



Introducción de pruebas rápidas para sífilis y VIH en el control prenatal en Colombia: análisis cualitativo

María Teresa Ochoa-Manjarrés,¹ Hernando Guillermo Gaitán-Duarte,¹ Sidia Caicedo,² Berta Gómez³ y Freddy Pérez⁴

Forma de citar

Ochoa-Manjarrés MT, Gaitán-Duarte HG, Caicedo S, Gómez B, Pérez F. Introducción de pruebas rápidas para sífilis y VIH en el control prenatal en Colombia: análisis cualitativo. Rev Panam Salud Publica. 2016;40(6):462-7.

RESUMEN

Objetivo. Interpretar la percepción de profesionales sanitarios de Colombia sobre las barreras y los facilitadores para la introducción de las pruebas rápidas para sífilis y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los servicios de control prenatal.

Métodos. Se aplicó una metodología cualitativa basada en entrevistas semiestructuradas. Se seleccionó una muestra de conveniencia de 37 participantes, que incluyó profesionales sanitarios vinculados a servicios de control prenatal, programas para gestantes, laboratorios clínicos y directores de unidades o centros asistenciales, así como representantes de las direcciones territoriales y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Resultados. En Colombia no hay un uso generalizado del tamizaje con pruebas rápidas para sífilis y VIH en el control prenatal. Los entrevistados manifestaron no tener experiencia previa en el uso de pruebas rápidas —excepto el personal de laboratorio— y sobre el curso de acción ante un resultado positivo. El sistema de aseguramiento de salud dificulta el acceso al diagnóstico y el tratamiento oportunos. Las autoridades de salud perciben como necesaria la revisión de la normativa existente, a fin de fortalecer el primer nivel de atención y promover el control prenatal integral. Los participantes recomendaron la capacitación del personal y la integración entre instancias de formulación de políticas de salud y académicas para actualizar los currículos de formación.

Conclusiones. El enfoque de mercado y las características del sistema de salud colombiano constituyen la principal barrera para la implementación de las pruebas rápidas como estrategia para la eliminación de la transmisión materno-infantil de sífilis y VIH. Entre las medidas identificadas están: realizar cambios en la contratación entre las aseguradoras y las instituciones prestadoras de servicios, adecuar los tiempos y la organización de los procedimientos de atención, y capacitar al personal médico y de enfermería vinculado al control prenatal en la interpretación y acción con pruebas rápidas para sífilis y VIH.

Palabras clave

Mujeres embarazadas; sífilis; infecciones por VIH; atención prenatal; técnicas y procedimientos diagnósticos; Colombia.

El control integral y oportuno de la sífilis y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante el embarazo es una prioridad de

los sistemas de salud, ya que un manejo inadecuado puede resultar en la transmisión de la infección al feto o al recién nacido. Esta transmisión materno-infantil

de la sífilis o el VIH incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad perinatal e infantil, y afecta a la calidad de vida de los niños sobrevivientes (1).

En Colombia, según datos de 2015, la prevalencia de sífilis gestacional era de 5,7 por 1 000 nacidos vivos, la incidencia de sífilis congénita era de 1,0 por 1 000 nacidos vivos (2) y la transmisión materno-infantil del VIH alcanzaba 4%

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. La correspondencia se debe dirigir a María Teresa Ochoa Manjarrés, correo electrónico: mtochoam@unal.edu.co

² Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia.

³ Organización Panamericana de la Salud, Bogotá, Colombia.

⁴ Unidad de VIH, Hepatitis, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

(3). Estas cifras no satisfacen las metas para la eliminación de la infección por el VIH y la sífilis congénitas propuestas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (3, 4).

Para lograr la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis y el VIH, en Colombia se elaboró y publicó en 2011 el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita (5) y en 2014 se elaboraron la Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para la Atención Integral de la Sífilis Gestacional y Congénita (6) y la Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica para la Atención de la Infección por VIH/Sida en Adolescentes y Adultos (7). En estos documentos se reconoce la necesidad de hacer el diagnóstico de las gestantes lo más tempranamente posible y ofrecerles el tratamiento oportuno, y se dan las pautas para reducir el riesgo de que las gestantes con pruebas positivas no reciban tratamiento. Para ello, se recomienda la utilización de pruebas rápidas (PR) en el primer contacto de las embarazadas con el sistema de salud para que reciban el diagnóstico y el tratamiento el mismo día, en el caso de la sífilis, o comiencen lo antes posible la terapia antirretroviral, en caso de infección por el VIH.

Las PR se basan en técnicas inmunocromatográficas para la detección cualitativa de anticuerpos específicos contra el VIH-1 y el VIH-2 simultáneamente, y del *Treponema pallidum*. Estas pruebas funcionan con suero humano, plasma o sangre, y pueden usarse en consultorios y laboratorios con pocos recursos. En general, consisten en un casete con un papel que al tener contacto con la muestra forma una línea visible que identifica los casos reactivos, con un alto grado de sensibilidad y especificidad (8).

Si bien las PR se establecieron como parte del control prenatal (CPN) en varios países de la Región, como Bolivia, Brasil y Jamaica, en Colombia —al igual que en otros países, como El Salvador y Guatemala— aún no se usaban en 2015 a pesar de las recomendaciones mencionadas (9).

No hay razones bien establecidas que expliquen por qué las PR no se utilizan en Colombia. Eso podría deberse a las particularidades del sistema de aseguramiento de salud del país, la limitada difusión e implementación de las mencionadas guías y la poca confianza de los profesionales encargados de la atención

prenatal en la sensibilidad y la especificidad de las pruebas, entre otras razones.

El objetivo de este estudio fue interpretar la percepción de diversos grupos de profesionales sanitarios de Colombia acerca de las barreras y los facilitadores para la introducción de las PR para sífilis y VIH como parte de los servicios establecidos de CPN.

MATERIALES Y MÉTODOS

Como parte de un estudio introductorio sobre el uso de las PR para la sífilis y el VIH en embarazadas colombianas,⁵ se realizó esta investigación cualitativa en 12 instituciones de salud distribuidas en dos de las tres ciudades más pobladas del país: Bogotá (seis hospitales de primer nivel de atención) y Cali (un hospital de primer nivel y cinco puestos de salud).

En esta investigación se exploró la percepción de los profesionales encargados del CPN, las pruebas de laboratorio clínico, los programas de atención para gestantes y la dirección de las instituciones participantes, así como de profesionales de salud pública de las secretarías de salud (entes locales) y del Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud) como organismo del gobierno central, sobre el trabajo asistencial y administrativo. En particular se indagó sobre las dinámicas y lógicas de poder que establecen las condiciones de atención de las gestantes. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas aplicadas cara a cara entre septiembre de 2014 y marzo de 2015.

Participantes

La muestra se definió por conveniencia, aunque se buscó que estuvieran representadas las diferentes perspectivas de la atención de las gestantes, tanto la asistencial como la administrativa. La investigadora principal contactó a los profesionales a entrevistar, les explicó el objetivo del estudio y los invitó a participar.

⁵ Este estudio contó con tres componentes que se publicarán por separado: uno cuantitativo, llevado a cabo mediante un ensayo clínico aleatorizado por conglomerados que comparó las PR sencillas con las duales para determinar su aceptabilidad y posibilidades de realización, así como su aporte al tratamiento inmediato (manuscrito en preparación); el segundo componente versó sobre los costos de la implementación de los dos tipos de PR (manuscrito en preparación); y el tercer componente, cualitativo, es el objeto de este artículo.

Procedimiento

El guion de la entrevista, elaborado por el grupo investigador, se validó en cuanto al lenguaje y la construcción de las preguntas con cuatro pares locales. Los aspectos abordados en la entrevista fueron: actitud hacia la aplicación de PR para sífilis y VIH en el CPN, el conocimiento y las creencias sobre las PR y la experiencia en su aplicación; las preocupaciones por la introducción de las PR; y las necesidades de capacitación y los aprendizajes necesarios (recomendaciones desde la cotidianidad). La entrevista se realizó en dos momentos: los aspectos relacionados con las expectativas y la percepción de la introducción de las PR se abordaron antes del inicio del ensayo clínico aleatorizado de esas pruebas⁶ y la percepción sobre la experiencia, las carencias observadas y la aclaración de los planteamientos iniciales, una vez finalizado el ensayo.

El procesamiento de datos incluyó la transcripción de las entrevistas, la organización de los datos mediante el software NVivo 10, de QSR International (<http://www.qsrinternational.com>), y el análisis de discurso como herramienta interpretativa. Para obtener la perspectiva de los entrevistados se categorizaron los conceptos y los procesos sobre los que se indagó (10).

La investigación fue avalada por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Se solicitó la firma del consentimiento informado para participar en el estudio y se garantizó la confidencialidad de los encuestados.

RESULTADOS

En total se invitaron 37 profesionales con experiencia directa en la atención de la gestante que varió entre 6 meses y más de 10 años y todos aceptaron participar. Las entrevistas tuvieron una duración de 45 minutos. En el segundo momento de la entrevista participaron 35 profesionales, ya que uno de los participantes iniciales había cambiado de funciones y otro había finalizado su contrato de trabajo.

⁶ Gaitan-Duarte HD, Newman L, Lavery M, Habib N, Gonzalez-Gordon LM, Ángel-Müller E, et al. Comparative effectiveness of single and dual rapid diagnostic tests for syphilis and HIV in antenatal care services in Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(6):455-61. [forthcoming]

Actitud hacia las PR para sífilis y VIH

En general, ante la posible introducción de las PR, los entrevistados manifestaron dudas en los resultados de las pruebas, desconocían su propia competencia y cuestionaron la organización de las actividades de CPN para su introducción. No obstante, los profesionales de los programas y los directores expresaron que las PR representan una buena estrategia que permitiría un mayor acceso de las gestantes al diagnóstico y el tratamiento oportunos.

Los profesionales del CPN aumentaron su confianza en los resultados de las PR por la obtención de resultados reactivos durante la realización del ensayo clínico en todas las instituciones.⁶ Los entrevistados identificaron la oportunidad de priorizar las acciones de seguimiento y realizar una intervención más integral con las embarazadas que tuvieron resultados positivos.

“La garantía es que se tiene a la usuaria para hacer la toma, a diferencia de controles que hacemos donde se da la orden y ella decide. Aquí, inmediatamente le hago el procedimiento sin necesidad de buscarla después”.

Dado que la atención prenatal en Colombia, en la práctica no incluye el tamizaje de sífilis y VIH con PR, solo quienes se desempeñan en el laboratorio clínico manifestaron haber aprendido —a partir de la información técnica de las pruebas y su práctica profesional— cómo realizar e interpretar las PR para VIH. De manera general, dijeron que las PR son confiables.

“Es necesario correrlas para identificar cuáles son mejores, más confiables. En general son buenas y si se procesan bien, son muy útiles”.

Para estos profesionales, los resultados obtenidos en el ensayo clínico acentúan la aceptabilidad de las PR y la necesidad de realizarlas en los consultorios de CPN.

“Muy interesantes, y tuvimos un caso que gracias a la prueba rápida se pudo captar a la paciente. La serología puede dar falsos negativos. La prueba rápida dio positiva y el FTA⁷ dio positivo. Las pruebas rápidas son sensibles, muy sensibles”.

Al analizar los posibles efectos de la introducción de las PR como parte de los procedimientos establecidos para el CN, expresaron que se fortalece su capacidad para educar, diagnosticar y tratar también al compañero de la gestante positiva.

Los profesionales de los programas manifestaron que las PR modifican los tiempos de atención y permiten priorizar las acciones de seguimiento. Además, ayudan a identificar aspectos administrativos y de gestión que emergen de sus resultados, como la mejora de la documentación para hacer el seguimiento de la atención de la gestante y el perfeccionamiento de la integración de una red interinstitucional para el seguimiento de los resultados positivos al VIH.

Los directores valoraron las PR en términos de oportunidad para el diagnóstico, especialmente por el tipo de población atendida. Al ahondar en el análisis de los procedimientos que podrían influir en la introducción de las PR, consideraron clave la primera actividad del CPN —en la que deben realizarse las PR—, los procedimientos de soporte administrativo y asistencial, y la relación contractual con las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) o empresas aseguradoras.

“Los tiempos de atención se van a alargar un poquito. No es lo mismo generar una orden en una plantilla prediseñada, a tener que explicar la prueba rápida, realizar la prueba rápida, esperar el resultado. Esos tiempos son más a lo normal de la consulta”.

Los profesionales de las secretarías de salud expusieron que el uso de las PR en el CPN es un mecanismo de reducción de barreras para las gestantes por los trámites que deben realizar ante el sistema de aseguramiento de salud, e identificaron como un reto la falta de capacitación de los recursos humanos.

“Nuestro sistema, lamentablemente, lo que trata de hacer es gastar menos y estas cosas cuestan más”.

Los profesionales del MinSalud señalaron que la implementación de las PR es una oportunidad de mejorar integralmente el CPN —que promueve la adhesión al tratamiento mediante la estrategia de hacer que los servicios institucionales estén más cerca de las gestantes—, fortalecer la labor educativa del personal, acompañar los cuidados de la gestación y mejorar la

utilización de los tiempos en los diferentes procedimientos del CPN.

Preocupaciones por la introducción de las PR para sífilis y VIH

En general, las preocupaciones iniciales compartidas por los entrevistados fueron: la necesidad de capacitación del personal, la ampliación del tiempo de las consultas, la congestión en el servicio ante un resultado positivo, la gestión del tratamiento —que está fraccionado en dependencia del tipo de aseguramiento de la gestante— y el pago de las PR por las EPS. Sin embargo, una vez vistos los resultados de las PR en el ensayo clínico, algunas preocupaciones cambiaron.

Para los profesionales de CPN, la principal preocupación resultó ser el tiempo de consulta y el ordenamiento de las actividades de la consulta de primera vez, debido a que deberán incluir el procesamiento de las PR, la asesoría antes y después de la prueba, la entrega del resultado y la interacción necesaria para el tratamiento de la gestante y sus contactos sexuales de acuerdo con la modalidad de contratación que tengan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

“El problema es en qué momento del proceso una prueba rápida... si la consejería se lleva media hora, para entregar un resultado, ¿cómo se debería hacer? Acá tenemos una agenda ya programada que tiene controles, planificación, pacientes que son extras, como las citologías, porque no es solo control prenatal, y hay cosas que son extras, como crecimiento y desarrollo, y ese es un extra más, ¿en qué momento se puede hacer?”

También manifestaron su preocupación por los espacios físicos y la privacidad requerida para realizar las PR e informar los resultados. Aunque en algunas instituciones los consultorios tienen espacios amplios, iluminados, aireados e independientes, también hay instituciones con espacios físicos compartidos y áreas reducidas. Expusieron también su preocupación por la presión emocional, pues las consultas de CPN se perciben como un escenario de educación y preparación para la maternidad. La realización de las PR implica tener más presente el estado emocional de la gestante y la angustia que puede representar el resultado inmediato.

⁷ Se refiere a la prueba de absorción de anticuerpos contra el treponema por fluorescencia (FTA-ABS), utilizada aún como confirmatoria de la infección por sífilis en algunas instituciones en Colombia.

“Echarme la carga de todas las gestantes. Por lo menos yo sé que las remito y allá les dirán. Pero tenerlas todas ahí y dar los resultados... de alguna manera cuando se remiten allá las llaman y las buscan, entonces toda la carga no cae sobre uno mismo. Porque al entregar los resultados uno quisiera que no les saliera nada”.

Los profesionales de programas mostraron preocupación sobre el tiempo de consulta y la necesidad de realizar ajustes en la organización de agendas para que el CPN pueda fluir entre el personal de enfermería y el de medicina. La tensión entre las agendas —creadas con criterios de productividad— y la necesidad de garantizar la medicación de la gestante en la misma consulta se reflejaron en “incertidumbre” para el tratamiento.

“La interdisciplinariedad que se debe manejar ahí... el diagnóstico lo da el médico y el control prenatal está liderado por enfermería, y el tratamiento por medicina, entonces debería haber una ruta que dé cuenta de eso”.

Estos profesionales mostraron, además, preocupación por las barreras derivadas del tipo de aseguramiento al sistema de salud, ya que consideraban que la relación contractual entre las EPS y las IPS define las actividades que el profesional puede realizar con la gestante: una gestante no accede a los servicios que la IPS le oferta a las actividades que su EPS ha contratado con esa IPS. La fragmentación del CPN o “contratación por paquetes” fue también una preocupación, compartida con los directores de los centros.

“Los problemas de afiliación de las gestantes... las barreras administrativas que no permiten dar el tratamiento. Hay un alto porcentaje de gestantes que se atienden por eventos”.

También señalaron como preocupación la documentación del tamizaje y los ajustes que se deben hacer en la historia clínica.

Los directores consideraron como preocupaciones principales la necesaria capacitación del personal de CPN para realizar las PR y el tipo de aseguramiento de salud.

“Honestamente, el problema del aseguramiento. Un hospital es una unidad de negocio. Si no me lo pagan yo no hago la actividad. Esas cosas deben quedar dentro de la norma. Al régimen subsidiado tendremos que remitirlo, porque la norma no es clara”.

Una preocupación que resume la historia de vivencias en la dirección de los centros es la reinfección de las gestantes y, por tanto, los nacimientos con sífilis congénita a pesar de la detección y el tratamiento de la gestante si no se trata a la pareja.

Los profesionales de las secretarías y del MinSalud indicaron como su principal preocupación la capacitación del personal para que puedan dar un uso adecuado a las PR.

Una preocupación común de todos los entrevistados es el sistema de habilitación de servicios de salud, debido a la aparente restricción para la administración de la penicilina en algunas instituciones de primer nivel de atención. Esta “restricción” obligó a las gestantes con PR positiva para sífilis durante el ensayo clínico a trasladarse a otra institución de servicios para acceder al tratamiento.

“Si me sale una prueba rápida de sífilis, uno diría: en el primer nivel podemos actuar; el otro problema es dónde vamos a hacer el tratamiento si lamentablemente tenemos que referenciar a la persona para otro sitio, porque no en todos los sitios donde se atiende a la gestante podemos hacerlo, ya que la norma de habilitación tampoco lo permite. La prueba rápida es la puerta para diagnosticar la sífilis, pero para impactar en sífilis hay que hacer el tratamiento y, lamentablemente, ahí tenemos eso”.

Necesidad de capacitación para realizar las PR en el CPN

La necesidad de capacitación y preparación del personal para realizar las PR fue una preocupación compartida por todos los entrevistados, pero con algunos matices.

Para los profesionales de CPN y de programas, se requiere una capacitación integral y continua que involucre al personal de CPN, urgencias, actividades extramurales y a quienes brindan información. Los contenidos de capacitación deben incluir aspectos específicos de la tecnología, técnicas de comunicación y elementos administrativos y de gestión para acciones resolutivas.

Para los directores de centros, la capacitación debe tener un sentido más amplio. Consideraron necesaria la formación de nuevos profesionales en las

universidades para trabajar con las PR e identificaron como necesidad inmediata la capacitación del personal de CPN, a fin de generar los cambios necesarios en las consultas de primera vez y las acciones resolutivas que demandan las PR reactivas.

“Tendríamos que empezar capacitando a las enfermeras, que en este momento son las encargadas de realizar esa primera consulta; a los médicos, para que sepan que en 20 minutos tenemos una prueba que da resultados importantes, que debe tener la importancia específica, porque de nada sirve tenerla a la mano si no se actúa medicando inmediatamente; a los auxiliares de enfermería para que todos conozcan y orienten a los usuarios”.

Recomendaciones de los participantes para la implementación de las PR

Los entrevistados de las 12 instituciones consideraron clave para la implementación lograr una atención sin barreras para las gestantes.

“Acá hay dificultades, dependiendo la EPS a la que pertenezca la usuaria. Hay EPS que autorizan la consejería pre, pero no autorizan la consejería pos”.

Los profesionales de las secretarías de salud opinaron que es fundamental capacitar al personal y mejorar la estrategia de comunicación y de derechos. Una perspectiva adecuada de política de salud pública facilitaría un escenario integral, de manera que las instituciones y sus servicios aceptarían las PR y las harían disponibles, y la población las demandaría.

“La implementación debe ser integral, desde la parte de la estrategia educativa hasta la parte de realización de la prueba, la entrega del resultado, el diagnóstico, el seguimiento; todo debe ser conjunto, una serie de esfuerzos interinstitucionales”.

Los entrevistados del MinSalud identificaron como clave la necesidad de un acercamiento entre los organismos de política y la academia para formular de manera conjunta los planes de actualización curricular que Colombia requiere. Para ello, es vital lograr el reconocimiento de que tanto la sífilis como la infección por el VIH son problemas de salud pública y están dentro del sistema de vigilancia.

DISCUSIÓN

En este estudio se muestra que en un sistema de salud no basta con tener una norma que establezca el uso de las PR en el CPN si esta no se aplica en la práctica. En Colombia existen todos los instrumentos técnicos y normativos, pero las PR aún no se aplican en los servicios asistenciales, y el personal de salud no tiene la experiencia de trabajo necesaria con esas pruebas y carece de información para recomendar y actuar en favor del tamizaje y el tratamiento en el primer contacto con la gestante.

La experiencia del ensayo clínico aleatorizado con PR en el CPN —que favoreció la oportunidad del diagnóstico y el tratamiento el mismo día en un número importante de gestantes— permitió a los profesionales de las instituciones de atención prenatal reconocer el potencial de las PR como estrategia para lograr la detección temprana y el tratamiento oportuno. Con ello se reconocen los beneficios sanitarios y sociales de su uso, en especial cuando la población atendida vive dispersa, o tiene restricciones económicas o culturales para acudir a los servicios de CPN y adherirse a la atención. La aceptación de las PR para sífilis y VIH por los profesionales participantes en el estudio fue generalizada. Se manifestaron, no obstante, dificultades en la interpretación de los algoritmos de las pruebas y la interpretación de los riesgos asociados con el uso de la penicilina, así como de las normas relacionadas con su aplicación. Esto afecta al tratamiento inmediato de las gestantes que presentan una PR reactiva, como sucedió con cuatro pacientes durante el ensayo clínico aleatorizado.⁶

A partir de la percepción expresada por los entrevistados, es posible concluir que las características del sistema de salud colombiano constituyen la principal barrera para la implementación de la Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para la Atención Integral de la Sífilis Gestacional y Congénita, que

recomienda el uso de PR como parte de la estrategia para eliminar la transmisión materno-infantil de esa infección. El sistema de salud colombiano tiene un enfoque de mercado que significa la compra y venta de servicios regulada, con afiliación individual de aseguramiento: contributivo (con capacidad de pago), subsidiado (pobres sin capacidad de pago) y vinculado (sin capacidad de pago). Por tanto, la contratación y la prestación de los servicios es fragmentada, segmentada y sin integralidad (11).

Estos resultados coinciden con lo encontrado en otros estudios que analizan las barreras que el sistema de salud presenta para la atención de enfermedades evitables (12), en especial, en lo relacionado con el menor acceso a los servicios de salud y los resultados de salud deficientes en la población más pobre (12, 13). Uno de los determinantes del estado de salud de la población, en especial de las mujeres, es la atención sanitaria (14).

Según los entrevistados, un alto porcentaje de gestantes tiene aseguramiento de salud que permite acceso por evento, y la contratación de las actividades de CPN entre las EPS y las IPS es fragmentada, lo que obliga a las mujeres a desplazarse a diferentes instituciones para acceder al diagnóstico, el tratamiento y la atención especializada. Este fraccionamiento de la atención retarda la intervención sanitaria y lleva a más trámites de autorización, lo que constituye una barrera administrativa (15).

Aunque los profesionales entrevistados coincidieron en aceptar y reconocer que las PR son el método de tamizaje óptimo para la población atendida (16), no han sido capacitados adecuadamente, lo que debe ser el paso inicial para el desarrollo de capacidades en las IPS. Esto también incluye la realización de ajustes en el control de la calidad y la documentación, así como la reorganización de agendas y la articulación necesarias para implementar las PR en el trabajo cotidiano del CPN.

La introducción de las PR también demanda cambios en las instalaciones, a fin

de garantizar la privacidad y el confort a las gestantes en su primera consulta de CPN. Las autoridades de salud perciben como necesario revisar la normativa existente, como vía para fortalecer el primer nivel de atención y promover el CPN integral, desde la contratación entre las EPS y las IPS.

Al analizar estos resultados, se debe tener presente que las instituciones participantes en el estudio pertenecen a la atención del régimen subsidiado, que cuenta con financiamiento estatal, y no abarcó instituciones de atención del régimen contributivo. No obstante, las instituciones participantes se seleccionaron por el mayor número histórico de casos informados de infección por sífilis y VIH en gestantes.

Como conclusión, se puede afirmar que, a partir de lo expresado por los entrevistados, el enfoque de mercado y las características del sistema de salud colombiano constituyen la principal barrera para la implementación de las PR como estrategia para la eliminación de la transmisión materno-infantil de sífilis y VIH. Entre las medidas identificadas para favorecer la inclusión de las PR en el CPN están: realizar cambios en la contratación entre las EPS y las IPS, adecuar los tiempos y plazos de los procedimientos de atención, y capacitar al personal médico y de enfermería vinculado al CPN.

Agradecimientos. Los autores agradecen a los profesionales participantes de las IPS por su generosidad e interés en apoyar la investigación y a los profesionales de las instituciones gubernamentales, Ministerio de Salud y Protección Social y Secretarías de Salud de Bogotá y Cali, por su colaboración.

Conflictos de intereses. Ninguno.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPS/ PAJPH y/o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (Publicación científica No. 1574).
2. Colombia, Instituto Nacional de Salud. SIVIGILA. Bol Epidemiol. 2015. Disponible en: www.ins.gov.co/boletinepidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2015%20
3. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia para la Eliminación de la Trasmisión Materno Infantil de Sífilis y VIH. Bogotá: MinSalud; 2015.

4. World Health Organization (WHO), Global Guidance on Criterial and Processes for Validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf. Acceso el 5 de diciembre de 2016.
5. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita. Bogotá: MinSalud; 2011.
6. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para la Atención Integral de la Sífilis Gestacional y Congénita. Bogotá: MinSalud; 2014. (Guía de Práctica Clínica No. 41). Disponible en: <http://www.saludpublicaenlinea.com/WS/GetPublicFile.ashx?key=0fd253df-71b4-4bc3-a69c-7fcfa2257bb0&usr=71751878> Acceso el 12 de diciembre de 2016.
7. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Científica para la Atención de la Infección por VIH/Sida en Adolescentes y Adultos. Bogotá: MinSalud; 2014. (Guía de Práctica Clínica No. 39). Disponible en: <http://www.saludpublicaenlinea.com/WS/GetPublicFile.ashx?key=bb7cdca6-bae6-432d-9b2d-43163af82d22&usr=71751878> Acceso el 12 de diciembre de 2016.
8. Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materna infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (Publicación científica No. 1569).
9. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la consulta regional sobre algoritmos para el diagnóstico de la sífilis en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2012. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28661&lang=es Acceso el 24 de octubre de 2016.
10. Glaser BG. The grounded theory perspective: conceptualization contrasted with description. Mill Valley, CA: Sociology Press; 2001.
11. Vega R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Rev Gerencia Políticas Salud.* 2002;1(2): 49–65.
12. Yepes FJ, Ramírez M. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. *Ley 100 de 1993. Rev Gerencia Políticas Salud.* 2010;9(18):118–23.
13. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano. *Rev Salud Publica.* 2008;10(3):386–94. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a03.pdf Acceso el 12 de mayo de 2016.
14. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuyi A, Wirth M, eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action.* New York: Oxford University Press; 2001.
15. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud: hacia un nuevo modelo de atención integral en salud. Bogotá: MinSalud; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf> Acceso el 20 de octubre de 2016.
16. Peeling RW, Holmes KK, Mabey D, Ronald A. Rapid tests for sexually transmitted infections (STIs): the way forward. *Sex Transm Infect.* 2006;82(5):1–6.

Manuscrito recibido el 23 de mayo de 2016. Aceptado para publicación, tras revisión, el 10 de noviembre de 2016.

ABSTRACT

Introduction of rapid syphilis and HIV testing in prenatal care in Colombia: qualitative analysis

Objective. Interpret perceptions of Colombian health professionals concerning factors that obstruct and facilitate the introduction of rapid syphilis and HIV testing in prenatal care services.

Methods. A qualitative study based on semi-structured interviews was carried out. A convenience sample was selected with 37 participants, who included health professionals involved in prenatal care services, programs for pregnant women, clinical laboratories, and directors of health care units or centers, as well as representatives from regional departments and the Ministry of Health.

Results. Colombia does not do widespread screening with rapid syphilis and HIV tests in prenatal care. The professionals interviewed stated they did not have prior experience in the use of rapid tests—except for laboratory staff—or in the course of action in response to a positive result. The insurance system hinders access to timely diagnosis and treatment. Health authorities perceive a need to review existing standards, strengthen the first level of care, and promote comprehensive prenatal care starting with contracts between insurers and health service institutional providers. Participants recommended staff training and integration between health-policy-making and academic entities for updating training programs.

Conclusions. The market approach and the characteristics of the Colombian health system constitute the main barriers to implementation of rapid testing as a strategy for elimination of mother-to-child transmission of syphilis and HIV. Measures identified include making changes in contracts between insurers and health service institutional providers, adapting the timing and duration of prenatal care procedures, and training physicians and nurses involved in prenatal care.

Key words

Pregnant women; syphilis; HIV infections; prenatal care; diagnostic techniques and procedures; Colombia