan un rol clave en la articulación del flujo de atención de la embarazada.

En el Hospital se realiza la captación de los recién nacidos para el Programa Aduana, luego el seguimiento del recién nacido se organiza desde uno de los centros

de salud y en coordinación con todos los efectores dependientes. (Gráfico 9)

Las embarazadas con serología positiva son derivadas a la Policlínica de ITS para la atención específica y se continúa con el control general de ginecología en los otros efectores descentralizados. A su vez, también se deriva a la embarazada al CHPR a la Policlínica VIH para controles específicos, para la atención del nacimiento y seguimiento del recién nacido. La Policlínica de ITS realiza consejería pre y post test, extracciones, entrega de resultados positivos y suministra tratamiento con antiretrovirales.



El Hospital departamental cuenta con bloc quirúrgico para la realización de cesáreas pero no cuenta con un centro de tratamiento intensivo (CTI). Por lo cual, todo parto de alto riesgo es derivado al Pereira Rossell. Adicionalmente, cuando se requiere se deriva a otros CTI de ciudades más próximas (100 Km. o más) aunque las entrevistas evidenciaron la existencia de restricciones de cupos y competencias administrativas para efectuarlas.

El sistema de laboratorios de la localidad se organiza en función de un servicio perteneciente al hospital y tres laboratorios privados. Los laboratorios privados prestar servicios a las IAMC locales, el hospital de ASSE (sólo para técnicas especializadas) y usuarios particulares. En las localidades menores no hay laboratorios pero sí se reciben muestras y realizan extracciones.

En general, los servicios de atención de ASSE evidencian restricciones en la disponibilidad de técnicos, en particular en las especialidades de pediatría y neonatología. El reducido número de técnicos existentes en la localidad implica la pertenencia simultánea al ámbito público y privado, lo cual supone la competencia entre ambos sistemas por la captación de los escasos recursos técnicos.

3.2. Descripción de la situación local de sífilis y VIH

Desde 1991 se realiza la captación de VDRL en la policlínica especializada de infecciones de transmisión sexual. La mayor parte de los análisis de VDRL se realizan a partir del carné de salud, consulta en policlínica de ITS y control de embarazo. En los últimos años se ha registrado un crecimiento en la detección de VDRL reactivo. Actualmente se diagnostican unos 40 casos positivos men-

suales (aprox.). En el 98%-99% de los casos se trata de Sífilis latente y 1% de Sífilis secundaria y chancro.

En la maternidad del hospital ocurren un promedio de 62 partos mensuales, un total de 370 entre octubre de 2008 y marzo 2009. El 53.5% de los partos registrados entre octubre 2008 y marzo 2009 contaban con tamizaje para Sífilis en el 1er y 3er trimestre.

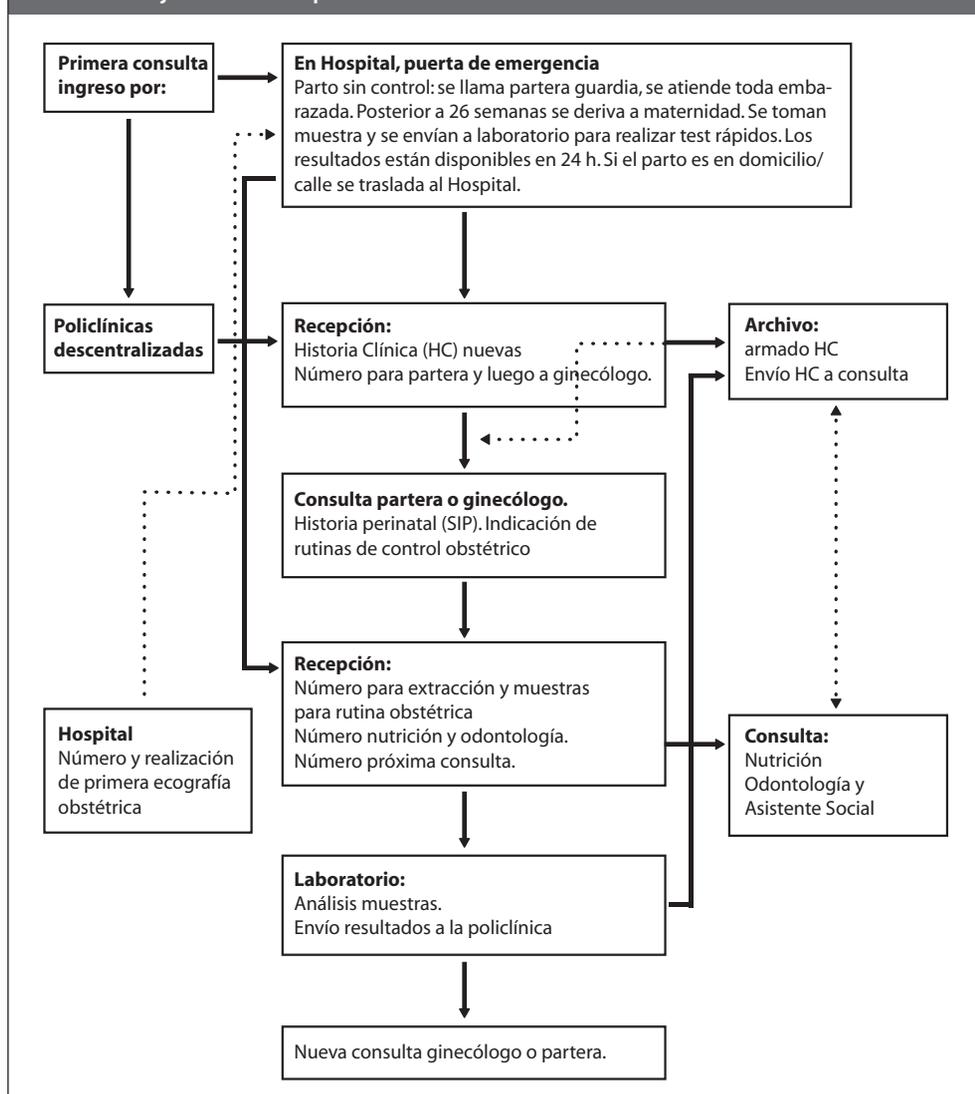
Durante el 2008, el tamizaje para VIH antes de las 20 semanas de gestación fue realizado a 296 mujeres y después de las 20 semanas se realizó a 250 embarazadas. En 2008 se atendió un parto de mujer VIH+, se realizó cesárea y se registró un nacimiento de madre con VIH positivo. El recién nacido recibió sustituto de leche materna.

Para 2008, el tamizaje del VDRL antes de las 20 semanas fue realizado a 287 mujeres y después de las 20 semanas a 269 embarazadas. En dicho año se detectaron 5 casos de mujeres con VDRL positivo, de ellas todas recibieron los resultados y el tratamiento acorde. En 2008, fueron 6 los recién nacidos diagnosticados con Sífilis y todos ellos recibieron tratamiento.

Trayectoria de atención prenatal

El seguimiento del embarazo y la atención perinatal a nivel local se efectúa en dos áreas: en las Policlínicas descentralizadas donde se realizan todos los controles de embarazo y en el hospital donde se realiza la paraclínica, las ecografías obstétricas y el parto o cesárea. Los embarazos y partos de alto riesgo son derivados a hospitales de departamentos cercanos o al CHPR. La totalidad de los partos en el área de influencia son realizados con asistencia técnico profesional, aunque por las distancias y dificultades de traslado de las usuarias aún se registran partos en domicilio y partos que llegan al centro sin controles previos.

GRÁFICO 10. Flujo de atención prenatal



El análisis de la atención prenatal requiere considerar dos instancias por separado. Por un lado, se presentan los procedimientos y trayectoria de la embarazada desde la sospecha de embarazo hasta el último control en la Policlínica descentralizada; y posteriormente se analiza el circuito de la atención al ingreso en el hospital.

Primera consulta

A partir de la sospecha de embarazo la mujer se acerca al Centro de Salud para pedir hora para confirmar y posteriormente iniciar los controles. Llega a la oficina de usuarios, allí se les da información. Para solicitar número tienen que presentar cédula y carné de asistencia. En el Centro tienen pediatría

de martes a viernes y ginecología de lunes a viernes. En general, la mujer es atendida en el mismo día o al día siguiente.

“Carné y cédula, los documentos necesarios, 7 y media de la mañana, la consulta generalmente es para el día o para el otro día.” (C-3, 07)

En el caso que la persona no cuente con la documentación necesaria, no la pueden atender ya que no cuentan con computadora para verificar si tiene otra cobertura. En ese caso se les solicita que vayan al hospital a confirmar los datos y realizar los trámites si fuera necesario. La dificultad radica en que para la tramitación del carné tienen tres meses de demora. Para estos casos si la persona regresa con la “tirilla” que comprueba el inicio del trámite, se le permite la consulta. Sin embargo, para la mujer que llega con sospecha de embarazo el acceso a la consulta se facilita.

“Los pasos a seguir en una embarazada en ventanilla es lo siguiente, carné o cédula si tiene, si no tiene igual, se la deriva a la partera, en ese caso en la duda, se la deriva primero a la partera, posibilita que saque número para ginecólogo, que prácticamente hay números todos los días, para que esa mujer sea atendida a la brevedad, no pase mucho tiempo. En el caso de mujeres que están embarazadas y vienen con el problema de que es un embarazo no deseado, ya se le indica, que hay una policlínica existente del embarazo no deseado, y se le indica los pasos a seguir que ahí va a la asistente social y ya se le encamina a la asistente social y ella la deriva a ginecólogo para que solucione, entre ellos vean, ginecólogo, asistente social y nurse encargada de esa parte para que solucione, o sea que jamás va a decir, no recibí atención, no fui atendida, eso no porque no existe la posibilidad” (C-3, 07)

En los casos que la mujer se acerca al Centro cursando un embarazo de dos o tres meses,

no se realiza la confirmación clínica. Se le da hora para la partera y se inicia el carné perinatal. La misma partera le hace la indicación para las rutinas obstétricas y se fija día y hora para venir a ginecólogo/a ya con los resultados de los exámenes paraclínicos. Los/as ginecólogos/as tienen reservados cinco números por día para embarazadas y si se excede igual las atienden. La agenda obstétrica de los/as ginecólogos/as la lleva la partera, por lo que las embarazadas, cuando salen de la consulta enseguida reservan número para la siguiente consulta.

Cabe señalar que la omisión de la confirmación del embarazo, debido a las demoras del laboratorio, carecería de sentido si, los técnicos tuvieran en el consultorio los test rápidos de embarazo que están disponibles en la farmacia del Centro pero sin uso.

Consultas siguientes

El cumplimiento de los controles prenatales estipulados, luego que la mujer ha ingresado a la primera consulta, no parece ser un punto problemático. En todas las consultas ginecológicas al salir de la misma ya se tiene día y hora asignada para la siguiente. Incluso en la policlínica de adolescentes embarazadas cuando la joven no asiste se la llama y/o visita en caso de no concurrir.

En los casos de no asistencia, para el resto de las policlínicas ginecológicas, enfermería se encargaba de efectuar el seguimiento telefónico, sin embargo desde hace algunos meses la sobrecarga de tareas ha impedido continuar con dicha tarea. Se observa un importante déficit del personal de enfermería, sobre todo para sustentar las estrategias de búsqueda de embarazadas a través de visitas domiciliarias. Como alternativa se está llevando adelante una serie de reuniones en el marco de un convenio entre ASSE y los Centros CAIF, para intercambiar información y

apoyarse mutuamente en la captación de embarazadas y niños de 0 a 2 años.

“Eso empezamos a trabajar el tema de la tarjeta de la embarazada, como está la tarjeta verde de los niños, hay una tarjeta para las embarazadas, no en todas las policlínicas se está usando, este, se empezó a implementar este año, en algunas policlínicas que hay enfermeras más jóvenes y que tienen más ganas de armarlo, lo van haciendo por el sistema de las tarjetas que le van poniendo los meses correspondientes al control y si no vienen las embarazadas las van a buscar, eso tenemos que aceptarlo más con el tema de los CAIF y con el tema de la, todavía yo creo que está más aceptado con los niños que con las embarazadas, la búsqueda en caso de que no vayan al control ... bueno ahora podemos trabajar con las clases de parto, pero tenemos que trabajar además en todas las Policlínicas a la vez y con un programa común. Eso fue lo que estuvimos elaborando con la que trabaja con Naciones Unidas. Y que también había mucha resistencia en los técnicos del CAIF a venir a la policlínica, no en algunos no, era bien espontáneo, ... entonces dijimos, bueno ahora definimos bien, cuales son los temas, que tiene que hacer cada uno y un poco para unificar criterios, entonces ahí se, uno de los temas es el de transmisión sexual, porque hay que cuidarse, porque es importante controlarse, cosas, y bueno estuvimos manejando ese material que les gustó, entonces como que de alguna manera estimularlas... en eso estamos pero me parece que eso fue bien concreto y bien productivo” (C-3, 01)

En cuanto a la atención odontológica y con nutricionista, cuando la embarazada sale de la consulta del ginecólogo enseguida coordina con la enfermera día y hora para extracción, entrega de muestras para laboratorio, odontólogo/a y nutricionista. En general al menos una vez por semana estos especialistas atienden en las policlínicas descentralizadas. Lo mismo sucede con el/ la asistente social en el caso que corresponda derivación.

El ingreso de la embarazada al hospital puede realizarse por dos vías:

- Emergencia
- Vía administración por derivación desde Policlínicas a la maternidad.

Si la mujer ingresa por emergencia inmediatamente es coordinada la atención con la/el ginecóloga/o de guardia de la maternidad que funciona las 24 horas. En los casos que la mujer está cursando un embarazo de 26 semanas o más directamente es derivada a la maternidad y desde allí es la partera la que se comunica con el/la ginecólogo/a.

“P: ¿Para llegar acá (a la maternidad), para la atención primero tienen que pasar por un área administrativa?

R: Para llegar acá pueden ser derivadas directamente de policlínica, por el ginecólogo o por las parteras o la paciente consultar en emergencia, ingresar y la ve el médico de puerta, el médico de puerta se comunica con el ginecólogo, el ginecólogo la ve e ingresa. En puerta a partir de las 26 semanas, creo que 26 semanas, 27 semanas, no la ve el médico de puerta, ingresa directamente para arriba y es valorada por la partera y es la partera que se comunica con el ginecólogo.” (C-3, 03)

A partir del ingreso a la maternidad el eje de sostén de la atención está dado por la partera y la licenciada en enfermería. La/el ginecóloga/o está de guardia pero en calidad de retén, esto significa que no se encuentra en el hospital, sino que acude ante el llamado desde la maternidad o desde emergencia. En esta misma situación también se encuentra la atención pediátrica.

El carné perinatal (SIP), funciona como efectivo sistema de información entre las policlínicas donde se realizan los controles prenatales y el servicio de maternidad del hospital. En caso que se dude de alguna información en el carné perinatal, desde la ma-

ternidad se comunican de forma inmediata con las policlínicas. En caso de ITS se llama y mantiene contacto con la policlínica de ITS.

P: ¿Ella te avisa si no hubo control?

R: Nosotros cuando ingresa llamamos allá, si la señora se trató, porque incluso en el carnecito se estipula atrás si hizo tratamiento, si se hizo Bencetazil, está anotado en el carné perinatal, está registrado, y si tenemos alguna duda llamamos a la policlínica de ITS." (C-3, 02)

En cuanto a los procedimientos y la disponibilidad efectiva de técnicos para la atención del parto se observó que los partos sin complicaciones son realizados por la partera y enfermería realiza la recepción del recién nacido. En los casos que se requiere por algún tipo de complicación se llama al ginecólogo y éste acude en un lapso de 10 minutos. En caso de requerir presencia de pediatra, se detectaron mayores dificultades, ya que en muchos casos el especialista de guardia no está disponible.

P: ¿O sea que un parto que llegue de repente, están Uds., sin pediatra?

R: En todos los partos

P: ¿Y con ginecólogo?

R: No igual, sin ginecólogo

P: ¿O sea que los partos los hacen las parteras básicamente con apoyo de enfermería?

R: Nosotros en la recepción y bueno como ya te digo, por suerte los niños son sanos, no ha habido casos, son muy pocos los casos...

P: ¿Y en el caso de cesárea de emergencias tienen?

R: Cesáreas si, está el pediatra que lo recibe y le hace los primeros, lo evalúa allí

(...)

Claro, si tienes tiempo para esperar, no es cuando un parto que ya salió y salió, si el niño sale complicado bueno, te complicas tú, lo sacamos, en realidad lo sacamos nosotros porque cuando el doctor llega..." (C-3, 03)

En la maternidad se realiza diariamente la visita diaria de ginecología y pediatría. En ese horario se concentran las altas y expedición de recetas y tratamiento. Durante la jornada el contacto con los mismos es telefónico.

Tamizaje paraclínico

El procesamiento de las muestras de laboratorio a nivel de ASSE se centraliza en el hospital, todos los análisis se procesan allí exceptuando las confirmaciones de VIH, que se envían al laboratorio central del MSP. La paraclínica correspondientes al control de embarazo se realizan en su totalidad en el laboratorio centralizado del hospital departamental.

Como fortaleza del sistema se señala la *descentralización de las extracciones y del relevamiento de muestra*. Dicho sistema se organiza fijando días para extracción y entrega de resultados, en general semanales en las policlínicas. Por lo que las embarazadas no tienen que desplazarse hacia el hospital a menos que se requieran los resultados de urgencia. En este caso se recomienda dirigirse directamente al laboratorio ya que se dan números de un día para el otro y los resultados están disponibles para ser retirados en 72hs. Esta alternativa tiene como inconveniente que la entrega de resultados no es realizada por un médico y no media ningún tipo de asesoramiento y menos aún consejería.

En los casos habituales de extracción descentralizada, los resultados son entregados en consulta con asesoramiento médico y en algunos casos con consejería (dependiendo del técnico). El punto problemático de este proceso se centra en las demoras que conlleva la logística de distribución de muestras y resultados entre el laboratorio y los efectores descentralizados.

“Ahí, eso es drama, pienso yo para la gente, porque los exámenes de paraclínica, entiendo, que la paraclínica de una embarazada es una paraclínica simple, no es una paraclínica muy compleja, y demoran de 10 a 15 días en venir los resultados, si bien se les marca de un día para el otro, en 24 o 48 horas el estudio en el laboratorio, porque se hacen las extracciones acá mismo, demoran en venir el resultado del hospital local acá, hay una cierta demora que crea un cierto desagrado con la propia persona porque queda con aquella cosa, para saber el resultado, está pendiente de los resultados, y eso demora, un trámite que debería ser más rápido, se forma un poco burocrático, es decir, hay mucha burocracia en parte del hospital o sea que son trámites que si bien se entiende que hay una demanda muy grande de pacientes pero pienso que habría que darle un poquito más de prioridad a ese tipo de pacientes.”(C-3, 07)

Una de las dificultades observadas es que el laboratorio envía los resultados al Centro de Salud, los mismos llegan sin distinción si son positivos o negativos, por lo que en el momento de la consulta de la mujer, el ginecólogo los recibe junto con la historia clínica. Esto significa que no existe una estrategia de priorizar las mujeres que han tenido resultados positivos en sus rutinas. Lo que en el caso de la Sífilis y el VIH significa postergar un diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento en forma oportuna para evitar la transmisión vertical.

Tampoco hay garantía que si la mujer no asiste a la consulta, algún técnico del equipo de salud recibe el resultado y tome medidas al respecto. En este sentido la entrega de resultados depende enteramente de que la mujer asista a consulta.

Esta misma situación se agrava en los casos de las policlínicas descentralizadas o rurales, ya que allí las extracciones se realizan una vez por semana, por lo que entre la consulta y la extracción –debido a la gran

demanda que tienen algunas- pueden pasar tres semanas, luego pasan entre 10 y 15 días para que lleguen los resultados y se espera que la paciente vuelva a consulta. En estos casos los diagnósticos de la rutina de embarazo pueden llegar a demorar un mes y medio a dos.

En alguna entrevista se observó información contradictoria con respecto a la distribución de los resultados desde el laboratorio, ya que se consideraba que todos los resultados de ITS positivos, eran enviados directamente a la policlínica de ITS. Esta estrategia permitiría que desde la policlínica se pusieran en contacto con la paciente y con el médico/a tratante para coordinar acciones a la vez que priorizar la atención de la embarazada VIH o VDRL positiva. Otras entrevistas señalan que la coordinación con la policlínica de ITS se inicia a punto de partida de la lectura de los análisis en la propia consulta. Los únicos exámenes positivos que se le entregan a la policlínica de ITS y desde allí se llama al paciente es el caso de los resultados positivos correspondiente a las extracciones para Carné de Salud.

“Al laboratorio llegan de las policlínicas, llegan del carné de salud, llegan de la policlínica ITS, llegan de la sala, al laboratorio confluyen VDRL de distintas fuentes, los resultados vuelven a las fuentes y de las fuentes allí lo resuelven, o lo derivan para acá, y tratan y después derivan o tratan y no derivan. Carné de salud, si no vienen a levantar el examen, nos pasan a nosotros si hay un positivo que no concurrió al carné de salud, ahora nos empezaron a pasar los datos de la persona y nosotros a través del asistente social empezamos a citar para que concurren acá, para una 2º extracción de sangre y tratamiento y captación de contacto.” (C-3, 09)

En el caso de resultados positivos, cuando el médico realiza la devolución en la consulta, inicia inmediatamente el contacto con la policlínica de ITS para que se conti-

núe el tratamiento y además se contacte a la pareja de la mujer. Este seguimiento por parte de la policlínica descentralizada y la de VIH, en general se mantiene.

P: ¿Y te enteras si se tratan las parejas?

R: A veces sí, a veces no, pero me quedo tranquilo, porque se que en el momento que la ve la policlínica ITS, ya está citando a la pareja.

P: ¿Has tenido casos de detección precoz y después reinfección?

R: No, realmente no. Los tratamientos que hemos hecho, no, además no veo mucha Sífilis." (C-3, 03)

Han existido experiencias de pérdida de exámenes, en este caso se tiene que pedir al laboratorio que realice una reimpresión. Si bien es una respuesta rápida y sencilla, tiene como consecuencia en el caso de las policlínicas más pequeñas demoras de una semana más en la entrega de los resultados. También, se plantea que a partir de estas experiencias surge la preocupación por el destino de dichos resultados y las condiciones de confidencialidad que debiera garantizar quien realiza el traslado, especialmente en pequeños poblados rurales donde "todos se conocen".

En los casos de embarazos que llegan a término sin controles a la maternidad, se realiza la extracción y se solicita el test común de VDRL y VIH. En ocasiones se solicita el test rápido, en estos casos el procedimiento es el mismo, se realiza la extracción en la maternidad y se envía la muestra al laboratorio.

P: ¿Y cuanto demora el test rápido?

R: Un día, no el VIH demora más, ahora el VDRL de un día para el otro" (C-3, 02)

P: ¿En el tema del laboratorio, como funciona, como es el circuito?

R: Ahora esta mejor, pero antes los VDRL se hacían solo en un turno y eso atrasaba muchísimo, y había niños que se iban sin el resultado, ahora esta mejor eso, ahora al otro

día ya tenemos el resultado del VDRL, si nos agarra un fin de semana o feriado, se trata de que no se de el alta sin el resultado del VDRL, porque fines de semana y feriados no hay guardia en laboratorio para VDRL, hay guardias para urgencia, y el VDRL no lo consideran urgencia. Se hacen test rápidos, si. Pero VDRL no. Pero no hay.

(...)

P: ¿Entonces hay gente que puede hacer extracciones o muestras, en cualquier hora en cualquier momento?

R: Supuestamente, porque si te dicen que no hay tirillas." (C-3, 05)

Si bien hay disponibilidad de test rápidos de Sífilis en el hospital, éstos están en el laboratorio, por lo que la celeridad del proceso depende de que haya personal de guardia en el mismo. Ni en la emergencia ni en la maternidad hay disponibles test rápidos de Sífilis y VIH. En el laboratorio para VIH se utiliza Elisa. La existencia de test rápidos de VIH y Sífilis así como los procedimientos para utilizarlos no son conocidos por todo el personal de emergencia y maternidad.

"Primero, el rápido no están acostumbrados a hacerlo acá, no lo hacen, habiendo disponibilidad tanto de Sífilis como de VIH. Tampoco lo piden los ginecólogos, también se podría llamar al laboratorista que lo haga, pero el laboratorista tampoco está acostumbrado a hacerlo, porque el laboratorista el rápido que es una gota de sangre, te saca sangre, entonces tampoco lo sabe hacer, y los ginecólogos tampoco están acostumbrados a pedirlos, se hacen partos o cesáreas sin saber si es positivo en HIV o no." (C-3, 13)

En cuanto a los exámenes de rutina prenatales, también se observa una importante mejora en la gestión de los recursos. Hasta el momento la falta de disponibilidad de la paraclínica en el momento del parto suponía la reiteración de urgencia de la misma. Desde el inicio del ingreso completo del

formulario del SIP se ha solucionado dicho problema, aportando en forma sistemática la información sobre la trayectoria de atención del embarazo y resultados de paraclínica. La mejora en la información de los controles ha sido señalada por varios técnicos de la maternidad, especialmente la llegada de las embarazadas ya captadas y con los diagnósticos realizados.

“R: No, en los 4 años, no, yo hablo de 2 o 3 meses capaz, que se empezó con el tema de policlínicas, y reuniones con policlínicas, con el tema de los controles, a veces venían, sin ningún control en el carné y te decían que se habían hecho todos los exámenes, que los resultados se extraviaban, que no estaban en el laboratorio, que habían ido a la policlínica pero no los pasaban al carné, y ahí se extraviaban, eran embarazos controlados, pero acá llegaban como sin control. Y sin datos.

P: ¿O sea que ahí había problemas de gestión?

R: De gestión, sobre todo. Que eso es lo que se esta mejorando, desde hace 3 meses, que vienen todas las que son controladas, vienen pasadas al carné de control, los exámenes,

P: ¿Y eso, resultó notorio el cambio?

R: Y sí, al venir sin nada, por más que te diga que se hizo todo, hay que hacerlo todo de nuevo, el VDRL sobre todo no puede irse sin VDRL, entonces a veces hasta un tema de gastos dobles” (C-3, 05)

El funcionamiento de la policlínica de ITS, parece ser efectivamente una referencia para el departamento. En todos los sectores del hospital y en las Policlínicas ha sido mencionada sistemáticamente, a la vez que siempre se han descrito los procedimientos y alcance de la misma con claridad.

En referencia al control por ecografías obstétricas estas se realizan centralizadas en el Centro Hospitalario. Se registra una baja disponibilidad de horas para controles ecográficos que no logra cumplir la demanda y realizar la paraclínica en los

tiempos oportunos. En particular, el caso de la ecografía para la determinación de la edad gestacional que muchas veces no logra concretarse.

“P: ¿En término de ecografías?

R: La ecografía la manda el médico, eso si la demora es un poquito mas demorada, a veces un mes, hemos tenido de un mes y medio. (C-3, 06)

En el caso del recién nacido, la concreción de la ecografía de cadera suele ser difícil de concretar. A la vez que genera tensiones en los equipos por la determinación de las prioridades de los diagnósticos frente a la escasez de recursos.

“P: ¿Es el mismo aparato que lo operan distintos técnicos?

R: Son 3 técnicos, y se turnan, porque también están las ecografías de cadera de los recién nacidos, que es una de las metas, pero se debe hacer antes de los 3 meses, y marcan 20, 30 cuando mucho por mes, y nacen 70 niños por mes, así que fíjate, es una lucha, es un técnico solo, y es el mismo que tiene las traumatológicas, de toda la población del hospital.” (C-3, 05)

Recientemente llegaron al departamento dos ecógrafos para los centros de salud y uno móvil para realizar las ecografías en las zonas rurales. Éstos aún no están instalados, pero se espera que en breve la población no se traslade al hospital departamental. De esta forma sumando las ecografías a las extracciones de sangre semanales en los dos Centros de Salud y en las Policlínicas rurales, se estaría descentralizando toda la atención prenatal del embarazo normal.

“...Ahí ya coordina con la nurse, la nurse le dice tal día ven puede ser el mismo día de la consulta o no, porque a veces no coincide cuando recogen las muestras con el día de la consulta” (C-3, 01)

Educación de la mujer embarazada

En cuanto a los talleres para embarazadas, se están desarrollando estrategias para poder llegar mejor a la población. Hasta el momento, se realizan en las policlínicas para adolescentes, sin embargo, se están iniciando alternativas viables para extenderlos a la totalidad de las embarazadas de acuerdo a los recursos humanos disponibles.

P: ¿Trabajo de talleres con embarazadas, están haciendo?

R: A nivel de las policlínicas hay, está el germen de la charla para embarazadas, para el trabajo de parto, parto, nosotros en la policlínica de adolescentes embarazadas además contamos con una psicóloga, con una asistente social, con una nutricionista y con una nurse, que está específicamente para este programa, que fuimos juntando un poco, no está asignado ni está presupuestado nada, fuimos hablando con la gente, diciéndoles, vení que vamos a hacer esta policlínica que es interesante, y nos fuimos juntando un núcleo y también estamos con la partera, tenemos un grupo de personas que somos 5 o 6 multidisciplinario, que estamos juntos en la policlínica, sobre todo en la de ... que ahí fue donde iniciamos, entonces allí si, tenemos la partera que da charlas para trabajo de parto y parto, la psicóloga trabaja con ellas en cuanto a la aceptación del embarazo y el trabajo con las familias, la asistente social si hay algún caso puntual lo ve, y la trabaja en ese sentido, que hay muchos y la nutricionista da charla sobre la nutrición durante el embarazo y la lactancia, en esa policlínica puntual" (C-3, 03)

El rol de las parteras y las auxiliares de enfermería es fundamental en el abordaje de estas experiencias, sin embargo su disponibilidad de horas es insuficiente en la mayoría de las Policlínicas. Las Licenciadas en Enfermería y algunas de las auxiliares muchas veces tienen los días de la semana distribuidos para cubrir distintas Policlínicas.

En este sentido, se está articulando una estrategia con el apoyo de Naciones Unidas en el marco de un convenio entre ASSE y CAIF. El objetivo es definir una propuesta unificada de trabajo con las embarazadas articulando acciones entre las Policlínicas descentralizadas y los centros CAIF. En el momento del relevamiento estaba en etapa de planificación la realización de talleres para embarazadas en forma conjunta,

"Si sobre todo estas horas (se triplicó el horario de las parteras) y bueno eso es lo que nos permitió decir, bueno ahora podemos trabajar con las clases de parto, pero tenemos que trabajar además en todas las policlínicas a la vez y con un programa común. Eso fue lo que estuvimos elaborando con la que trabaja con Naciones Unidas. Y que también había mucha resistencia en los técnicos del CAIF a venir a la policlínica, no en algunos no,... bueno ahora definimos bien, cuales son los temas, que tiene que hacer cada uno y un poco para unificar criterios, entonces ahí se, uno de los temas es el de transmisión sexual, porqué hay que cuidarse, porqué es importante controlarse, cosas, y bueno estuvimos manejando ese material que les gustó, entonces como que de alguna manera estimularlas. Eso por un lado y por otro lado este, creo que se sintieron más contenidas... hicimos una lista de referentes, hicimos la lista, definimos que CAIF corresponde a cada policlínica, para no duplicar porque no puede haber uno que trabaje, que tenga tres y otro que no tenga ninguno entonces bueno tratar de unificar un poco en eso y en eso estamos pero me parece que eso fue bien concreto y bien productivo" (C-3, 01)

Existe disponibilidad de material para los talleres con embarazadas y talleres en la comunidad en general. Aún se tienen dificultades para captar a la población para las actividades de promoción.

Existe disponibilidad de condones para embarazadas, también se detectó que se les recetan condones, la resistencia de su

uso desde el personal de salud la encuentran más en las propias embarazadas.

“Hay muchas que no quieren usar, los médicos les mandan, les dan las recetas, pero no llevan, o llevan pero no los usan. Hay un caso de un muchacho que es gay, trabaja, se controla en el hospital, pero viene a buscarlos acá, porque vive cerca, entonces le pedí a la ginecóloga si me autorizaba a darle, en cantidades, y me autorizó, después hay otro que trabaja con él que es brasilero, porque hay muchos brasileros también, entonces yo les doy en cantidades”. (C-3, 08)

3.4. *Sistemas de información*

Las historias clínicas no están digitalizadas ni unificadas, por lo que el carné perinatal es la herramienta fundamental de comunicación entre los servicios descentralizados, la maternidad y la policlínica de ITS. Las historias clínicas se organizan en base a un sistema numérico consecutivo y en la medida que se concrete la informatización del área se integran a un sistema vinculado al número de cédula de identidad. A los efectos de organización del archivo, este fenómeno contribuye a la duplicación de historias y en particular coexisten varias historias de un mismo usuario en el Hospital y en las Policlínicas descentralizadas. Estos elementos contribuyen a la fragmentación y pérdida de información de los/as usuarios/as dentro del subsistema público.

El único registro sistemático y actualizado al que se tuvo acceso fue el procesamiento del SIP. Con respecto a la información epidemiológica vinculada al embarazo se consultó con la responsable del SIP de la maternidad departamental y se conoció que el llenado de información está al día. Los datos se procesaron en el mismo momento en que fueron solicitados por el equipo de investigación. En general la información ingresada al sistema

es usada exclusivamente para presentarse a ASSE central a efectos de cumplir con las metas prestacionales, al igual que en los otros Centros se detectó que el uso de la información como insumo para la gestión local es escasamente utilizada.

En el laboratorio se ingresa toda la información relativa a los estudios realizados, pero tan sólo se llevan estadísticas generales del número y tipo de examen a los efectos de control de stock estadísticas de ASSE central. No ingresan información sobre resultados de VDRL y VIH, con lo cual no es posible obtener cifras absolutas ni prevalencia de dichas infecciones.

La información vinculada a ITS, las historias clínicas de los/as usuarios/as y los tratamientos es registrada en la policlínica de ITS. Los casos detectados en embarazadas son ingresados igualmente al SIP. Por lo que la información epidemiológica vinculada al embarazo esta unificada a pesar de la ausencia de digitalización y la multiplicidad de registros.

3.5. *Atención del recién nacido*

El Programa Aduana (de seguimiento de recién nacidos) se centraliza en el Hospital Central. Allí se llevan las tarjetas verdes, donde se organizan las consultas que ha tenido el niño. En general si un niño tenía consulta y no asistió, desde el Centro ya lo saben porque tienen separadas las tarjetas de los niños que corresponde asistir cada día de consulta. En el Centro se tienen dos días a la semana para el control del recién nacido y otros tres turnos de atención pediátrica general. En las Policlínicas descentralizadas también hay pediatría y Plan Aduana, allí se lleva el control de los niños pequeños y semanalmente se hacen recorridos desde el Centro de Salud para realizar las visitas de los niños que no asistieron a consulta.

Al inicio del programa tenían un gran porcentaje de niños que no se controlaban, luego se observó que en realidad esos niños se controlaban en distintas policlínicas y era muy difícil organizarse. Varios meses antes del relevamiento, se comenzó a solicitar que los niños mantengan un lugar de referencia y allí se lleva su historia clínica y el Plan Aduana.

En el caso de los niños/as recién nacidos con Sífilis, se señala la situación desde la captación en el Hospital, allí quien realiza la captación informa a la encargada del plan aduana del Centro de Salud.

“P: ¿En el caso de recién nacido que sea captado con Sífilis, eso a Uds. les aparece?”

R: Nosotros tenemos una funcionaria, que ella es quien va a hacer la captación en el hospital, ella pasa todos los días de mañana captando a los recién nacidos, le toma todos los datos a la madre y toma todos los datos del recién nacido, y cuando tiene Sífilis o tiene algo, ella lo puntea en un cuaderno que tenemos en rojo y aparte nos avisa a nosotros. O sea, está todo detallado, hace todo un seguimiento cuando hacemos la visita, cuando lo ingresamos por ejemplo en el Aduana informatizado también nos resalta en otro color que es el que se marca como portador de Sífilis y a veces el niño no, pero eso queda registrado y en el cuaderno que tenemos manual también queda registrado.” (C-3, 14)

En los casos de la madre VDRL positivo, Plan Aduana lo registra en la captación que se hace en la maternidad. Luego de realizada la captación, la encargada llama a cada policlínica para informar los nacimientos que hubo y marcar cita con la doctora y los niveles de riesgo de cada uno, allí avisa la situación de VDRL positivo. Desde cada Policlínica, cuando un niño no viene a control, se marca y se le avisa a la encargada de hacer los seguimientos de aduana, entonces ella recoge la información de los niños que no asistieron en todas la policlínicas y los llama a sus casas.

Desde pediatría del Hospital es muy importante conocer la situación de la mujer desde antes del parto, así se prevén las acciones posteriores con el niño.

“...ese niño que va a nacer hay que tener mas cuidado, se tiene que solicitar, si es negativo para la madre, si está tratada va a dar negativo el niño, si da positivo ahí se trata al niño, se le hacen los exámenes, se le hace el VDRL de control, se hacen los exámenes de sangre, se le hace APL por la neurosífilis, y se comienza el tratamiento.” (C-3, 15)

Al primer control de salud el niño/a llega con el tratamiento realizado, en general no se les da el alta hasta que el tratamiento está completo. Han tenido alguna dificultad aislada cuando el niño viene de otro Hospital que a veces la mujer no tiene los documentos y no sabe cuáles fueron las maniobras realizadas con el bebé. ■

5. Principales hallazgos y recomendaciones

5.1. Fortalezas de los sistemas locales

Descentralización. El sistema de red de Policlínicas descentralizadas con las que cuentan los Servicios de Salud del sub sector público, permite tener mayor proximidad y conocimiento de la población en el territorio. Por lo tanto, la detección de mujeres y/o niños que no asisten a las consultas pautadas para el embarazo y para el control pediátrico.

Metas claras. La implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, ha colocado entre las prioridades y metas a sus efectores de salud, la atención integral de la mujer embarazada y del recién nacido, promoviendo así que los equipos de salud del sub sector público y privado, hayan unificado el discurso acerca de las prioridades y estrategias de atención a seguir respecto a la atención de la mujer embarazada y la primera infancia.

Mejora en la reserva de horarios de consulta. En todos los Centros se ha mejorado el sistema de reserva de horas para los controles de embarazo y controles de recién nacidos. Esto permite que luego del inicio de la atención los procedimientos faciliten la continuidad.

Laboratorios equipados. La red de laboratorios resulta suficiente y ha demostrado avances notorios en su desempeño, tanto en los recursos humanos asignados para la tarea como en el equipamiento disponible para realizar los estudios. Estando disponibles todas las técnicas requeridas para la rutina básica de embarazo.

Consejería. Se han fortalecido servicios de consejería post test y Policlínicas de ITS en los Centros. Se ha capacitado personal en este

tema para brindar atención específica a los/as usuarios/as. En los servicios con menor número de población se ha enmarcado la devolución de resultados en el marco de la consulta médica o de parteras. Existen Policlínicas especializadas de referencia que realizan todos los procedimientos (extracción, consejería y tratamiento) en zonas de mayor incidencia.

Programa aduana. Los recién nacidos salen de la internación con hora asignada para el primer control pediátrico. En todos los casos si no asisten a uno de los controles pautados por las normativas del Programa Nacional de Niñez, se les realiza visita domiciliaria.

5.2. Barreras identificadas

Ineficiencia en la gestión. El perfil de las usuarias y usuarios de ASSE, requiere el despliegue de nuevas estrategias de trabajo a nivel comunitario que aún no están funcionando plenamente en los servicios. Por lo tanto, aún impacta fuertemente en los resultados de las intervenciones del sistema la cantidad de usuarios/as. Esto significa que cuando la demanda es reducida el sistema fácilmente logra cubrirla, pero en cuanto aumenta el número de usuarios/as la sobrecarga pone al descubierto las ineficiencias de la gestión estratégica.

Dificultades para inicio de controles de embarazo. Las barreras que obstaculizan la trayectoria de atención del embarazo están vinculadas tanto a las dificultades de las usuarias para acceder a la consulta prenatal (en general) y a las trabas o impedimentos relativos al Sistema de Atención de Salud. Las dificultades para acceder a los controles prenatales y la paraclí-

nica correspondientes tiene su asidero en los burocráticos procedimientos a los que se ven expuestas, especialmente para la confirmación del embarazo, como condición determinante para acceder a los beneficios del sistema

Disponibilidad y accesibilidad a test rápidos de vih y sífilis. La información vinculada a las disponibilidad de reactivos y test rápidos es muy fragmentada en los servicios y los recursos no son utilizados con criterios eficientes. La dotación de test no ha tenido continuidad en los servicios estudiados. Y se hace necesario una capacitación operativa y conceptual de su uso, a los equipos de salud.

Fragmentación de sistemas de información. La generación de información en los servicios no es aprovechada para la gestión de los Centros, su uso exclusivo está asociado a las demandas de las oficinas centrales. La calidad de la información obtenida aún no es suficiente como para dar cuenta de los perfiles de los/as usuarios/as y las prestaciones a las que acceden. Falta de informatización del archivo médico. Las historias no están digitalizadas y el archivo disponible es manual, con escasa o inadecuada infraestructura para su manejo y gestión. Existen historias duplicadas en los centros y las policlínicas descentralizadas. No hay registros estadísticos de los resultados de laboratorio a nivel local.

Dificultades de acceso a las ecografías. Se han observado retrasos en el acceso a las ecografías obstétricas y de cadera en todos los casos. La demanda ha estimulado la actualización de equipos y paulatina ampliación de la oferta.

Disponibilidad de preservativos. No se suministran condones sistemáticamente durante el embarazo ni se valora como necesario. El preservativo está identificado, por los equipos de salud, solo como anticonceptivo, y de menor uso para esa función. No está incorporada la doble función profiláctica y anticonceptivo de los mismos. La distribución de los preservativos/condones, sigue asociada a la prescripción

médica. La mayor disponibilidad se encuentra en las policlínicas de adolescentes y de trabajadores/as sexuales.

Talleres para embarazadas. Aún no se ha logrado implementar de forma sistemática los talleres para embarazadas. Existen dificultades para convocar desde los Centros a la población en general para este tipo de actividades. Se refleja escasa disponibilidad de tiempo para planificar los talleres y formación para trabajar en equipo desde un abordaje interdisciplinario.

Tratamiento de VIH. Los casos de diagnóstico de VIH positivo en mujeres embarazadas desembocan en una fragmentación de la atención. Quedando excluidas de la atención prenatal de su Centro de Referencia para pasar a órbitas centralizadas de tratamiento ARV, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) de ASSE/MSP, en el Centro Nacional de Referencia Obstétrico-Pediátrico VIH-SIDA, en Montevideo terminando –en general– asistiéndose en su control prenatal en este Centro Hospitalario.

Fragmentación del sistema salud en la trayectoria de atención a la embarazada. El sistema de Asignaciones Familiares (AFIL) de BPS genera la discontinuidad de la atención de la embarazada del sector público. Una vez detectado el embarazo y realizados los trámites ésta pasa a contar con cobertura de la IAMC y a los 90 días del parto vuelve en general a los servicios de salud de ASSE.

Articulación de servicios. Los servicios vinculados a pediatría y los vinculados a ginecología y salud sexual y reproductiva, aún no logran ser articulados. En los discursos no se ve la continuidad existente entre la gestación y los primeros años de vida, tanto para el desarrollo como para el ciclo de prestaciones a las que los usuarios y usuarias tienen derecho.

La perspectiva de género. Es escasamente incorporada en la práctica médica y en los discursos de los técnicos vinculados a primera infancia, el enfoque materno infantil sigue prevaleciendo. Esto significa responsabilizar a la mujer y excluir al padre.

V.3 Síntesis de hallazgos y recomendaciones

	Mensaje Principal	Descripción
1.	Concentración de población con mayor vulnerabilidad social entre los usuarios/ as de ASSE/MSP.	La población de embarazadas que atiende el subsistema público corresponde a mujeres con alto riesgo social (menor nivel educativo, sin vínculo laboral formal de ellas o sus parejas, situación de pobreza, etc.). El ingreso al SNIS ha acentuado la captación de usuarios entre los de menores ingresos, que carecían de cobertura anteriormente
2.	Fragmentación del Sistema de Salud en la trayectoria de atención de la embarazada.	<p>El sistema de Asignaciones Familiares (AFIL) de BPS genera la discontinuidad de la atención de la embarazada del subsector público. Una vez detectado el embarazo y realizados los trámites ésta pasa a contar con cobertura del sub. sector privado y a los 90 días del parto vuelve en general a los servicios de salud del subsector público. Este recorrido fragmenta la información, control y atención del embarazo. En términos del recién nacido el sistema de AFIM implica que a los 90 días la mujer deba optar si el niño permanece en el subsector privado o pasa al subsector público. En general los niños continúan en el subsector privado aunque en los casos que se opta por el público se discontinúa la atención del equipo tratante. Este problema se salva por la coincidencia en general, de los equipos médicos en ambas instituciones.</p> <p>El traspaso de embarazadas del sistema público al privado implica para el subsistema público la pérdida de un máximo de 13 meses de metas prestacionales por mujer más al menos 3 meses por recién nacido más su posible continuidad de la afiliación al sistema privado. Actúa como público cautivo los primeros meses y resulta una estrategia de captación de usuarios de 0 a 1 año.</p>
3.	Fragmentación administrativa de los territorios	<p>La organización administrativa por territorios del subsistema público no siempre coincide con las necesidades y oportunidades de la región donde se encuentran los centros. Esto genera problemas en la administración de servicios, prioridades de derivación, distribución de insumos, etc.</p> <p>Algunos centros ya han desarrollado estrategias de reingeniería de servicios en términos de su base territorial con las consecuentes mejoras en la atención, eficacia y eficiencia del sistema de salud.</p>

Recomendaciones

Adecuar la atención al perfil epidemiológico y estructura de riesgos de usuarios/as.

Generar respuestas apropiadas para mujeres con alta vulnerabilidad social, redireccionando servicios a la prevención y atención extra muros, con una gestión multidisciplinaria y un modelo de inserción territorial y jerarquizar el área social integrándola a los equipos de dirección, con el objetivo de definir estrategias institucionales considerando la vulnerabilidad social de los usuarios/as. Y además, fortalecer esta área social mejorando el número de técnicos, capacidad de toma de decisiones y logística.

Fortalecer las áreas sociales mejorando el número de técnicos, capacidad de toma de decisiones y logística.

Jerarquizar el área social integrándola a los equipos de dirección, con el objetivo de definir estrategias institucionales considerando la vulnerabilidad social de los usuarios/as:

Fortalecer la coordinación de la red institucional favoreciendo la derivación oportuna a organismos pertinentes (Prestaciones sociales específicas; alimentación, vivienda, Identificación civil, etc).

Fortalecer el rol de los agentes comunitarios y organizaciones de usuarios ,el intercambio con la sociedad civil (captación de embarazadas, etc.).

Fortalecer las instancias educativas en salud sexual y reproductiva, desde la perspectiva de género, orientada a las mujeres embarazadas de todas las edades y sus parejas sexuales.

Revisar la pertinencia de la compulsión de afiliación al subsistema privado de toda embarazada con cobertura de AFIL en el marco del SNIS.

Generar sistemas de recaptación de mujeres y niños con cobertura AFIL al subsistema público.

Coordinar la transferencia de información de la mujer embarazada entre el subsistema público y el privado (historias clínicas, resultados de paraclínica, control de la continuidad de la atención, etc.)

Meta asistencial vinculada:

- N° de partos de la institución.
- N° de niños nacidos en la institución.
- N° de niños de 1 año.

Generar instrumentos administrativos y gerenciales desde el nivel central de ASSE que faciliten y promuevan una nueva reingeniería de servicios en base a núcleos territoriales funcionales.

Investigar especialmente la fragmentación de los servicios de salud en los territorios de frontera.

continua en la pág. siguiente

	Mensaje Principal	Descripción
4.	Limitado uso de insumos de información local para la toma de decisiones y planificación estratégica de los Centros.	<p>La información estadística ingresada en el centro requiere de un alto costo de organización de información y tiene como finalidad principal su suministro a ASSE central (metas prestacionales, contabilidad, etc.) y MSP (vigilancia epidemiológica, etc.)</p> <p>Los Centros no cuentan con estadísticas de prevalencia de VIH y VDRL en diferentes grupos poblacionales de sus propios usuarios. El ingreso de información para metas prestacionales refiere al total de análisis de VDRL y VIH realizados pero no se ingresan datos relativos al total de resultados positivos. Tampoco se procesa información local sobre perfiles epidemiológicos, costos en función de riesgos y prestaciones, entre otras.</p> <p>Gestión de información no permite generar escenarios de difusión de ITS a nivel local ni valoración del perfil de usuarios en términos prospectivos.</p> <p>La mayor parte de la información generada a nivel del Centro no se utiliza para el análisis de información y la toma de decisiones estratégicas.</p> <p>Los servicios estadísticos no cuentan con recursos apropiados para el ingreso fluido de información y su procesamiento.</p>
5.	El tratamiento de la información disponible no permite identificar con claridad la historia de controles de embarazo de la mujer.	<p>Las instituciones no logran tener un escenario a tiempo real de su población de embarazadas y del nivel de control de cada una de ellas, incluidas las derivadas a otros servicios o cobertura asistencial.</p> <p>Los sistemas de información de control de embarazo no logran constituirse en insumos para la detección de faltas en el cumplimiento de pautas de atención, retrasos o abandono del control por parte de la embarazada.</p> <p>En la base de éstas dificultades identificamos: la multiplicidad de sistemas de registro del control de la embarazada, la falta de digitalización de la información, limitaciones en la conectividad de los puestos de atención y dificultades en el procesamiento de datos a nivel de centros.</p> <p>Los sistemas de información están fragmentados entre el subsistema público y privado; entre el registro de Historias Clínicas, Tarjetas (verde) de embarazadas, Carné obstétrico perinatal, carné del niño y la niña; Sistemas de laboratorio y farmacia independientes. Historias clínicas duplicadas (Centro Auxiliar y policlínicas).</p> <p>Los sistemas de archivos de historias clínicas no están digitalizados, cuentan con numeración correlativa que habilita duplicaciones y pérdida de historias, y en general no cuentan con espacio y técnicos de archivo suficientes para su gestión.</p>

Recomendaciones

Organizar productos base de información epidemiológica, usuarios y prestaciones a nivel de Centro. Aportar desde el nivel central de ASSE a la definición de modelos de análisis de información (informes base).

Generar series de tiempo con prevalencias de VIH+ y VDRL+ a nivel de centro y en poblaciones específicas: banco de sangre, carné de salud, embarazadas y trabajadores/as sexuales.

Reforzar los servicios estadísticos, dotar de recursos informáticos (equipos, programas, etc.) y conectividad interna de los sistemas que generan información desde ASSE central.

Suministro de recursos que habiliten la informatización, conectividad y procesamiento de información sobre atención prenatal desde ASSE central.

Unificación o en su defecto articulación de los sistemas de registro de control de embarazo.

Establecer pautas de coordinación para el seguimiento de embarazadas que migran de un servicio o cobertura a otra. En particular lo referente al sistema AFIL con BPS, ASSE y subsistema privado.

Determinar sistemas informáticos que emitan listados de mujeres sin cumplir pautas de control de embarazo.

Mejorar la dotación de recursos de los sistemas de archivo.

Meta asistencial vinculada:

- Nº de mujeres con 6 o más controles al momento del parto.
- Nº de mujeres con historias SIP completas al momento del alta.
- Nº de mujeres que al parto tienen VIH y VDRL realizado en el 1er y 3er trimestre de embarazo.

continua en la pág. siguiente

	Mensaje Principal	Descripción
6.	Trayecto para lograr un test de embarazo posterga paraclínica de rutina de primera consulta.	<p>La realización de test de orina de embarazo no está disponible en puerta de emergencia en ningún Centro. En policlínica de ginecología está disponible solo en algunos de los Centros y no es utilizado sistemáticamente para sospecha de embarazo (sino para colocación de DIU). Lo habitual para la confirmación de embarazo, es la extracción de sangre y entrega de muestras de orina en laboratorio.</p> <p>En resumen, la mujer que se presenta por sospecha de embarazo requiere antes de acceder al resultado: 1) solicitar números para laboratorio para la extracción (con diferentes tiempos de espera según el Centro); 2) entregar muestras y realizarse la extracción de sangre en laboratorio; 3) la entrega de resultados se organiza diferente según Centro en algunos supone ir otro día a laboratorio, en otros supone pedir hora para consulta gineco-obstétrica donde se entrega el resultado. 4) Nueva consulta donde se realizan las acciones identificadas para la Primera Consulta de embarazo. Recordar que si la mujer prefiere atención con ginecólogo/a la disponibilidad de horas puede demorar entre uno y dos meses la atención.</p>
7.	Dificultades en el acceso a la paraclínica	<p>En general los servicios cuentan con buena accesibilidad a la paraclínica de laboratorio incluido el tamizaje de VIH y VDRL.</p> <p>En algunos Centros se presentan dificultades en la entrega de resultados y en la efectiva disponibilidad de la paraclínica al momento de la consulta (los resultados no se retiran, la mujer no lleva la paraclínica a la consulta, etc.).</p> <p>Las mayores dificultades se registran en el acceso a la ecografía obstétrica para ajustar edad gestacional y valoración del embarazo. Las horas técnicas disponibles suelen ser insuficientes, con importantes tiempos de espera (más de un mes por lo general) y aunque algunos servicios priorizan a la embarazada es difícil el ajuste entre la técnica con el objetivo que determina el/la técnico/a tratante, particularmente para la determinación de la edad gestacional.</p> <p>Todos los servicios evidenciaron problemas para el cumplimiento de la ecografía de cadera del recién nacido. Las limitaciones en las horas técnicas disponibles no logran una buena cobertura de ésta técnica.</p> <p>La paraclínica de mayor complejidad (en particular eco Doppler) suele tener mayores dificultades de accesibilidad. En general, éstas técnicas requieren el traslado de la mujer a otra localidad o centro asistencial por lo cual aparecen barreras vinculadas a la logística del traslado (organización familiar, disponibilidad de ingresos adicionales, faltas laborales, etc.).</p>

Recomendaciones

Suministro de tests de embarazo de orina y directrices de utilización, a los efectores desde ASSE central.

Disponibilidad de tests de embarazo (de orina) en consultorios y puerta de emergencia. Autorización a parteras y otros/as profesionales que realizan control de embarazo en el primer nivel a utilizarlos. No acotar test de embarazo de orina a laboratorio o farmacia.

La instancia donde la mujer consulta por sospecha de embarazo, es oportuna para:

Despistar en el momento (test de orina) el embarazo y en caso de ser positivo realizar las indicaciones protocolizadas para la 1ª consulta.

Realizar consejería en salud sexual y reproductiva siempre.

La utilización del test de orina pone a la mujer en un lugar protagónico respecto a la información, alentando una mejor relación costo/ beneficio (tiempos/ técnicos).

Meta asistencial vinculada:

- Nº de mujeres con 6 o más controles al momento del parto.
- Nº de mujeres captadas en el primer trimestre de embarazo.

Incrementar la disponibilidad y priorizar las horas técnicas de ecografías para embarazadas.

Asegurar la disponibilidad de los resultados de paraclínica al momento de la consulta obstétrica. Posibilitando desde registros médicos la conjunción de la historia clínica y la impresión de copias de paraclínica de laboratorio al momento de la consulta. Se requiere la informatización de los resultados de laboratorio.

Incrementar la disponibilidad de horas técnicas de ecografías del recién nacido.

Meta asistencial vinculada:

- Nº de niños con ecografía de cadera.
- Nº de mujeres que al parto tienen VIH y VDRL realizado en el 1er y 3er trimestre de embarazo.
- Nº de mujeres con historia SIP completas al momento del alta.

continua en la pág. siguiente

	Mensaje Principal	Descripción
8.	Insuficiencia o falta disponibilidad de tests rápidos de VIH y Sífilis.	Los test rápidos de VIH y Sífilis no están disponibles en todos los centros. Es frecuente la discontinuidad del suministro debido a problemas con los proveedores o administradores a nivel central. Cuando están disponibles su uso se restringe al parto sin controles previos y a los accidentes laborales del personal de salud (sólo para el caso del VIH). En los centros que no cuentan con pruebas rápidas, se realiza la extracción de sangre y se envía a laboratorio para su procesamiento de urgencia.
9.	No disponen de kit de emergencia de VIH para el personal de salud.	No en todos los centros esta disponible y accesible el Kit de emergencia de VIH. Sobre este punto se registran contradicciones hay funcionarios que declaran que no esta disponible, se venció, no saben donde está y si se requiere es necesario solicitar al subsistema privado. En otro caso se señala que sí esta disponible. Esto evidencia que su accesibilidad en caso de emergencia es restringida requiriendo tiempo de búsqueda para su obtención.
10.	Ausencia de Consejería de VIH e ITS a embarazadas y usuarios/as en general.	La rutina obstétrica se solicita sin mediar consejería a la embarazada. Existe consejería post-test vinculada a la entrega de resultados positivos (no en caso de negativos) y al seguimiento de pacientes. Algunos centros cuentan con equipos especializados en ITS. Los mismos realizan las instancias de consejería post.test y seguimiento del tratamiento.
11.	Discontinuidad de la atención una vez que se detecta un VIH positivo en la embarazada.	Cuando se detecta una embarazada con VIH positivo se deriva a un centro de mayor complejidad y el centro de primer nivel ya no tiene competencias ni hay contrarreferencia sobre el caso. En el caso del C3 se cuenta con policlínica especializada en ITS, la cual realiza el seguimiento de la mujer VIH positiva incluido el período de embarazo. Todos los centros se remiten y derivan a la Policlínica de VIH del Pereira Rossell las embarazadas con serología positiva.

Recomendaciones

Suministro de tests rápidos de VIH y Sífilis así como directrices de utilización desde ASSE central, asegurar la continuidad del stock disponible.

Disponibilidad de test rápidos en puerta de emergencia, policlínica ginecológica y urología. No acotar disponibilidad de test rápidos al laboratorio y emergencia.

Sensibilizar a personal y administradores sobre los costos derivados de la sífilis congénita (alojamiento, CTI, tratamiento, prestaciones sociales, entre otros) en relación a los costos de diagnóstico y tratamiento precoz.

Meta asistencial vinculada:

- N° de mujeres que al parto tienen VIH y VDRL realizado en el 1er y 3er trimestre de embarazo.

Suministro de Kit de VIH de emergencia para accidentes laborales del personal de salud y directrices de aplicación, al Centro Auxiliar desde ASSE central.

Informar al personal de Centro sobre la ruta para la obtención de kits de emergencia VIH y facilitar acceso rápido.

Suministrar directrices de consejería a todo el personal con competencias para indicar análisis de VIH, Sífilis e ITS.

Insistir en la importancia de la consejería en la prevención de ITS independiente de la vulnerabilidad identificada del usuario/a.

Valorar la consejería como instancia educativa, de promoción de derechos sexuales y reproductivos, y fortalecimiento de la autonomía de la mujer.

Generar mecanismos de monitoreo del cumplimiento de consejería

Integrar embarazadas con serología positiva a las actividades de primer nivel del embarazo normal (asistencia técnica, educación, etc.)

Proteger los derechos de las mujeres VIH+ a participar de las actividades de su comunidad en igualdad de condiciones. Es crítico reforzar la red social de la embarazada VIH+, lo cual aporta a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de madre – hijo/a.

Meta asistencial vinculada:

- N° de partos de la institución

continua en la pág. siguiente

	Mensaje Principal	Descripción
12.	No se distribuyen preservativos a embarazadas	<p>Las embarazadas no se encuentran dentro del grupo objetivo de entrega de preservativos. En general, las entregas se dirigen a jóvenes y trabajadores/as sexuales. Hay también entregas de preservativos en actividades especiales.</p> <p>El trayecto habitual de una persona para suministrarse preservativos en los centros implica: 1) pedir hora para consulta en recepción; 2) asistir a la consulta médica y obtener receta indicando preservativos; y 3) concurrir a farmacia para levantar los preservativos.</p> <p>El requerimiento de receta médica para entregar preservativos limita el suministro de parte de las parteras.</p>
13.	Los servicios no realizan cursos ni materiales impresos de educación de la mujer embarazada.	<p>La educación de la embarazada se realiza en la consulta con partera, ginecólogo/a u otros técnicos. Ninguno de los centros cuenta con cursos de educación de la mujer embarazada.</p> <p>La disponibilidad de materiales impresos sobre educación para el embarazo es escasa y discontinuada. Asimismo, el manejo de impresos sobre salud sexual y reproductiva e ITS, es muy reducido a la vez que acotado a los servicios específicos de ITS o policlínicas de adolescentes.</p> <p>Los servicios de atención a la embarazada no contaban ni utilizaban otros recursos educativos como las valijas educativas del PPITS/SIDA, DVD, juegos didácticos, etc.</p>
14.	Discontinuidad de la atención una vez que se detecta un VIH positivo en la embarazada.	<p>Cuando se detecta una embarazada con VIH positivo se deriva a un centro de mayor complejidad y el centro de primer nivel ya no tiene competencias ni hay contrarreferencia sobre el caso.</p> <p>En el caso del C3 se cuenta con policlínica especializada en ITS, la cual realiza el seguimiento de la mujer VIH positiva incluido el período de embarazo. Todos los centros se remiten y derivan a la Policlínica de VIH del Pereira Rossell las embarazadas con serología positiva.</p>
15.	La atención del recién nacido no cuenta con todos los recursos técnicos	<p>No todos los Centros cuentan con equipos para el monitoreo fetal con registro. Existen equipos de atención del recién nacido sin utilización porque nunca se realizó la calibración inicial.</p> <p>La participación de neonatólogos en los partos de los centros estudiados es ínfima. No todos los partos cuentan con pediatra. La mayor parte de los nacimientos se realizan en condiciones que dificultarían el manejo de un niño con Sífilis Congénita (sin control de embarazo) u otras condiciones de alto riesgo no previstas. A su vez, no todos los centros cuentan con capacidad inmediata de traslados en condiciones seguras de un recién nacido de alto riesgo.</p>

Recomendaciones

Suministro de preservativos y directrices de distribución a los centros de primer nivel desde ASSE central.

Disponibilidad de preservativos en policlínica para la distribución por parte del equipo de salud, incluido todo el equipo ginecológico (parteras, licenciadas/os enfermería, auxiliares enfermería, médicos/as, trabajo social).

Ampliar disponibilidad de preservativos a diferentes áreas y no acotar a suministro vía farmacia.

Disponibilidad de dispensadores de preservativos para que las personas puedan obtenerlos sin mediación (lo cual limita el acceso en especial de las mujeres).

Insistir en el uso del preservativo como profiláctico y suministrarlo a toda embarazada realizando consejería sobre ITS.

Organizar a nivel permanente cursos de educación y orientación de la mujer embarazada y pareja o referente.

Conformar equipos interdisciplinarios para la realización de los cursos que funcionen como modos de coordinación general de la estrategia de atención a la embarazada.

Valorar la instancia de educación grupal para el empoderamiento de la mujer, afirmación de redes de apoyo, confianza con el personal de salud, prevención de ITS y mejorar la adherencia a las pautas de control de embarazo.

Proveer en forma sostenida de materiales de educación para la mujer embarazada en diversas plataformas a los servicios de ginecología y atención a la embarazada desde ASSE central, PPITS/ SIDA y MSP.

Incentivar la generación de materiales locales de educación de la mujer embarazada, hijos y parejas o referentes, en diversas plataformas, con fondos específicos destinados desde ASSE central. Generar soluciones creativas basadas en la ínter institucionalidad, la relación con la comunidad y el empoderamiento de la mujer.

Integrar embarazadas VIH+ a actividades de primer nivel vinculadas a la asistencia técnica, educación del embarazo y demás consultas especializadas pertinentes.

Proteger los derechos de las mujeres VIH+ a participar de las actividades de su comunidad en igualdad de condiciones. Es crítico reforzar su red social, lo cual mejora la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de madre – hijo/a.

Meta asistencial vinculada:

- Nº de partos de la institución

Identificar equipos ociosos y sin utilización a la vez que dar solución para mejorar su uso (evitar técnicos que habiliten garantías, redistribuir a otros servicios, etc.)

Asegurar la presencia de pediatras en la totalidad de los nacimientos en instituciones de salud.

Monitorear las condiciones asistenciales de la totalidad de los nacimientos. Incluir como meta asistencial la presencia de pediatras en el momento del parto.

Meta asistencial vinculada:

- Nº de niños nacidos vivos en la institución.

continúa en la página siguiente

	Mensaje Principal	Descripción
16.	Vehículos de traslado locales no especializados	<p>Es sistema de traslados especializados es una carencia importante del sistema.</p> <p>En el caso de la localidad C1 los problemas se ubican en el traslado a centros de mayor complejidad en otras localidades. Para ello se cuenta con una “ambulancia vieja”, lo cual requiere para traslados de riesgo que sea solicitada una ambulancia especializada a la localidad más próxima a 22 Km. (es necesario ubicar una ambulancia especializada con disponibilidad, convocar el personal de salud desde otra institución para el traslado y sumar el tiempo de ida / vuelta a la localidad).</p> <p>En C2 Montevideo los problemas de traslado se ubican especialmente entre el domicilio y el centro. Es habitual que en caso de embarazo la mujer requiera el traslado a 911 que deriva a Seccional Policial de referencia, lo cual implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que los vehículos de la seccional policial se mueven dentro de su jurisdicción, realizando el traslado al C2 pero no pueden hacerlo directamente al Pereira Rossell. Lo cual es una de las razones de registro de partos en el C2. • Que sean los funcionarios policiales quienes realicen el parto en domicilio o durante el traslado. • Que no hay cobertura suficiente de unidades móviles de ASSE que permitan la atención en domicilio y traslados para la embarazada.
17.	Dificultades en la implementación de normas de atención a la mujer embarazada (barreras)	<p>El estudio mostró la existencia de voluntad política a nivel del núcleo central de decisión de priorizar y mejorar la atención de la embarazada a la vez que levantar los obstáculos existentes en su implementación. La cultura institucional y sistemas de procedimientos técnico-administrativos (burocracia) son identificados como barreras que atraviesan todos los servicios bloqueando iniciativas de cambio organizacional.</p> <p>Por otra parte, se constata la vigencia de un modelo centrado en los emergentes individuales y en el trabajo interno al servicio de salud. En algunos centros hay iniciativas muy interesantes de trabajo en redes intra gubernamentales y con organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, estas actividades son discontinuadas, relativas a servicios no vinculados a la atención de la embarazada y no se jerarquizan como lineamiento estratégico institucional.</p> <p>Los centros no cuentan con técnicos ni cargos que tengan en su competencia una definición expresa y prioritaria de la vinculación del centro al entorno, lo cual significa la sobrecarga de tareas y desatención de las propias en los funcionarios que desempeñan este trabajo.</p>

Recomendaciones

Mejorar el suministro desde el nivel ASSE central de transportes apropiados y accesibles para la atención en domicilio y traslado de pacientes de riesgo (en particular en momento de parto). Asimismo, asegurar los recursos para el funcionamiento de las unidades (chóferes, combustible, reparaciones, mantenimiento mecánico, etc).

Asegurar la disponibilidad de unidades de traslado especializadas al momento del parto en los centros que no cuenten con servicios de atención especializada del recién nacido.

Meta asistencial vinculada:

- N° de partos de la institución

Instalación a nivel de centros de comités de resolución de barreras para la atención prenatal con alto nivel de decisión (integrando dirección, área contable, jefes de servicios especializados, técnicos de atención directa).

Constituir equipos de trabajo especializados en la instrumentación de acciones extramuros y constitución de redes interinstitucionales (mejorando flujo de información y servicios). Dotar de cargos técnicos específicos para estas acciones.

Jerarquizar en la planificación estratégica y dotar de recursos para la concreción de un modelo de intervención sanitaria definido en términos de colectivo situado territorialmente.

Fortalecer el personal de enfermería para instrumentar programas de recaptación y educación de la mujer embarazada.

Meta asistencial vinculada:

- N° de mujeres con 6 o más controles al momento del parto.
- N° de mujeres con historias SIP completas al momento del alta.
- N° de mujeres que al parto tienen VIH y VDRL realizado en el 1er y 3er trimestre de embarazo.

PRIMERA FASE B

Estudio cuantitativo sobre Integración de la atención prenatal con la detección y manejo clínico del VIH y la Sífilis. Encuesta de opinión a embarazadas en los Servicios de Salud

SEPTIEMBRE 2009 – MARZO 2010

Informe de Investigación

LIBIA CUEVAS MESSANO
Coordinadora

LAURA LATORRE - MARCELO CERVANTES
LORENA ALBANES - HELENA YANICELLI

1. Resumen

El presente informe expone los resultados de la Primera Fase etapa B, de la investigación en Uruguay realizado en el marco de la Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de integración de la atención prenatal con la detección y el manejo clínico del VIH y de la Sífilis. Esta Fase B, fue implementada por el equipo de Investigación de la Fase A, del Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (PPITS-SIDA), bajo la órbita en ese momento de la DIGESA/MSP, del Ministerio de Salud Pública (MSP), con apoyo técnico de la coordinación regional de la Universidad de Harvard y con apoyo financiero de UNICEF.

Se indagó sobre el cumplimiento de las pautas de control de embarazo, manejo del VIH y la Sífilis. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal basado en una encuesta de opinión aplicada a embarazadas usuarias del subsistema público de ASSE de los departamentos de Colonia, Montevideo y Rivera. Se seleccionó una muestra de 256 casos válidos de embarazadas. La recolección de datos se

realizó en el período del 9 de septiembre de 2009 al 16 de marzo de 2010.

Los resultados evidenciaron la acumulación de vulnerabilidades de las mujeres embarazadas del subsistema público en términos de educación y acceso al empleo. A ello se agregan las vulnerabilidades originadas en la segregación étnica y las de género. El 96% de las embarazadas encuestadas concurre a control prenatal y se registra un buen cumplimiento de las pautas de atención en base a las "Normas de Atención a la Mujer Embarazada" definidas por el MSP. Los valores registrados de antecedentes de Sífilis alcanzan al 5.1% y entre quienes recibieron resultados de estudios realizados en el actual embarazo es de 6.4% (10 casos que representan un 3.9% calculados sobre el total de casos). En referencia al VIH se registraron 15 casos de mujeres VIH+, 14 de las cuales fueron captadas en la policlínica de atención de embarazadas seropositivas y sólo en un caso fue diagnosticada en Puerta de Emergencia sin estar en tratamiento. ■

2. Objetivos

Objetivo General

Caracterizar niveles de cumplimiento de las pautas de control de embarazo y manejo de la Sífilis y el VIH.

Objetivos Específicos

- Identificar el perfil social de las embarazadas atendidas en servicios de salud del sub. sector público del Sistema Nacional Integrado de Salud., ASSE del MSP
- Caracterizar las instancias de detección de embarazo, control prenatal y paraclinica.
- Describir la atención en términos de asesoría en salud sexual y reproductiva, en particular VIH y Sífilis
- Especificar las condiciones de entrega de resultados y tratamiento de VIH y Sífilis. ■

3. Metodología

El estudio se realizó desde un abordaje metodológico cuantitativo, descriptivo y transversal. Se efectuó una encuesta de opinión mediante la aplicación de un cuestionario estructurado y pre-codificado, organizado en base a las siguientes secciones: a) Identificación del Centro; b) Test de embarazo; c) Control prenatal; d) Paraclínica; e) Asesoría en Salud Sexual y Reproductiva; f) Prueba, entrega de resultados y tratamiento de sífilis; G) VIH prueba, entrega de resultados y tratamiento; H) Información personal y familiar. En el primer contacto con las embarazadas se realizó un consentimiento informado referente a contenidos y condiciones del estudio. Se contó con personal capacitado en la aplicación de la técnica y en consejería de ITS/VIH-SIDA y embarazo. El trabajo de campo se realizó desde el 25 de septiembre de 2009 al 16 de marzo de 2010. El ingreso de los datos en la base y el análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico de SPSS 15.0. Se presentan cuadros descriptivos, medidas de resumen y medidas de asociación.

Muestreo

La población de estudio comprendió a las mujeres embarazadas que concurren a servicios de salud dependientes de ASSE en Montevideo, Colonia y Rivera. A su vez, se incluyó la Policlínica de control de embarazadas portadoras de VIH del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) a los efectos de lograr la captación de embarazadas VIH+. El cuadro siguiente detalla la distribución de muestra por Centros de Salud y número de casos. Se definió una confiabilidad del 99% con un 3% de error y un valor de 3.5%. Se tomó como línea base para la estimación del parámetro la prevalencia de la Sífilis Congénita (2006) en la población de embarazadas del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Se estimó un valor muestral de 250 casos que ajustados al 5% a efectos de reemplazos alcanzaran a 262. Se aplicaron 262 cuestionarios de los cuales se consideraron válidos un total de 256 casos. Se realizó captación activa de casos para la observación del control prenatal en mujeres VIH positivas en la Policlínica de VIH de referencia que funciona en el CHPR y Policlínica de embarazos de alto riesgo que funcionan en policlínicas en centros de salud de primer nivel de asistencia. ■

TABLA 2. Distribución de la muestra

Caracterización de la Muestra			
Categorías	Centros / Servicios	Casos	%
Centro Hospitalario Pereira Rossell	CHPR Emergencia	67	
	CHPR Policlínica gineco - obstétrica	11	
	CHPR Policlínica de VIH	14	
	CHPR Policlínica alto riesgo	12	
	Total	104	40.6
Montevideo	Centro Coordinado del Cerro	46	
	Centro Salud Jardines del Hipódromo	7	
	Centro de Salud Sayago	7	
	Policlínica COVIPRO	12	
	Policlínica 8 de marzo	12	
	Total	84	32.8
Rivera	Hospital Rivera Emergencia	2	
	Policlínica Vichadero	3	
	Policlínica Tranqueras	5	
	Policlínica Rivera Chico	5	
	Policlínica Líbano	13	
	Policlínica Lagunon	1	
	Policlínica Mandubí	7	
	Policlínicas descentralizadas ciudad de Rivera	3	
Total	39	15.3	
Colonia	Centro Nueva Palmira	0	
	Hospital Carmelo	4	
	Hospital Colonia	19	
	Policlínica Juan Lacaze	6	
	Total	29	11.3
	Total casos	256	

4. Resultados

1. Descripción del perfil social

TABLA 3. Caracterización de la muestra			
		Casos	%
EDAD	Hasta 19 años	48	18.7
	20 a 24 años	76	29.7
	25 a 29 años	73	28.5
	30 a 39 años	54	21.1
	40 y más años	5	2.0
	Total	(256)	100
Edad estadísticas descriptivas	Mínimo	15	
	Máximo	43	
	Media	25.25	
	Desvío	6.037	
NIVEL DE ESTUDIOS ¿Cuál es tu nivel de estudios?	Ninguno / analfabeta	4	1.6
	Primaria incompleta	21	8.2
	Primaria completa	64	25.0
	Secundaria incompleta	133	52.0
	Secundaria completa	27	10.5
	Terciaria incompleta	6	2.3
	Terciaria completa	1	0.4
	Total	(256)	100
OCUPACIÓN En los últimos 12 meses ¿cuál fue tu principal ocupación?	No trabaja (inactiva)	126	49.2
	Trabajo no calificado (trabajo doméstico/limpieza)	58	22.7
	Trab. Servicios (niñera, cajera, peluquera, vendedora, promotora, etc.)	47	18.3
	Trabajo en programas sociales de empleo*	12	4.7
	Obrero calificado	9	3.5
	Empleados de oficina	2	0.8
	Técnicos nivel medio	2	0.8
	Total	(256)	100
ASCENDENCIA ¿Cree tener ascendencia...?	Afro	53	20.7
	Blanca	144	56.3
	Asiática o amarilla	1	0.4
	Mestiza	42	16.4
	NS/NC	16	6.2
	Total	(256)	100

* Los programas sociales de empleo mencionados refieren a ocupaciones de trabajo no calificado en los programas del MIDES, MTSS y de la IMM (Barrido otoñal, Uruguay trabaja, Trabajo por Uruguay). Estos programas se dirigen a población en situación de pobreza, vulnerabilidad social y mujeres. Son programas de empleo transitorio.

La edad de las embarazadas contempla un amplio rango de 15 a 43 años, con una media de 25 años. Más del 50% de los casos se contrata entre los 20 y 29 años. Sin embargo, es de destacar un 18.7% de embarazadas entre 15 y 19 años.

En cuanto al nivel de educación se observó un 1.6% de analfabetas y un 8.2% de primaria incompleta. El 65% accede a la educación media pero sólo un 13% la completa. De ellas, sólo un 2.7% ingresa al nivel terciario.

El 49 % de las embarazadas no había trabajado en los últimos 12 meses. Un 23% desempeño en dicho lapso algún trabajo no calificado, un 18% un trabajo en el área de servicios y un 5% trabajó en un programa social de empleo transitorio.

La indagación sobre ascendencia familiar presentó resistencia para ser respondida. Un 56.3% se identificó con ascendencia blanca, un 20.7% de afrodescendientes y un 16% mencionó espontáneamente tener ascendencia "mestiza", "mezclada" o "mixturada".

El 73% de las embarazadas vive con su pareja tanto en hogares, en el 57% se trata de una familia nuclear o una pareja en es-

pera de su primer hijo. Únicamente en un 4% de los casos se trata de mujeres con hijos a cargo sin pareja ni ningún otro adulto en el hogar. Las diferencias observadas en función del número de gestas dan cuenta para el primer embarazo de una mayor participación en hogares extendidos. En esta relación interviene la edad de la mujer y su permanencia en la familia de origen. Así, en las embarazadas de hasta 19 años se alcanza un 67.5% que vive en hogares monoparentales extendidos, un 15.0% en biparentales extendidos y un 17.5% biparental (familia nuclear). (Tabla 4)

2. Detección, control y paraclínica del embarazo

2.1. Características y detección del embarazo

En referencia a los antecedentes obstétricos se encontró un 34% de primeras gestas mientras que un 26% refiere a 4 o más gestas. Un 13% declaran tener antecedentes de aborto. (Tabla 5)

TABLA 4. Composición familiar

Composición familiar*				
		Primera gesta (%)	2 o más gestas (%)	Total (%)
¿Con quién vivís?	Monoparental	--	6.5	4.3
	Monoparental extendida	46.5	11.2	23.0
	Biparental	31.4	70.0	57.0
	Biparental extendida	22.1	12.4	15.6
	Total	100	100	100
		(86)	(170)	(256)

* Los criterios para definir las tipologías de hogares se tomaron de " Soledad Salvador, Gabriela Pradere. Análisis de las trayectorias familiares y laborales desde una perspectiva de género y generaciones. Uruguay. Mayo, 2009. En función de ellos se clasificó siempre como con hijos cuando la mujer estaba embarazada pero sin otros hijos, de forma de tomar en consideración la inminencia del cambio en el ciclo de vida. Tipología propuesta por Salvador, S. y Pradere, G.

TABLA 5. Antecedentes obstétricos

		Ascendencia (%)		Total (%)
		Afro	Otra	
Número de gestas	1ª gesta	28.4	36.6	33.6
	2ª gesta	25.3	24.8	25.0
	3ª gesta	15.8	14.9	15.2
	4ª o más gestas	30.5	23.6	26.2
	Total	100	100	100
Número de abortos (espontáneos, provocados, óbitos)	0	85.3	88.2	87.1
	1	6.3	8.7	7.8
	2 o más	8.4	3.1	5.1
	Total	100	100	100
Número de partos (cesáreos o vaginales)	0	32.6	39.8	37.1
	1	24.2	25.5	25.0
	2	18.9	14.3	16.0
	3 o más	24.2	20.5	21.8
	Total	100	100	100
Casos		(95)	(161)	(256)

El análisis de los datos en función de la ascendencia étnica da cuenta de diferencias en las pautas reproductivas entre las entrevistadas. Las mujeres afrodescendientes dan cuenta de un mayor número de embarazos, partos y abortos. La distancia es particularmente evidente en referencia al número de abortos.

Edad gestacional

Se investigó sobre la edad gestacional al momento del diagnóstico de embarazo. En el 80% de los casos la confirmación se realizó antes de las 12 semanas de embarazo.

Si analizamos los resultados en función de la edad de la embarazada, se puede observar que ya en presencia de la segunda falta menstrual el 73% de las adolescentes reconocen que sabían que estaban embarazadas.

GRÁFICO 11. Confirmación del embarazo

¿De cuántas semanas estabas cuando confirmaste el embarazo?

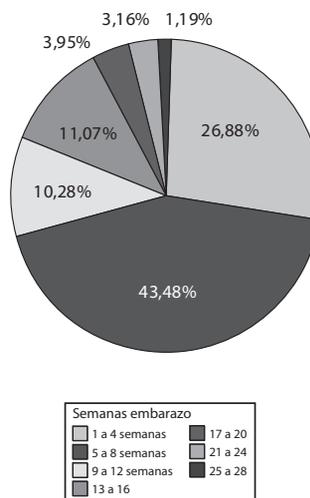


TABLA 6. Diagnóstico del embarazo y edad de la mujer embarazada

Captación del embarazo según edad						
¿De cuántas semanas de embarazo estabas cuando te enteraste? (semanas)	Edad % (años)					Total %
	Hasta 19	20-24	25-29	30-39	40 y más	
1 a 4	31.3	31.5	26.0	20.4	---	26.9
5 a 8	41.7	35.6	46.6	50.0	60.0	43.5
9 a 12	6.3	12.3	11.0	9.3	20.0	10.3
Más de 12 semanas	20.8	20.5	16.4	20.4	20.0	19.4
Total	100	100	100	100	100	100
Casos	(48)	(73)	(73)	(54)	(5)	(253)
% fila	19.0	28.9	28.9	21.3	2.0	100

El 60% de las embarazadas confirmó el embarazo con un test de orina en su casa y sólo un 3,5% señaló que la confirmación provenía de sintomatología asociada al embarazo. Por otra parte el 68 % de las encuestadas confirmó el embarazo por más de un método de diagnóstico. La razón para ello, se vincula a la indicación médica/partera de realización de un nuevo análisis paraclínico a fin de corroborar el diagnóstico. La reiteración de los diagnósticos suponen demoras en el control prenatal y pueden contribuir a un tardío diagnóstico de Sífilis o VIH o ser una primera barrera que distancie a la embarazada del sistema de salud. Independiente del servicio en

que consulte, sea emergencia o policlínica, sólo el 36% inició sus controles en el día de la primera consulta. Un 82% concurrió al Centro de Salud pero no logró una atención inmediata sino que se postergó hasta otro día el control médico y en un 4,3% las embarazadas señalan que optaron por esperar a que avanzara el embarazo. Estos datos evidencian la falta de simultaneidad entre el primer contacto con el Centro de Salud y el primer control médico, actuando como barrera y perdiendo una oportunidad desde el Sistema de Salud de mejorar la adherencia y control periódico del embarazo. (Tablas 6 y 7).

TABLA 7. Diagnóstico de embarazo

Captación del embarazo			
		Casos	%
¿Cómo confirmaste que estabas embarazada?	Falta menstruación, panza, vómitos	9	3.5
	En casa, me hice test orina	155	60.5
	En laboratorio examen de sangre por mi cuenta	9	3.5
	En policlínica, me hice test orina	42	16.4
	En laboratorio examen de sangre (hospital)	11	4.3
	En emergencia (sangre, orina, ecografía)	14	5.5
	Ecografía	7	2.7
	Tacto	6	2.3
	Otro	3	1.2
	Total	256	100
¿Te realizaste más de una prueba para confirmar el embarazo?	Sí	175	68.4
	No	77	30.1
	NS/NC	4	1.6
	Total	256	100
¿Por qué?	Me lo indicó el médico/ partera	169	96.6
	Otra	4	2.3
	NS/NC	2	1.1
	Total	175	
Luego que te enteraste que estabas embarazada ¿qué hiciste?	Fue a la emergencia	8	3.1
	Fue al centro salud (CS) y atendieron ese día	84	32.8
	Fue al CS y le dieron N° antes de 2 semanas	126	49.2
	Fue al CS y le dieron N° después de 2 semanas	21	8.2
	Nada. Prefirió esperar que avanzara el embarazo.	11	4.3
	Otra situación	6	2.3
	Total	256	100

2.2. Control prenatal

TABLA 8. Apoyo familiar				
		Ascendencia (%)		Total(%)
		Afro	Otra	
¿A las consultas de control de embarazo asistís acompañadas?	Sí	54.7	60.2	58.2
	No	45.3	39.1	41.4
	NS/NC	--	0.6	0.4
	Total	100	100	100
¿Quién te acompaña a las consultas de embarazo? (respuesta múltiple)	Pareja	76.5	79.6	78.5
	Madre	17.9	21.7	20.3
	Otra mujer (amiga, vecina)	5.3	6.2	5.8
	Otro (hijos)	8.4	2.5	4.7
¿El padre del bebé (embarazo) esta de acuerdo con el embarazo?*	Sí	82.1	86.3	84.8
	No esta de acuerdo	8.4	6.2	7.0
	No sabe que está embarazada	3.2	2.5	2.7
	Ella no sabe lo que él piensa	2.1	3.1	2.7
	El esta de acuerdo ella no3	3.2	1.2	2.0
	Ninguno esta de acuerdo	1.1	0.6	0.8
¿Con quién quedan sus hijos cuando asiste a controles de embarazo?	Total	100	100	100
	No tiene hijos/ no tiene hijos menores de 12 años a cargo	36.8	41.0	39.5
	Los lleva	14.7	11.8	12.9
	Solos	7.4	3.1	4.7
	Escuela/CAIF/centro estudios	15.8	14.3	14.8
	Pareja padres	15.8	19.2	18.0
	Familiar vecino	37.9	31.1	33.6
Otro	1.0	1.9	1.6	
	Casos	(95)	(161)	(256)

El 58% asiste acompañada a la consulta de control de embarazo, sin embargo esta cifra alcanza al 73.3% cuando se trata del primer embarazo mientras para las multigestas este valor se ubica por debajo del 54%. La persona que acompaña a la embarazada presenta un comportamiento diferente cuando se trata del primer embarazo o si ya hay antecedentes de embarazo. Para la primera gesta, se registra un 27% donde es la madre la acompañante, un 4.8% amiga o vecina y un 66.7% la pareja. Mientras

tanto en multigestas predomina la pareja como acompañante con una participación superior al 80%.

Ante la pregunta de si el padre estaba de acuerdo con el embarazo, un 85% responde asertivamente. Sin embargo, es de destacar que ante dicha cuestión un 2.8% menciona espontáneamente que es ella quién no esta de acuerdo con el embarazo.

Al considerar la ascendencia étnica encontramos menor apoyo familiar en los indicadores relevados para las embarazadas

afrodescendientes. Son menos las parejas que están de acuerdo con el embarazo y también aparece más su desacuerdo frente al embarazo. Así, son menos las que concurren acompañadas a la consulta y entre quienes van acompañadas es menor la participación de la pareja o la madre como

acompañantes frente a un incremento de la categoría “otros” que en general refiere a los hijos. De igual modo al valorar con quién quedan los hijos cuando ella concurrir a los controles, las afrodescendientes mencionan más que “los llevan” o los “dejan solos”.

TABLA 9. Control del embarazo		Casos	%
¿Estás acudiendo a control prenatal?	Sí	245	95.7
	No	11	4.3
	NS/NC	--	--
	Total	(256)	100
¿Por qué razón NO se realiza los controles prenatales?	No tiene interés, no tiene ganas.	3	
	No consiguió que le dieran hora	2	
	No tiene cédula/ no tiene carné de asistencia	2	
	Recién se enteró	1	
	Lugar donde hace el control muy lejos y problemas económicos	1	
	No tuvo problemas en embarazos anteriores	1	
	Tuvo dos hijos y el marido no la deja	1	
	Total	(11)	
¿Por qué razón se realiza los controles prenatales? (respuesta múltiple)	Salud del bebé, que este bien	233	95.1
	Salud mía, de la madre	51	20.8
	Prevenir complicaciones	40	16.3
	Prevenir enfermedades que se transmitan al niño	18	7.3
	Embarazo de riesgo, abortos previos, problemas otros embarazos	9	3.8
	Responsabilidad, obligación	8	3.3
	Otro	8	3.3
	Total	(245)	
¿El servicio de salud donde se realizó el primer control prenatal es el mismo donde se controla actualmente?	Sí	196	80.0
	No	49	20.0
	Total	(245)	100

El 96% de las embarazadas señaló estar acudiendo al control prenatal, sólo un 4% no se había controlado al momento de la encuesta. Si vemos los motivos por los que las entrevistadas controlan su embarazo surge que en el 95% la razón refiere a la salud del hijo, un 20% a la salud de la madre y un 27% refiere a la prevención de riesgos (complicaciones, enfermedades, embarazos de riesgos). En cambio entre los pocos casos que no controlan su embarazo podemos identificar barreras de accesibilidad del sistema de salud y falta de motivación personal. Estas respuestas requieren ser consideradas al momento de diseñar estrategias de comunicación dirigidas a la embarazada para trabajar sobre información, orientación y consejería.

En promedio las entrevistadas cursaban la décima semana de embarazo (10.47) al momento del primer control, las

15 semanas en el segundo control y la semana 19 al momento del tercer control.

Asimismo, podemos observar que las embarazadas que cursaban de la semana 13 a la 20 ya habían efectuado un promedio de 3 controles prenatales. (Tabla 10)

2.3. Paraclínica

El 95% de las entrevistadas señalan que se realizaron exámenes de sangres durante el embarazo. Del 5% restante (13 casos) identificamos que 4 casos corresponden a mujeres que cursan hasta las 12 semanas de embarazo; 5 casos entre la semana 13 y la 20 de las cuales cuatro acudían a control prenatal; y en 4 casos cursaban entre la semana 21 y 28 de las cuales 2 acudían a control prenatal.

Sólo un 11.5% realizaron la extracción de sangre en el mismo día de la consulta prenatal, el 76% lo hicieron en el mismo

TABLA 10. Controles prenatales				
	Promedio	Promedio de semanas embarazo		
		Media	N	Desvío
¿De cuantas semanas estabas cuando te hiciste el ...	1er. Control?	10.47	244	5.528
	2do. Control?	15.11	202	5.570
	3er. Control?	19.15	141	5.810
	Semanas actuales embarazo	Nro. Controles hasta el momento		
		Media	N	Desvío
¿En total cuántos controles con ginecólogo/a o partera tuviste hasta el momento? Según semanas actuales de embarazo	1 a 8	1.40	5	0.548
	9 a 12	1.85	13	0.899
	13 a 20	3.09	58	1.502
	21 a 28	4.43	67	1.940
	29 a 36	6.14	63	2.475
	37 a 42	8.00	39	3.000
	Total	4.92	245	2.841

centro pero otro día y para un 18% de las embarazadas fue necesario el traslado a otro Centro de Salud para realizar la extracción de sangre. El 96% recibió los resultados de los exámenes y en la mayoría de los casos lo hizo directamente en

laboratorio (88%) mientras que un 8% lo obtuvo en el marco de la consulta de control prenatal. Dos tercios recibieron los resultados entre los 7 y 14 días mientras que para un 6% de los casos el resultado tardó 15 días o más. (Tabla 11)

TABLA 11. Características de rutina obstétrica

		Casos	%
¿Te realizaste exámenes de sangre durante el embarazo?	Sí	243	94.9
	No	13	5.1
	NS/NC	--	--
	Total	(256)	100
¿Dónde te realizaron la extracción de la muestra de sangre? (respuesta múltiple)	Durante la consulta	6	2.5
	En mismo centro (laboratorio) y mismo día	22	9.0
	En mismo centro (laboratorio) otro día	186	76.5
	En otro centro, otro día, requirió traslado	44	18.1
	Total	(243)	
¿Recibió los resultados?	Sí	233	95.9
	No	9	3.7
	NS/NC	1	0.4
	Total	(243)	100
¿Cómo los recibió?	En el momento	3	1.3
	Los retiró del laboratorio	206	88.4
	En la siguiente consulta, estaban en la historia clínica	18	7.7
	Durante la internación	3	1.3
	Otra modalidad	3	1.3
	Total	(233)	100
¿Cuánto tiempo después de la extracción recibió los resultados?	Menos de una semana	68	29.2
	Entre una semana y hasta dos (14 días)	150	64.4
	Tres semanas y más (15 días y más)	14	6.0
	NS/NC	1	0.4
	Total	(233)	100

TABLA 12. Rutina obstétrica y edad gestacional

	Promedio	Promedio de semanas embarazo		
		Media	N	Desvío
¿De cuántas semanas estabas cuando te hiciste el ...	¿1er. Examen de sangre?	11.71	236	5.413
	¿2do. Examen de sangre?	20.20	137	3.987
	¿3er. Examen de sangre?	23.91	53	7.214
	Semanas actuales embarazo	Nro .veces Exámenes de sangre		
		Media	N	Desvío
¿Cuántas veces te realizaste exámenes de sangre durante el embarazo?	1 a 8	1.00	3	0.000
	9 a 12	1.36	14	0.842
	13 a 20	1.56	54	0.744
	21 a 28	1.99	68	1.178
	29 a 36	2.70	64	1.508
	37 a 42	2.77	39	1.613
	Total	2.16	(243)	1.352

TABLA 13. Información sobre los exámenes de sangre

¿Recuerda si la muestra de sangre fue para estudios de ...?					
	Sí	No	NS/NC	Total	(Casos)
Glicemia	79.4	3.3	17.2	100	(243)
Hemograma	73.7	4.1	22.2	100	(243)
Hepatitis B	75.3	5.3	19.3	100	(243)
Sífilis VDRL/ RPR	85.2	2.5	12.3	100	(243)
VIH	88.9	3.3	7.8	100	(243)
Toxoplasmosis	74.1	4.5	21.4	100	(243)
Grupo sanguíneo	79.4	3.7	16.8	100	(243)

En promedio el primer examen de sangre se realizó a las 12 semanas de embarazo (11.71), el segundo a las 20 semanas y el tercero a las 24 semanas (23.91). (Tabla 12)

Al indagar sobre los estudios que se realizaban con las muestras de sangre (en base a respuestas sugeridas) se contabilizó una proporción mínima de respuestas positivas para la mención de "hemograma" (74%) y una máxima para análisis de "VIH" (89%). (Tabla 13)

Al indagarse sobre las consultas a diferentes especialistas se encontró que un 91% consultó en algún momento con ginecólogo; un 62% con partera; 52% con odontología; 31% con nutrición; y 18% con trabajo

social. Las consultas con otras especialidades médicas refieren a: médico (12); endocrinólogo (3); hematólogo (1); dermatólogo (1); cirujano (1); y urólogo (1). (Tabla 14)

El 85% de las embarazadas se realizó alguna ecografía durante el embarazo. De las mujeres que no se realizaron ecografías (37 casos) 5 casos no asistían a control prenatal de las cuales dos estaban entre la semana 21 y 28. De las restantes 32 mujeres que sí se realizaban control prenatal y sin ecografía encontramos que: 15 cursaban hasta la semana 12 de embarazo; 13 entre las 13 y 20 semanas; 3 de 21 a 28 semanas y 1 caso de 29 a 36 semanas. (Tabla 15)

TABLA 14. Consultas con especialistas

Entre los controles prenatales que se realizó, fue a consulta con:					
	Sí	No	NS/NC	Total	(Casos)
Nutricionista	30.6	67.3	2.0	100	(245)
Odontólogo	51.8	46.5	1.6	100	(245)
Trabajadora Social	18.4	78.8	2.8	100	(245)
Ginecólogo	91.0	8.6	0.4	100	(245)
Partera	61.6	34.7	3.7	100	(245)
Otro	7.8	92.2	--	100	(245)

TABLA 15. Ecografía Obstétrica

Ecografía			
		Casos	%
¿Te realizaste alguna ecografía durante el embarazo?	Sí	219	85.5
	No	37	14.5
	NS/NC	--	--
	Total	(256)	
¿Dónde te realizaron la ecografía? (respuesta múltiple)	Durante la consulta	4	1.8
	En el mismo centro y mismo día	13	5.9
	En mismo centro pero otro día	117	53.4
	En otro centro, otro día, requirió traslado	106	48.4
	NS/NC	1	0.5
	Total	219	100

Tabla 16. Ecografía Obstétrica

Ecografía				
	Promedio	Promedio de semanas embarazo		
		Media	N	Desvío
¿De cuántas semanas estabas cuando te hiciste la ...	1era. Ecografía?	14.87	215	5.706
	2da. Ecografía?	22.65	125	6.136
	3era. Ecografía?	30.32	44	5.175
	4ta. Ecografía?	34.00	4	2.944
¿Cuántas ecografías te realizaste durante el embarazo?	Semanas actuales embarazo	Nro. ecografías		
		Media	N	Desvío
	1 a 8	1.00	2	0.000
	9 a 12	1.50	2	0.707
	13 a 20	1.31	45	0.514
	21 a 28	1.70	67	1.045
	29 a 36	2.46	63	1.255
	37 a 42	2.79	39	1.361
Total	2.03	(218)	1.214	

La primera ecografía se efectúa en promedio en la semana 15, la segunda en la semana 23 y la tercera en la semana 30. Por otra parte, identificamos un promedio de una ecografía realizada entre las embarazadas que cursaban hasta las 20 semanas de embarazo. De la semana 21 a 28 tenemos un intervalo de (0.655 <> 2.745); para la semana 29 a 36 el intervalo corresponde a (1.205 <> 3.715) y entre la semana 37 a 42 es de (1.429 <> 4.151). (Tabla 16)

3. Asesoría en salud sexual y reproductiva

Los datos de la Tabla 17 evidencian escasa aceptación del preservativo durante el embarazo. El 66% de las entrevistadas declaran no usar preservativo durante el embarazo, un 10% señala que a veces lo utiliza y un 9% que siempre lo hace. Por otra parte, al indagar sobre la actitud esperada de la pareja frente a la solicitud de uso del preservativo por parte de la embarazada, un 34% señala que lo tomaría mal o muy mal y un 48% que lo tomaría bien o muy bien.

Al considerar la ascendencia étnica de la embarazada encontramos menor uso del preservativo entre las embarazadas afrodescendientes, reforzado por una peor disponibilidad de la pareja a utilizarlo. En este sentido, vemos que un 43% de las mujeres afrodescendientes señala que la pareja tomaría mal o muy mal si ella le pidiese para usar preservativo durante el embarazo mientras que este valor desciende al 28% para las otras ascendencias étnicas.

El uso del preservativo presenta diferencias importantes en función de la edad. Encontramos que mientras un 20.8% de las embarazadas de hasta 19 años "SIEMPRE" lo usan, este valor desciende para edades superiores (6.0% entre 20 y 29 años; 5.6% entre 30 y 39 años; y 0% para 40 y más años).

La Tabla 18 indaga aspectos vinculados a la consejería pretest y a la orientación general a la embarazada sobre control prenatal, aspectos vinculados a la mejora de la adherencia a las pautas de control prenatal, al respeto y promoción de derechos. En este sentido, encontramos que un 39% de las embarazadas no recibió orientación sobre los motivos para realizarse los controles

TABLA 17. Uso preservativo

		Ascendencia (%)		Total(%)
		Afro	Otra	
¿Actualmente, durante el embarazo usas preservativo: siempre, a veces o nunca?	Siempre	6.3	9.9	8.6
	A veces	7.4	11.2	9.8
	Nunca	68.4	64.0	65.6
	No mantiene relaciones	14.7	14.9	14.8
	NS/NC	3.2	--	1.2
	Total	100	100	100
¿Si usted le pide a su pareja que use preservativos (ahora embarazada) como cree que lo tome?	Mal/ Muy mal	43.2	28.0	48.4
	Bien/ Muy bien	38.9	54.0	33.6
	No sabe	11.6	10.6	10.9
	no tiene pareja	3.2	4.3	3.9
	No contesta	3.2	3.1	3.1
	Total	100	100	100
	Casos	(95)	(161)	(256)

Tabla 18. Consejería

		Nº gestas (%)		Total (%)
		1ª gesta	2 o más	
¿En el primer control o en consulta de emergencia, le explicaron los motivos para hacerse controles de embarazo?	Sí	59.3	55.9	57.0
	No	38.4	40.0	39.5
	NS/NC	2.3	4.1	3.5
	Total	100	100	100
¿Le explicaron por qué se realizan los exámenes de sangre, orina y ecografías?	Sí	62.8	59.4	60.5
	No	36.0	37.6	37.1
	NS/NC	1.2	2.9	2.3
	Total	100	100	100
		(86)	(170)	(256)

TABLA 19. Consejería en VIH

		Casos	%
En algún momento, ¿le hablaron de la prueba de ELISA o de la prueba rápida para detectar el VIH, el virus que causa el SIDA?	Sí	103	40.2
	No	145	56.6
	NS/NC	8	3.1
	Total	(256)	100
¿Le explicaron lo que implica tener un resultado NEGATIVO de VIH?	Sí	90	35.2
	No	157	61.3
	NS/NC	9	3.5
	Total	(256)	100
¿Le explicaron lo que debía hacer en caso de que la prueba del VIH resultara POSITIVA?	Sí	88	34.4
	No	158	61.7
	NS/NC	10	3.9
	Total	(256)	100
¿Qué le dijeron?	No se acuerda mucho, pero le hablaron	55	21
	No se acuerda tiene folletos	19	7
	Es una ETS debe usar preservativos de tenerla	29	1
	Como cuidarse para no agarrar	19	7
	Cuidarse para no contagiar al niño realizar tratamiento	75	29
	Que el diagnostico es con un pinchazo del dedo	19	7
	Es una rutina de la embarazada	5	2
	Que significa los resultados'	28	1
	Ya sabia por mi anterior embarazo	5	2
	Es una enfermedad mortal no recuerda mucho	2	1

de embarazo y un 37% no contó con información sobre las razones que justificaban la paraclínica durante el embarazo. Los datos evidencian que en la primera gesta no se registran mejoras en términos de consejería para ninguno de los aspectos indagados.

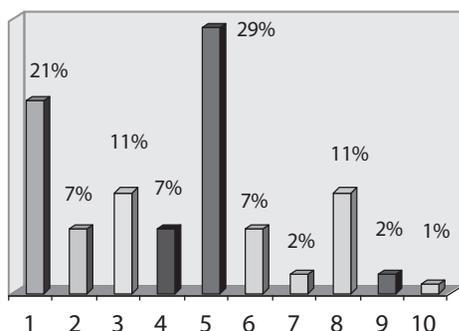
La Tabla 19 muestra que del total de entrevistadas sólo un 40% señaló que le hablaron sobre la prueba de ELISA o prueba rápida para detectar VIH. A su vez, sólo un 35% recibió consejería sobre el significado de un resultado negativo al test de VIH mientras que un 34% recibió consejería sobre resultados positivos. Las respuestas sobre los contenidos del mensaje brindado denotan

en muchos casos escasa retención y detalles, aunque en otros casos se integran elementos vinculados a las ETS, uso del preservativo, características de la rutina e integración como herramienta de cuidado.

En referencia a la consejería de Sífilis, se encontró que solamente a un 24% de las entrevistadas declaran que en algún momento le explicaron qué es y cómo se diagnostica la Sífilis. Sobre el mensaje recibido se mencionan elementos vinculados a las ETS, el tratamiento de la pareja, el impacto sobre el bebé y en menor medida aspectos sobre el uso del preservativo y consecuencias de la Sífilis en el em-

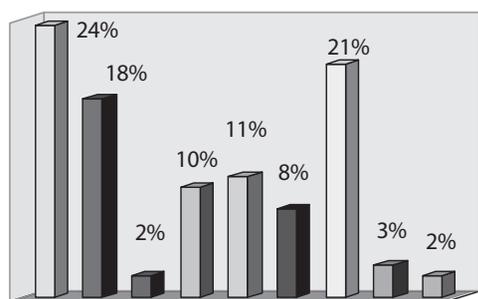
GRÁFICO 12. Resultados de consejería VIH

Recuerdo de consejería por prueba de VIH



- No se acuerda, pero le hablaron
- No se acuerda tiene folletos
- Es un ETS usar preservativos
- Como cuidarse para no agarrar
- Cuidarse para no contagiar al niño realizar tratamiento
- Que el diagnostico con un pinchazo del dedo
- Es una rutina
- Que significa los resultados
- Ya sabia por mi anterior embarazo
- Es una enfermedad mortal no recuerda mucho

GRÁFICO 13. Consejería en Sífilis



- ITS
- No o no sabe
- Experiencia personal
- Afecta al bebe
- Es rutina
- Recordaban el tratamie.
- Importante la pareja
- Uso de preservativo
- Da aborto

barazo. De quienes recibieron consejería, un 85% recibió explicaciones respecto de qué hacer en caso de registrar un resultado positivo y un 77% recibió indicaciones

sobre el tratamiento de la Sífilis. Entre quienes recibieron consejería la mayoría la recibió del médico (77%) y fue mientras estaba sola (80%). (Tabla 20)

TABLA 20. Consejería en Sífilis			
		Casos	%
En algún momento ¿le explicaron lo qué es y qué diagnostica el análisis de VDRL y/o prueba rápida para detectar Sífilis?	Sí	61	23.8
	No	187	73.0
	NS/NC	8	3.1
	Total	(256)	100
¿Qué le dijeron? (Pregunta abierta)	Es enfermedad de Transmisión sexual	62	24
	No recuerda o no contesta	46	18
	Tiene experiencia personal	5	2
	Afecta al bebe si ella lo tiene	27	10
	Es rutina del embarazo	28	11
	Recordaban el tratamiento.	21	8
	Importante que la pareja se trate	53	21
	Uso de preservativo para no adquirirla	9	3
¿Le explicaron lo que debía hacer en caso de que la prueba para la Sífilis fuera POSITIVA?	Puede causar un aborto.	5	2
	Sí	52	85.2
	No	9	14.8
	NS/NC	--	--
Total	(61)	100	
¿Le explicaron sobre el tratamiento que debería realizarse para la Sífilis si Ud. tuviese y fuera indicado por el médico?	Sí	47	77.0
	No	14	23.0
	NS/NC	--	--
	Total	(61)	100
¿Quién realizó la orientación, le dio información o la consejería? (respuesta múltiple)	Médico	47	77.0
	Lic. Enfermería	3	4.9
	Aux. Enfermería	2	3.3
	Partera	4	6.6
	Estudiantes enfermería/ partera	5	8.2
	NS/NC	1	1.6
	Total	(61)	
¿La información la recibió:.....?	Usted sola	49	80.3
	Con la pareja	8	13.1
	Con más gestantes	3	4.9
	NS/NC	1	1.6
	Total	(61)	100

4. Entrega de resultados y tratamiento de VIH y sífilis

Al indagar sobre análisis de Sífilis en el embarazo, se encontró que un 62% se realizaron test rápidos de Sífilis o VDRL. De ellas un 98% recibió los resultados de la prueba. Un 34% recibió resultados de

Sífilis durante las primeras 8 semanas; un 26% entre las 9 y 12 semanas y un 24% entre las 13 y 20 semanas. El médico es la persona que entrega la mayor parte de los resultados (78%) y lo hace en forma clara según la percepción de la mayoría (91%) de quienes recibieron resultados de Sífilis. (Tabla 2.1)

TABLA 2.1. Resultados sobre investigación de Sífilis			
		Casos	%
¿Te hiciste durante el embarazo alguna prueba de Sífilis?	Sí	160	62.5
	No	86	33.6
	NS/NC	10	3.9
	Total	(256)	
¿Recibiste los resultados de la prueba de la Sífilis, VDRL?	Sí	157	98.1
	No	3	1.9
	NS/NC	--	--
	Total	(160)	100
¿De cuántas semanas estabas cuando recibiste el resultado de Sífilis?	1 a 8 semanas	53	33.8
	9 a 12 semanas	41	26.1
	13 a 20 semanas	38	24.3
	21 a 28 semanas	12	7.6
	29 a 36 semanas	9	5.7
	37 a 42 semanas	1	0.6
	NS/NC	3	1.9
	Total	(157)	100
¿Quién te entregó los resultados? (respuesta múltiple)	Médico	122	77.7
	Lic. Enfermería	6	3.8
	Aux. Enfermería	10	6.4
	Partera	15	9.5
	Laboratorio	19	12.1
	Otras personas	1	0.6
	NS/NC	1	0.6
	Total	(157)	---
La forma en que te dieron el resultado te pareció: clara, confusa o no entendiste?	Clara	143	91.1
	Confusa	7	4.5
	No entendió	4	2.5
	NS/NC	3	1.9
	Total	(157)	100

Del total de entrevistadas un 5.1% declara haber tenido Sífilis con anterioridad al embarazo. La totalidad de ellas recibieron tratamiento. De los 13 casos con anteceden-

tes previos de Sífilis, en 5 ocasiones correspondió la detección a un embarazo previo y sólo un caso menciona haber tenido abortos originados en la Sífilis. (Tabla 22)

TABLA 22. Antecedentes de Sífilis

		Casos	%
Anteriormente al embarazo, ¿Tuviste Sífilis?	Sí	13	5.1
	No	242	94.5
	NS/NC	1	0.4
	Total	(256)	100
¿En esa oportunidad te trataron?	Sí	13	
	No	--	
	NS/NC	--	
	Total	(13)	
¿La/s veces que te trataron fue durante embarazos?	Sí, siempre	4	
	No	8	
	Alguna vez en el embarazo y otra/s fuera	1	
	NS/NC	--	
	Total	(13)	
¿Alguno de tus hijos nació con Sífilis o tuviste algún embarazo que perdiste por Sífilis?	Sí, hijos nacidos con sífilis	0	
	Sí, abortos por sífilis	1	
	No	12	
	NS/NC	--	
	Total	(13)	

Los antecedentes de Sífilis presentan importantes especificaciones en función de algunas variables base. En primer lugar, las embarazadas afrodescendientes presentan casi cuatro veces más antecedentes de Sífilis que las mujeres con otra ascendencia. Sin embargo, en la Sífilis detectada durante el actual embarazo los

valores positivos para Sífilis de las afrodescendientes son inferiores a las otras etnias. (Tabla 23)

La edad es un componente asociado al tiempo de exposición (no el único) en el caso de los antecedentes de Sífilis registramos que las mujeres encuestadas entre 30 a 39 años triplican (2.75) los casos de ante-

TABLA 23. Casos de Sífilis

		Casos de Sífilis			
		Con Sífilis previas a este embarazo		Detectadas en este embarazo	
		%	(casos)	%	(casos)
Ascendencia	Afro	9.5%	(95)	4.6%	(65)
	Otra	2.5%	(161)	7.6%	(92)
Edad	Hasta 19 años	2.1%	(48)	7.7%	(26)
	20 a 29 años	4.0%	(149)	5.3%	(95)
	30 a 39 años	11.1%	(54)	8.6%	(35)
	40 y más	0.0%	(5)	0.0%	(1)
Número de gestas	1ª	0.0%	(86)	1.8%	(57)
	2 o más	7.6%	(170)	9.0%	(100)
Abortos previos	Ninguno	4.0%	(223)	5.9%	(136)
	1	15.0%	(20)	16.7%	(12)
	2 o más	7.7%	(13)	0.0%	(9)
Total		5.1%	(256)	6.4%	(157)*

* La base de 157 casos sólo refiere a aquellas embarazadas que se realizaron un análisis de Sífilis durante el presente embarazo y que además recibieron el resultado del mismo.

cedentes con Sífilis de 20 a 29 años y éstas últimas duplican los antecedentes del grupo más joven. Por otra parte, los registros actuales de Sífilis por edades registran importantes valores también en los tramos más jóvenes lo que requiere ser valorado en término del comportamiento sexual y prevalencia actual de la Sífilis en el marco de un análisis de generaciones.

El número de “gestas” resulta una variable significativa para el corte de los antecedentes de Sífilis así como en referencia a la condición actual frente a la infección. A su vez, las mujeres que han tenido abortos previos tienen el triple de casos de antecedentes de Sífilis previos al embarazo.

En la Tabla 24 se muestra que un total de 10 embarazadas fueron diagnosticadas con Sífilis durante el presente embarazo. De ellas 5 no recibieron derivación, 4 fueron derivadas al ginecólogo y 1 a dermatólogo. Debemos considerar que la derivación a especialista puede demorar o hacer perder la indicación de un tratamiento oportuno.

En cuanto a la citación de la pareja sexual, dos de ellas declaran que nunca fueron citados y de los convocados al centro (8) concurrieron solo dos. De las 10 mujeres con resultados positivos para la Sífilis, 7 declaran haber terminado el tratamiento y 3 que el mismo aún esta en curso.

TABLA 24. Tratamiento de Sífilis

		Casos	%
¿El resultado de Sífilis fue positivo?	Sí	10	6.4
	No	146	93.0
	NS/NC	1	0.6
	Total	(157)	100
	No corresponde	99	
¿A dónde te derivaron después de darte el resultado?	No la derivaron a ningún lugar	5	
	Dermatólogo	--	
	Ginecólogo	4	
	Consejería ITS	--	
	Otro	1	
	NS/NC	--	
	Total	(10)	
¿Te solicitaron que tu compañero concurriera al Centro?	Sí	8	
	No	2	
	NS/NC	--	
	Total		
¿Concurrió y se trató?	Sí, concurrió pero no se trató	1	
	Sí, concurrió y se trató	--	
	No	6	
	Concurrió y le dio negativo	1	
	Total	(8)	
¿Cuál es tu situación actual frente a tu infección por Sífilis?	Terminó el tratamiento	7	
	Tratamiento aún en curso	3	
	Suspendió tratamiento	--	
	No se ha realizado el tratamiento	--	
	NS/NC	--	
	Total	(10)	

TABLA 25. Momento del diagnóstico

		Resultados de Sífilis antes y durante el embarazo				Total % Sobre el total no corresponde
		¿El resultado de Sífilis fue positivo? (%)				
		No corresponde sin estudios o resultados	Sí	No	NS/NC	
Anteriormente al embarazo ¿Tuviste Sífilis?	Sí	1.2 (3)	1.6 (4)	2.3 (6)	--	5.1 (13)
	No	37.1 (95)	2.3 (6)	54.7 (140)	0.4 (1)	94.5 (242)
	NS/NC	0.4 (1)	--	--	--	0.4 (1)
Total		38.7 (99)	3.9 (10)	57.0 (146)	0.4 (1)	100 (256)

En la Tabla 25 se resumen los antecedentes de Sífilis en embarazadas (5.1%) y los resultados actuales recibidos durante el presente embarazo (3.9%). De los 10 casos actuales de Sífilis 4 tienen antecedentes de Sífilis y 6 no los tienen. Por otra parte, entre quienes tienen antecedentes de Sífilis en 3 casos no tienen estudios realizados para este embarazo mientras que en 6 casos no han registrado valores positivos durante el embarazo en curso.

La incidencia encontrada de pruebas para Sífilis en las embarazadas fue *del 6.4%*, que calculada sobre el total de casos resulta en 3.9%.

Si disminuimos las que tenían antecedentes de Sífilis en el supuesto de que el positivo actual sea un registro por recuerdo, la incidencia encontrada en este embarazo *es del 2.3 %*.

Para poder estudiar mejor el proceso de control del embarazo en las mujeres con VIH, se recurrió a la Policlínica de Referencia Nacional CHPR, de Enfermedades Infecciosas. De los 15 casos positivos encontrados durante el estudio sólo uno no corresponde a dicha Policlínica y fue contactado por el reclutamiento general (0,3%). Este caso fue diagnosticado en Puerta de Emergencia de la Maternidad (test rápido y luego confirmado) tratándose de un embarazo no controlado, observado por la actual Investigación.

Del total de entrevistadas, el 42% ya se habían realizado un exámen de VIH previamente al embarazo. De ellas, el 9.3% de resultados positivos y un 87.9 de resultados negativos, acumulando un 97% que recibió un resultado del estudio realizado.

De las 15 mujeres embarazadas VIH+ 10 conocían su serología previamente al embarazo y 5 fueron nuevos casos diagnosticados en el curso del embarazo. De las cinco embarazadas detectadas durante el embarazo, 3 tenían resultados anteriores negativos y 2 no tenían estudios previos. (Tabla 26)

TABLA 26. Examen de VIH			
		Casos	%
¿Se realizó alguna vez una prueba de VIH antes del embarazo?	Sí	107	41.8
	No	147	57.4
	NS/NC	2	0.8
	Total	(256)	100
¿El resultado fue positivo?	Sí	10	9.3
	No	94	87.9
	Nunca lo fui a buscar/ no me lo dieron	2	1.9
	NS/NC	1	0.9
	Total	(107)	100
¿Alguno de tus hijos nació con VIH +?	Sí	1	
	No, realice tratamiento durante embarazo	4	
	No, en ese momento no era VIH +	4	
	No tengo otros hijos o embarazos.	1	
	Total	(10)	

El 80% se declara la realización de estudios de VIH durante el presente embarazo. De ellas, un 95% recibió los resultados y un 82% los recibió antes o hasta las 20 semanas. La entrega de resultados estuvo a cargo principalmente del médico, seguido a distancia de la entrega por parteras y por el laboratorio. Un 89% declara que la entrega de resultados fue clara.

En 15 casos se registran resultados positivos (7.6%), esto como indicamos previamente no indica la prevalencia en embarazadas en razón de la inclusión por muestreo teórico de un centro especializado en la atención de embarazadas VIH+.

El único caso que no fue contactado y por tanto en tratamiento por este centro especializado corresponde a la emergencia del CHPR. Por otra parte, se observó que sólo en 5 casos se solicitó la concurrencia de la pareja sexual al centro de tratamiento. (Tabla 27)

Las dificultades señaladas para la atención de las embarazadas VIH+ en la policlínica especializada del CHPR, refieren principalmente a la “distancia” del centro y a problemas económicos. De las 15 embarazadas VIH+, en 10 casos recibieron la indicación de tratamiento con antiretrovirales. (Tabla 28). ■

TABLA 27. Análisis y entrega de resultados de VIH		Casos	%
¿Te hiciste alguna prueba de VIH durante el (éste) embarazo?	Sí	206	80.5
	No	46	18.0
	NS/NC	4	1.6
	Total	(256)	100
¿Recibiste los resultados de la prueba de VIH?	Sí	196	95.1
	No	8	3.9
	NS/NC	2	1.0
	Total	(206)	100
¿De cuántas semanas estabas cuando recibiste el resultado de VIH?	1 a 8 semanas	61	31.1
	9 a 12 semanas	47	24.0
	13 a 20 semanas	52	26.5
	21 a 28 semanas	24	12.2
	29 a 36 semanas	9	4.6
	37 a 42 semanas	--	--
	NS/NC	3	1.5
	Total	(196)	100
¿Quién te entregó los resultados? (respuesta múltiple)	Médico	150	76.5
	Lic. Enfermería	7	3.6
	Aux. Enfermería	8	4.1
	Partera	29	14.8
	Laboratorio	22	11.2
	NS/NC	2	1.0
	Total	(196)	100
La forma en que te dieron el resultado te pareció: clara, confusa o no entendiste?	Clara	174	88.8
	Confusa	14	7.1
	No entendió	3	1.5
	No lo leí (resultado en papel laboratorio)	2	1.0
	NS/NC	3	1.5
Total	(196)	100	
¿El resultado de VIH fue positivo o indeterminado?	Sí	15	7.6
	No	179	91.3
	NS/NC	2	1.0
	Total	(196)	100
¿A dónde te derivaron después de darte el resultado?	A ningún lado	4	
	CHPR	11	
	Total	(15)	

TABLA 28. Tratamiento de VIH

	Casos	
Actualmente, te estás controlando tu embarazo en el CHPR?	Sí	14
	No	1
	Total	(15)
¿Qué dificultades tenés para controlarte en el CHPR? (respuesta múltiple)	Distancia. Es muy lejano de su vivienda	4
	Problemas económicos, pasaje, etc.	5
	No tiene con quien dejar sus hijos	1
	No confía en el personal de salud	1
	Otra situación	5
	No tiene dificultades	2
	Total	(15)
¿Te recomendaron que empezaras a tomar antiretrovirales?	Sí	10
	No	3
	NS/NC	2
	Total	(15)
¿Qué razones te dieron? (por sí o por no)	Para la salud de la embarazada	4
	Para prevenir la transmisión al bebé	10
	Otras	2
	NS/NC	2
	Total	(15)

5. Principales hallazgos y recomendaciones

5.1. Principales hallazgos de la Fase B

Perfil social de las embarazadas

La caracterización social de las embarazadas presenta vulnerabilidades acumuladas en referencia al contexto de la sociedad uruguaya. En primer término, la alta participación de embarazadas de 15 a 19 años (19%) y un bajo nivel de instrucción en referencia al total de la población con un 1.6% de analfabetas, 8% con primaria incompleta y un 25% que cursó primaria y la completó. A su vez, de la indagación sobre antecedentes de obstetricia: el 34% son primigestas y el 66% tenían 2 o más gestaciones anteriores a la actual. Un 13% declaran tener antecedentes de aborto. El número de gestas se encuentra asociado a los bajos niveles educativos y condición de pobreza. Según datos de la Encuesta sobre reproducción biológica y social de la población uruguaya, las mujeres con ciclo reproductivo completo (50 y 59 años) con menos de 5 años de estudio tienen un promedio de 4.4 hijos a diferencia de las mujeres con nivel educativo alto que promedian 2.3 hijos. (PNUD, 2005)¹

Por otra parte, considerando un período amplio de los últimos 12 meses previos a la entrevista, la mitad (49%) de las embarazadas no trabajó en forma remunerada y entre quienes estuvieron empleadas en la mayor parte de los casos se trató de empleos transitorios, informales y de baja remuneración. Se requiere contextualizar estos datos con la estrecha relación entre la pobreza de las mujeres y su acceso al mercado de trabajo, en particular a la mala calidad del trabajo remunerado. (CEPAL, 2004)²

La indagación sobre auto identificación étnica evidenció una alta participación de afrodescendientes (20.7%) y mestizas (16.4%) que sumados representan un 37.1% mientras que a nivel nacional según INE identificación del agregado “raza negra” alcanza al 5.9% (negra 0.9%, negra/blanca 4.9% y negra/otra 0.1%). Las mujeres afrodescendientes en la sociedad uruguaya sufren la discriminación en forma personal y directa como señalan los estudios del PNUD que las vulnera de múltiples formas como sujetos de derecho. A esto hay que sumarle la vulnerabilidad estructural en referencia a la situación de pobreza y empleo como afrodescendientes y como mujeres. Las múltiples

1 Folleto de difusión de la Encuesta de reproducción biológica y social de la población uruguaya. Proyecto género y generaciones. PNUD, 2005. <http://www.undp.org.uy/showNews.asp?NewsId=614>

2 Tomado del “Informe de la Reunión de expertos sobre pobreza y género” Santiago de Chile, 12 y 13 de agosto de 2003. Naciones Unidas – CEPAL -LC/L.2030/Rev.1, página 3. 13 de mayo de 2004

discriminaciones construyen identidades desvalorizadas a la vez que dificultan las acciones de autovaloración y acción colectiva. (PNUD, 2008)³

El 73% de las entrevistadas declara vivir con su pareja. Los arreglos familiares donde la embarazada no convive con la pareja refieren a un: 4% monoparentales (jefatura femenina) y un 23% monoparentales extendida.

Atención de la salud de la mujer embarazada

El análisis de la atención a la embarazada se realizó en base a las “Normas de Atención a la Mujer Embarazada” definidas por el MSP.⁴ (MSP, 2007) Se estudiaron cada una de las instancias de la trayectoria de atención prenatal de la mujer embarazada, desde la sospecha del embarazo hasta las diferentes instancias del control prenatal. En términos generales, desde la información recabada a través de las embarazadas, se registra un buen cumplimiento de las pautas nacionales de atención.

En referencia a la captación temprana de la embarazada, se observó que el diagnóstico de embarazo en el 80% se realizó antes o durante la semana número 12, en concordancia con las Normativas Nacionales del MSP. La confirmación del embarazo se realiza por cuenta propia en un 67.5% de los casos: 60.5% con análisis de orina, el 3.5% con estudios de sangre en laboratorio y un 3.5% por presencia de síntomas sin confirmación clínica (falta menstruación,

vómitos, etc.). Mientras que quienes acuden a servicios de salud confirman (30.2%) en: emergencia 5.5%; policlínica examen orina un 16.4%; en laboratorio examen sangre 4.3%; ecografía un 2.7% y tacto un 2.3%.

La captación de la mujer embarazada por el Primer Nivel de Atención, se realiza cuando ella sospecha o ha confirmado su embarazo, sea por la falta de menstruación, por otros signos/ síntomas o un test de embarazo realizado en orina en domicilio. Cuando la mujer embarazada concurre al Primer Nivel de Atención, la primera actitud del equipo de salud es confirmar el embarazo por el laboratorio demorando el inicio de los controles prenatales que solicita la usuaria. En el 97% de las veces es el médico quien solicita la confirmación por laboratorio. Esta es una barrera que puede llevar a la pérdida del contacto con la embarazada o al retraso de los controles posteriores. Eliminar esta barrera es de fácil solución desde el equipo de salud. Ya sea por la clínica, por un examen correcto que permita el hallazgo de signos o síntomas subjetivos de embarazo o por la realización de un nuevo test de embarazo en orina en el mismo lugar de la consulta (si el médico lo cree necesario) o realizar la confirmación del embarazo junto a los análisis de rutina obstétrica del primer trimestre (si se requiere). El proceso observado en muchos casos de solicitud de confirmación de embarazo a laboratorio, con posterior repetición de la consulta médica para recién en esta segunda consulta se solicite la paraclínica e inicien los controles prenatales, supone en muchos casos la pérdida de oportunidades del Sistema de Salud para la captación precoz, ya que estas demoras retrasan la asistencia a la embarazada y desestimulan los controles.

3 “Población afrodescendiente y desigualdades étnico-raciales en Uruguay”. PNUD, 2008. Disponible en <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/Afrodescendientes.pdf>

4 MSP-DIGESA-Programa nacional de Salud de la Mujer y Género. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer Embarazada. Uruguay, 2007.

Iniciar los controles prenatales

El algoritmo de funcionamiento de un Centro de Primer Nivel de Atención debe permitir en la mujer embarazada un control inmediato. Es pertinente privilegiar su asistencia con el cometido de evitar oportunidades perdidas y lograr un diagnóstico precoz de VIH o de Sífilis que habilite la prevención de la transmisión vertical mejorando la salud de la mujer y de su hijo. Los resultados de la encuesta mostraron que sólo el 33% de las embarazadas inició los controles el mismo día que consulto en el Centro de Salud, o sea que el restante 66% debió postergar su control con riesgos de no regresar o hacerlo en etapas más avanzadas donde se reduzca la efectividad de los tratamientos para evitar la transmisión vertical de la Sífilis o el VIH. El primer control de embarazo se realizó en promedio a las 10.47 semanas.

La fragmentación de los Servicios de Salud requiere de una revisión atenta y la consecuente modificación a los efectos de mejorar el flujo de atención y resolver los obstáculos al correcto control prenatal dando cumplimiento de las pautas del MSP en la mejor atención de las embarazadas.

Se requiere un algoritmo de funcionamiento los servicios, elaborado conjuntamente con los equipos de salud del Primer Nivel de Atención, que identifique la mejor estrategia de atención adaptada a la organización del servicio local. De manera que este nuevo flujograma contribuya a reducir al máximo las oportunidades perdidas de control de embarazo, revierta las barreras y logre mejorar la atención integral de la embarazada. Un ejemplo de ello, es mejorar la coordinación entre el laboratorio y la políclínica ginecológica, de manera que permita realizar la extracción de sangre para la rutina obstetricia el mismo día que la mujer embarazada concurre a la consulta con el

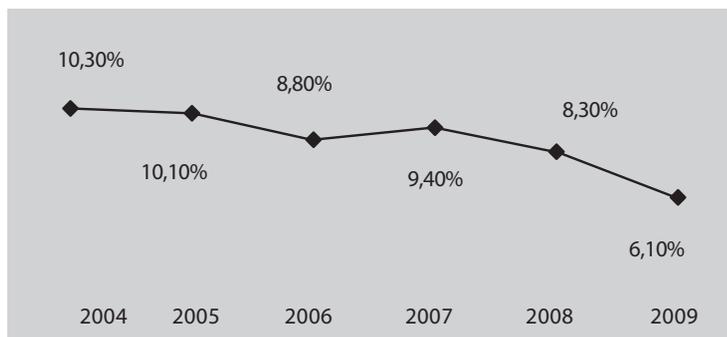
ginecólogo. Lo cual, evita que la embarazada deba solicitar número para la extracción en laboratorio en días posteriores y su nuevo traslado al Centro. Como se pudo observar en la presente investigación, el 49.2% se realizó la paraclínica de laboratorio dentro de las dos semanas posteriores a la solicitud del profesional durante el control de embarazo. En el caso de embarazos captados en forma tardía es imperativo el máximo ajuste de los tiempos de la paraclínica, ya que resulta una instancia de alto riesgo para el diagnóstico y tratamiento tardío que determine una Sífilis Congénita o una infección de VIH al recién nacido.

Controles prenatales

El 96% de las embarazadas encuestadas concurre a control prenatal, las razones principales son: la salud del bebé; la salud propia; y la prevención de complicaciones en el embarazo así como transmisión de enfermedades al niño. El 4.3% restante no realiza control prenatal, éstas fueron captadas en Puerta de Emergencia, valor inferior al 6.1% de embarazos de término sin control registrado por el subsector público que evidencian los datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) 2009 del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Por otra parte, según datos del 2009 del SIP se registra una tendencia decreciente del número de embarazos no controlados.

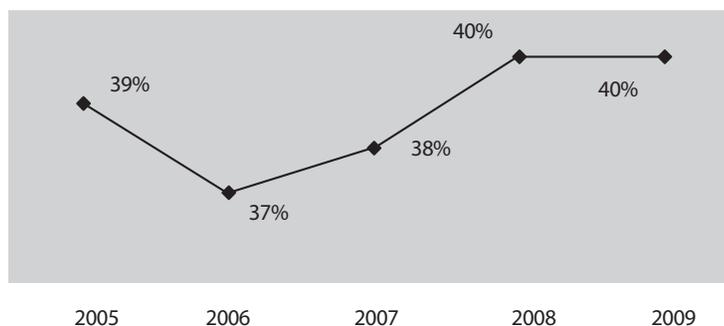
El objetivo de eliminación de la Sífilis Congénita requiere de un 100% de las embarazadas correctamente controladas, lo cual exige el máximo apego a las Normativas Nacionales del MSP así como la generación de estrategias locales que mejoren la atención y seguimiento de las embarazadas. El inicio de los controles en el primer trimestre alcanzó al 80% en el estudio, superando los valores registrados por el SIP – CHPR. En los últimos años se

GRÁFICO 14. Embarazos no controlados. SIP CHPR



FUENTE: Sistema Informático Perineal (SIP) - CHPR, 2009.

GRÁFICO 15. Captación del embarazo en el primer trimestre –SIP CHPR



ha registrado una tendencia positiva de la captación precoz del embarazo, llegando en el 2009 al 40% de las mujeres embarazadas controladas en el primer trimestre. Ello significa que aún el 60% de las embarazadas del subsector público tienen una captación tardía.

Las razones para no controlarse el embarazo señaladas por las 11 mujeres (4%) no controladas evidencian las siguientes barreras para la atención prenatal: a) aquellas

originadas en el **Sistema de Salud** como lo indican las siguientes respuestas: "no consiguió hora", "no tiene carné de asistencia", "le queda lejos el Centro de Salud"; b) en **ella misma** vinculado a: "no tiene interés", "buena experiencia en embarazos anteriores que no se controló"; y c) en la **responsabilidades familiares**: "tiene otros hijos y no tiene donde dejarlos" y "tuvo dos hijos antes y el compañero no la deja controlar el embarazo".

En relación al laboratorio

Si bien existe una descentralización de la extracción de la sangre para los exámenes paraclínicos, lo cual es un elemento de fortaleza del SNIS, se evidencian al menos tres limitaciones relevantes en torno a: el horario de atención; los tiempos de espera entre la indicación médica y la toma de muestras; la consejería pretest y la entrega de resultados.

El horario de atención de laboratorio se enmarca entre las 7hs y las 10.30hs de la mañana. Como evidencian los datos sólo el 11.5% de las embarazadas logra realizarse las extracciones de sangre el mismo día de la consulta. La mayoría concreta la extracción otro día en el mismo Centro (76.5%) o en otro Centro (18%). El 64% recibe los resultados entre una y dos semanas después de realizada la extracción. De las mujeres embarazadas que recibieron los resultados lo recogieron el 21% ellas mismas del laboratorio y luego lo llevaron a la próxima consulta. La observación conjunta de ambos estudios evidencia una mejora en los tiempos de realización de la pruebas por el laboratorio pero aún persisten barreras en los mecanismos de administración de los resultados. La forma en que se devuelven a los Centros para el caso de las policlínicas descentralizadas y la entrega a la embarazada. Es importante señalar que esta barrera no es señalada como tal por las mujeres embarazadas, en las respuestas al cuestionario, donde parece aceptar esa situación de demora sin problemas. El 95% de la población ya tenía realizado sus exámenes en el momento de la encuesta.

Una importante fortaleza de los Servicios de Salud ha sido la descentralización de la extracción de sangre para la paraclínica, reduciendo las barreras vinculadas al traslado de las embarazadas a otros centros. Las embarazadas conocen de la rea-

lización de pruebas de VIH entre los estudios indicados en la paraclínica de control de embarazo. Este elemento se vincula a la obligatoriedad por la normativa uruguaya de realizar consentimiento informado y no firmado de la mujer ante la indicación del estudio de VIH. Esta consejería la realiza el médico y no se formula en laboratorio. Cabe preguntarse si en el caso de la Sífilis, donde no está pautado claramente la necesidad de consentimiento informado, la mujer embarazada conoce la normativa de la obligatoriedad del diagnóstico y tratamiento -si es indicado- de la Sífilis.

Consejería

La consejería es una estrategia y un espacio propicio para informar, orientar, educar y generar adherencia a los controles prenatales. El 57% declaran que recibieron consejería durante el control del embarazo, referida a los motivos para controlarse y los exámenes a realizar. Cuando se trata de evaluar los contenidos de la consejería entre un 18% y un 21% (consejería Sífilis o VIH) señalan que *no recuerdan lo que se les dijo*. Cabe preguntarse, entonces si no recuerdan o si no han podido captar el mensaje transmitido, a la vez que cuestionarse sobre el impacto de esta instancia sobre el cuidado de la salud. El acompañamiento de información escrita (folletería) es jerarquizado por las entrevistadas en la medida que le permite llevarlo con ella, compartirlo y consultarlo posteriormente. El 73% de las encuestadas declaran no haber recibido información sobre qué es y qué diagnóstica el análisis de VDRL y/o la prueba rápida para detectar Sífilis. De las que recibieron consejería, un número importante señalan que se trata de una enfermedad de transmisión sexual y que les indicaron la importancia de que la pareja realice el tratamiento. El 85% de quienes recibieron

consejería, indican que les explicaron el significado de una prueba positiva y un 77% recibió explicaciones sobre el tratamiento a realizar en caso de resultados positivos. La mayoría de las consejerías la realiza el médico (77%) y en presencia únicamente de la mujer (80%). Esta respuesta nos indica que tampoco se aprovecha la participación y el involucramiento de la familia y/o pareja que acompaña a la mujer embarazada a la hora de integrarlos a la consejería, consulta y orientación sobre controles de embarazo e ITS.

La orientación y consejería es fundamental implementarla desde diferentes lugares. Por una parte, el médico da el resultado en el marco de la consulta. Desde otro lugar, el equipo de salud y/o los técnicos del servicio especializados en consejería, son quienes pueden profundizar en la misma con mayor tiempo y adecuación de la información a las necesidades e intereses de esa usuaria. De este modo, buscar estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento, así como el acercamiento de la pareja sexual al diagnóstico y tratamiento oportuno. La consejería será realizada en el Primer Nivel de Atención por un integrante designado y capacitado del equipo de salud, en el marco de un espacio apropiado para ello. Por otro lado, se promoverá la orientación y consejería entre pares, de mujer embarazada a mujer embarazada, que puede ser muchas veces de mejor comprensión y sostenibilidad. El trabajo de consejería del equipo de salud con todas las partes implicadas, integrando la comunidad (organizaciones de usuarios/as del SNIS, organizaciones sociales y comunitarias) es fundamental para hacer llegar el mensaje por diferentes vías de comunicación y a la vez, facilitar que la información circule en la comunidad y en la pareja sexual.

En definitiva, una estrategia para revertir la transmisión vertical de Sífilis y VIH

corresponde que integre una mejor consejería como elemento muy valioso en la adherencia a los controles prenatales y al tratamiento en caso de infección. Ajustar y evaluar entonces en cada Centro la calidad de la consejería es una herramienta fundamental para mejorar el manejo del diagnóstico y tratamiento del VIH y la Sífilis Congénita. Las encuestadas manifestaron estar satisfechas con la forma de la consejería siendo que al 91% le pareció clara. Los términos en que se realiza la consejería requieren la necesidad continua de actualizar, sensibilizar y capacitar a los equipos de salud, y/o supervisar la realización de las Normativas del MSP, presentadas en el flujograma publicado y difundido por el MSP, según Ordenanza 430/998, así como el flujograma para la consejería (Directrices básicas para la realización de consejería / orientación en VIH/SIDA). Recientemente se ha presentado una publicación actualizada y difundida en 2009 del “Marco Normativo en Relación al VIH/Sida en Uruguay”, donde se presentan nuevamente los aspectos de consejería, en el marco de los derechos de los usuarios del SNIS.⁵

El preservativo como anticonceptivo y profiláctico

El preservativo como instrumento profiláctico y no sólo como método anticonceptivo está poco arraigado en la sociedad, en el equipo de salud y más precisamente – como se observa en la Investigación – en las mismas mujeres embarazadas y sus parejas sexuales. Esto dificulta su uso en el embarazo. El 65.6% del total de encuestadas contesta que “nunca” usa preservativo durante su embarazo. Por otra parte,

5 Esta publicación, se encuentra en la Pág. Web del MSP, y se realizó bajo la órbita del PPITS/Sida-DOGESA-MSP, con el apoyo de UNFPA.

declaran que si le propusieran a su pareja usar preservativo durante el embarazo el 34% "lo tomaría mal".

El preservativo es una importante arma para impedir la reinfección en la mujer embarazada con Sífilis una vez realizado el tratamiento, ya que la captación y el tratamiento de su pareja presentan dificultades. Es central incluir este componente en la consejería a todas las mujeres embarazadas y no sólo a quienes presentan Sífilis, sino en la consideración de ser una importante barrera a las infecciones de transmisión sexual durante el embarazo.

Mujeres embarazadas con sífilis

Se encontraron 10 mujeres embarazadas con Sífilis, todas habían sido tratadas o estaban en tratamiento. La captación de la pareja sólo se concretó en 2 casos.

En el subsector público según datos del SIP – CHPR, la serología positiva para la Sífilis registra una tendencia creciente aunque los datos 2009 evidencian un estancamiento respecto al 2008.



El alto riesgo de reinfección que tiene una embarazada cuando su pareja no concurre al Centro de Salud para realizarse un diagnóstico y tratamiento oportuno, obliga a reforzar la consejería con énfasis en mejorar las condiciones de negociación y empoderamiento de la mujer. A la vez que instrumentar la forma de acercar a los varones al control prenatal para mejorar las condiciones de apoyo familiar durante el embarazo (asegurar la corresponsabilidad paterna y la equidad en los cuidados infantiles), tratarlos y revertir los riesgos de reinfección por Sífilis en embarazadas diagnosticadas y tratadas. De igual forma, se requiere asegurar sistemas eficientes de seguimiento de las embarazadas tratadas por Sífilis a los efectos fomentar elementos protectores y limitar las condiciones de riesgo frente a la reinfección.

Mujeres embarazadas portadoras de VIH

Se entrevistaron 15 mujeres embarazadas VIH+; una diagnosticada en Puerta de Emergencia con un test rápido de VIH correspondiente a un embarazo no controlado. Los datos del SIP del CHPR del 2009 muestran una tendencia decreciente de embarazadas VIH+.



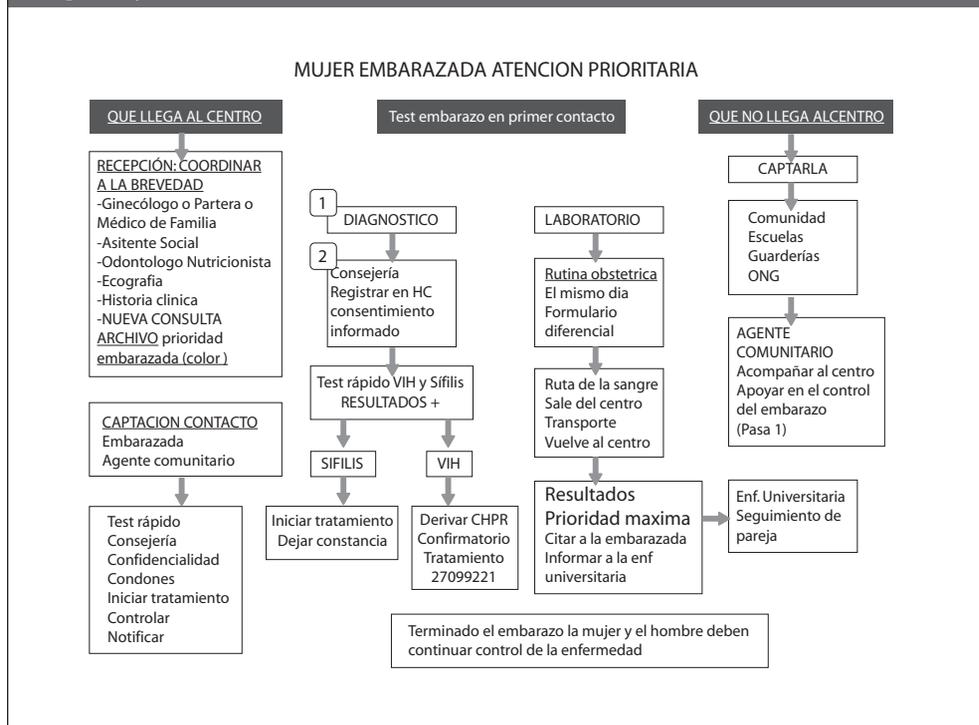
Recomendaciones. Fase A y B

En relación al sistema nacional integrado de salud

Analizando los flujogramas de atención de la mujer embarazada de cada Servicio de Salud que integró el estudio y, recogiendo las opiniones de los equipos de salud del Taller de devolución de la 1era Fase, así como considerando las declaraciones de

las mujeres embarazadas entrevistadas, se elaboró la propuesta (por parte del equipo investigador y el PPITS/Sida) del siguiente flujograma de atención prenatal de modo que posibilite la captación y atención de las embarazadas en el Primer Nivel de Atención. El mismo es necesario ponerlo en práctica, evaluarlo, adecuarlo y/o mejorarlo de acuerdo a cada Centro.

GRÁFICO 18. Flujograma de optimización de los servicios salud para la eliminación de la Sífilis Congénita y la transmisión vertical del VIH en el Primer Nivel de Atención



Descriptivo del flujograma de funcionamiento

1. Embarazada que consulta en el centro en forma espontánea

El control prenatal ha de iniciarse lo más temprano posible, para ello se requiere mejorar la captación de la embarazada a la vez que evitar la pérdida de oportunidades de prevención y atención. A su vez, optimizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la embarazada.

Con el objetivo de realizar una adecuada captación se propone coordinar los distintos pasos a seguir de modo que **EN EL MISMO DÍA** se pueda llevar a cabo:

- Captación por parte de los administrativos y su conexión con agente comunitario, movimiento de usuario del Sistema de Salud, estudiantes y/o residentes de la Facultad de Medicina, Enfermería, Escuela de Parteras, etc. priorizando la atención de la mujer embarazada.
- Consulta con el médico/ginecólogo/médico de familia/partera.
- Consejería.
- Realización de los test rápidos para Sífilis y VIH, y en caso de ser positivo para Sífilis el inicio del tratamiento con PEN. Benzatínica (en pacientes no alérgicas).
- Extracción de sangre para rutinas obstétricas, incluido test no treponémico (VDRL o RPR).
- A través de la anamnesis y recolección de datos (teniendo en cuenta la confidencialidad) establecer la captación de la pareja.
- Seguimiento de la pareja por la partera y/o la enfermera universitaria del centro.

A continuación se detallan, a efectos de favorecer el flujograma, la descripción de diferentes aspectos a tener en cuenta:

1.1. Coordinar aspectos administrativos:

- Establecer **prioridad en la atención a las embarazadas**: permitiendo el acceso a la consulta con o sin reserva de hora previa y facilitando la estadía en el centro asignando prioridad en la realización de trámites (evitar que deba realizar espera en filas prolongadas, favorecer cajas diferenciales, entre otros).
- **Coordinar para el mismo día** en que concurre, la consulta con médico (ginecólogo, médico de familia o médico general) o partera.
- Coordinar de forma inmediata la realización de exámenes de laboratorio.
- Entregar folletos informativos sobre control del embarazo, Sífilis y VIH, realización de test rápidos y prevención de Sífilis y VIH.
- Si resulta oportuno: establecer la vinculación con trabajo social.
- Si resulta oportuno: establecer vinculación con organizaciones comunitarias.

1.2. Aspectos de Diagnóstico

- Establecer consejería e información, poniendo especial énfasis en la escucha y adecuación a la situación, realidad, necesidades y preocupaciones de la usuaria. Explicitar claramente sobre la importancia de la realización de los exámenes para control de embarazo, VIH y Sífilis. De ella y de su/s pareja/s sexuales, para evitar una re infección.

- Previo consentimiento informado, proceder a la realización de test rápidos de Sífilis y VIH.

En caso de presentar resultado positivo para Sífilis:

- Administrar tratamiento con Penicilina Benzatínica.
- Establecer derivación para su seguimiento por el médico, respetando los parámetros de la confidencialidad.
- Consejería.
- Proveer preservativos.
- Citar para control.
- Realizar la Notificación a la Unidad de Vigilancia en Salud Pública (se debe notificar caso sospechoso en el caso de Sífilis en forma inmediata en el día, desde el primer contacto con la paciente).
- Establecer la captación de los contactos.
- Contactar a la embarazada con trabajo social y agente comunitario.

En caso de presentar un resultado positivo para VIH:

- Establecer derivación a Policlínica del Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- Consejería.
- Proveer preservativos.
- Contactar a la embarazada con trabajo social y agente comunitario.

1.3. Aspectos de laboratorio

Una vez cumplidos los pasos anteriores, implementar la realización de las rutinas obstétricas en el laboratorio.

- Confeccionar un formulario diferencial, de fácil identificación, que PRIORICE la

realización de los exámenes de las embarazadas de forma de agilizar su procesamiento y análisis de resultados.

- Coordinar adecuadamente la realización de la extracción.
- Facilitar la coincidencia de la realización de las rutinas con la consulta con médico, ginecólogo o partera.
- Asegurar un horario amplio en que se realicen extracciones, con personal capacitado.
- Implementar y coordinar los pasos a seguir una vez extraídas las muestras de sangre: salida del centro, transporte, llegada al laboratorio, contemplar situaciones durante fines de semana y feriados, entre otras.
- Implementar el acceso en tiempo y forma al resultado de los análisis: comunicación del Centro con el laboratorio, rápido acceso a la información por parte del médico tratante, entre otras.
- Facilitar la cita a la embarazada para la comunicación de resultados.

2. Manejo de la mujer embarazada que no llega al centro de salud en forma espontánea

En primer lugar es preciso destinar todos los esfuerzos posibles a la **CAPTACIÓN** de la mujer embarazada, a través de:

2.1. Agentes de salud

Se establecerán acciones en distintos ámbitos:

- Actividades de sensibilización en la comunidad.
- Distribución de material de folletería en farmacias y comercios de la zona.

- En el marco de la ética y la confidencialidad, en la medida de lo posible, visitas domiciliarias a las mujeres embarazadas.
- Actividades en centros educativos, clubes, instituciones religiosas, etc.
- Difusión y promoción de salud en radios comunitarias
- De ser posible, acompañamiento de la mujer embarazada para su concurrencia al centro, orientación en la realización de trámites con el objetivo de facilitarle el acceso al Sistema de Salud.

2.2. Médicos de familia y enfermeras comunitarias

- Actividades de promoción
- Educación para la salud

Una vez captada, sigue el flujograma anterior. ■

Los esfuerzos de los equipos de salud en cada Centro para lograr una atención integral efectiva y operativa, implicará la reorganización interna en base a colocar en el Centro de la atención la mujer embarazada, su pareja sexual y el recién nacido. De este modo, identificar conjuntamente y adaptar este flujograma junto a la comunidad de manera de revertir los obstáculos identificados y la fragmentación encontrada en la atención de la mujer embarazada. Obtener así un control prenatal eficiente, un embarazo saludable para la mujer, y promover así la prevención de la transmisión vertical de la sífilis materna y el VIH. Procurando cortar la cadena epidemiológica, al acercar, diagnosticar y tratar, a su/s pareja/s sexuales.

Glosario

AFIL	Asignaciones familiares
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
ARV	Antirretrovirales
BPS	Banco de Previsión Social.
CAIF	Centro de asistencia infantil
CCC	Centro Coordinador del Cerro
CTI	Centro de Tratamiento Intensivo
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell.
CONASIDA	Comisión Nacional de Lucha Contra el Sida
DIGESA	Dirección General de la Salud
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
IAMC	Instituciones de Asistencia Médicas Colectivas
ILAP	La Iniciativa Latinoamericana y del Caribe de Integración de la Atención Prenatal con la Detección y el Manejo Clínico del VIH y de la Sífilis
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MCP	Mecanismo Coordinador País
MSP	Ministerio de Salud Pública
P.P. ITS /SIDA	Programa Prioritario de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida
RAP	Red de Atención Primaria de Montevideo. Depende de ASSE
RN	Recién Nacido
SC	Sífilis Congénita
SERENAR	Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo
SIP	Sistema Informático Perinatal
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Referencias bibliográficas - Uruguay

1. Agorio Caroline; De Mucio Bremen; Iraola, Inés; Hortal María. Sífilis congénita: auditorias en tiempo real. Rev. Medica. Uruguay 2009; 25
2. Braselli, Adelina; Lowinger, Mónica; Mirazo, Ignacio Sífilis en infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana / Syphilis in patients infected with human immuno deficiency Rev. Méd. Urug;8(3):184-90, dic. 1992.
3. Cuevas I, Guadalupe S. SIFILIS CONGENITA Publicación oficial del 5to. Congreso uruguayo de dermatología. y en el X Congreso latinoamericano de enfermedades de transmisión sexual y VI conferencia panamericana de Sida, de ULACETS Santiago de Chile. 15 al 18 de noviembre de 1995.
4. Cuevas L; De Oliveira ,R Sífilis Congénita: Desafío Nacional. Uruguay 2003 Publicado Archivos Ginecología y Obstetricia Órgano Oficial de la Sociedad Ginocotológica del Uruguay y de la Sociedad de Obstétrico y Ginecología del Interior del Uruguay 2005;Vol43 N 3:105
5. Cuevas, L; Osimani, ML; Falco, Z y col Diagnostico de sífilis y VIH en la embarazada por medio de los test rápido en servicios de primer nivel de atención. Presentado en sección de tema Libre en XV Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia. centro de Convenciones de IMM del 26al 29 de mayo 2009
6. Diagnostico, tratamiento y control epidemiológico de ITS actualizadas (2005, 2009). Disponible en: www.msp.gub.uy
7. De Oliveira, R; Cuevas, L; Mirazo, M. "Epidemiological and clinical profile hiv infection among patients attended in private service of collective medical asistanse", Presentado y publicado en el libro oficial del 8vo Congreso Mundial de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA .40ª Asamblea General de IUSTI XIV Congreso Panamericano de ITS/SIDA .del 2-5 de Diciembre de 2003 Punta del Este. Uruguay
8. Directrices básicas para la realización de consejería / orientaron en VIH / Sida. El camino para la prevención, tratamiento y adherencia.(2006) Disponible en: www.msp.gub.uy
9. Directrices para la Atención integral de la salud de las /os trabajadoras /es sexuales (2007) Disponible en: www.msp.gub.uy
10. Guías en salud sexual y reproductiva Normas de Atención a la mujer embarazada (2007) Disponible en: www.msp.gub.uy
11. Guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas. Uruguay 2006Disponible en: www.msp.gub.uy
12. Guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas. Uruguay 2006 Disponible en: www.msp.gub.uy
13. Hortal, Maria; Iraola, I; Agorio, C; De Musio, B; Fescina, R Sífilis congénita: un problema tan antiguo como actual Carta ala editor Rev. Med. Urug2008;24:140-149
14. Infección por virus de la inmunodeficiencia Humana Guías de diagnostico y tratamiento antiretroviral y monitoreo adultos y embarazadas (2006) Disponible en: www.msp.gub.uy

15. Infección por virus de la inmunodeficiencia Humana Profilaxis y tratamiento de la infección por el VIH PEDIATRÍA (2006) Disponible en: www.msp.gub.uy
16. Infecciones transmitidas por sangre y fluidos biológicos en áreas asistenciales Guía para la profilaxis post exposición (PPE) accidental ocupacional a sangre y fluidos corporales en trabajadores de ala salud (2005) Disponible en: www.msp.gub.uy
17. Información SIP 2008 CHPR Publicación MSP .2009
18. Información SIP 2009 CHPR Publicación MSDP2010
19. "Mogdasy, C; Cuevas, L; Picon, t Results with the use of a program for the prevention of hiv transmittion from mother to child. Presentado y publicado en el libro oficial del 8vo Congreso Mundial de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA .40ª Asamblea General de IUSTI XIV Congreso Panamericano de ITS/SIDA .del 2-5 de Diciembre de 2003 Punta del Este. Uruguay.
20. Osimani, M, Cuevas ,L , Falco, Z Hernández S.; Flores, L estrategias en camino a la eliminación de la sífilis congénita de un país de América latina: Uruguay . Ministerio de Salud Pública PPITS/Sida – DIGESA-MS Montevideo Uruguay Presentado Modalidad póster en I Congreso Sulbrasileiro de DST 17- 19 septiembre 2009 Bento Goncalves RS Brasil
21. Quian J. Gutierrez S. Visconti A. Sicco G. Telechea D. Nin M. et al Primeros 1000 hijos de madres VIH positivas en el Uruguay; análisis de las distintas intervenciones realizadas durante los 15 años de un centro nacional de referencia.. *Saludarte* 2007; 5(2): 156-172
22. Quian ,J. y col. Detección de infección VIH a través de test rápido en mujeres embarazadas: una estrategia exitosa para disminuir la transmisión vertical. *Rev Chil Infect.* 2005;22(4): 321-326
23. Quian, Jorge; Gutiérrez, Stella; Bernadá, Elena; Zabala, Cristina; González, Virginia, Galeano; Virginia Belén; Amorín, Lucía ; Guimil, Silvia ;Castro Oportunidades perdidas para evitar la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana; Uruguay 2005-2007., Mariana Rev. Med. Urug. 2009; 25: 27-33
24. Quian J, Picón T, Rodríguez I, Gutiérrez S, GonzálezA, Nin M, et al. Evaluación de la quicio profilaxis con zidovudine a la mujer embarazada VIH positiva y su hijo. *Arch Pediatr Urug* 1999; 70(1): 5-10
25. Quian J, Visconti A, Gutiérrez S, Galli A, Maturro M, Galeano V, et al. Detección de infección VIH a través de test rápido en mujeres embarazadas: una estrategia exitosa para disminuir la transmisión vertical. *Rev Chil Infect* 2005;22(4): 321-6.
26. Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida.- DIGESA/MSP 2008 www.msp.gub.uy.
27. MSP- PPTIS/Sida , equipos MORI OPS(2008) Encuesta Nacional sobre Actitudes y practicas de la población Uruguayaya frente al VIH- Sida
28. Vigilancia del VIH SIDA. DEVISAP. DIGESA- MSP CLAPS-OPS/ OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL (SIP) CentroHospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. - Estadísticas básicas 1996