

VHB

sífilis

VIH

Chagas

Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018

ETMI Plus



Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018

ETMI Plus



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**



Washington, D.C.
2019

Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018. ETMI Plus
ISBN: 978-92-75-32067-9

© **Organización Panamericana de la Salud 2019**

Todos los derechos reservados. La publicación está disponible en el sitio web de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en (www.paho.org) y del UNICEF en (www.unicef.org y www.unicef.org/lac). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Forma de cita propuesta. Organización Panamericana de la Salud. *Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018. ETMI Plus.* Washington, D.C.: OPS; 2019.

Catalogación en la Fuente: Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS o UNICEF, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS o UNICEF los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS y UNICEF han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS o UNICEF podrán ser considerados responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	1
MÉTODOS Y FUENTES DE DATOS	3
RESULTADOS	5
1. Acceso a las intervenciones de planificación familiar	5
2. Acceso a la atención prenatal y la atención del parto	6
3. Intervenciones básicas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	7
3.1. Pruebas de detección del VIH en las embarazadas	7
3.2. Tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH	8
4. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH	10
5. Intervenciones básicas de prevención de la sífilis congénita	14
5.1. Prueba diagnóstica y tratamiento de la sífilis en las embarazadas	14
6. Eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis	15
7. Doble eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis	18
8. Intervenciones básicas de prevención de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de la hepatitis B	18
8.1. Vacunación contra la hepatitis B	20
9. Eliminación de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de la hepatitis B	22
10. Eliminación de la enfermedad de Chagas congénita	23
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
ANEXO. CUADROS ADICIONALES	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proporción estimada de mujeres fértiles en edad reproductiva y sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos modernos y desean evitar el embarazo, 2008-2018	5
Figura 2. Estimación del número de embarazadas con cuatro o más consultas de atención prenatal y número de embarazadas con parto en un hospital en las Américas, por subregión, 2017	6
Figura 3. Cobertura estimada de la prueba de detección del VIH en las embarazadas en América Latina y el Caribe, 2010-2017	7
Figura 4. Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral en las embarazadas seropositivas frente al VIH para la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en América Latina y el Caribe, 2010-2017	8
Figura 5. Estimación del número de embarazadas seropositivas frente al VIH que necesitaban tratamiento antirretroviral y de las embarazadas seropositivas que lo recibían en América Latina y el Caribe, 2010-2017	9
Figura 6. Estimación del número de infecciones nuevas por el VIH en niños de 0 a 14 años en América Latina y el Caribe, 2010-2017	10
Figura 7. Estimación del número de infecciones nuevas por el VIH en niños de 0 a 14 años e infecciones por el VIH evitadas con la prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH en América Latina y el Caribe, 2010-2017	11
Figura 8. Porcentaje de los bebés expuestos al VIH notificados que recibió una prueba virológica en los primeros dos meses de vida en América Latina y el Caribe, 2017	12
Figura 9. Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral en las embarazadas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y tasa de transmisión maternoinfantil del VIH en América Latina y el Caribe, 2010-2017	12
Figura 10. Porcentaje de embarazadas con acceso a la atención prenatal y tamizaje de la sífilis y porcentaje de embarazadas con pruebas positivas para la sífilis que recibieron tratamiento apropiado, América Latina y el Caribe, 2011-2017	15
Figura 11. Número de casos y tasa de incidencia de la sífilis congénita por 1000 nacidos vivos en la Región de las Américas, 2009-2017	16
Figura 12. Número de casos y tasa de incidencia de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos en la Región de las Américas (excluido Brasil) y número de casos de sífilis congénita en Brasil, 2009-2017	16
Figura 13. Prevalencia estimada del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en los niños de 5 años de edad en la Región de las Américas, 2016	19
Figura 14. Cobertura de la dosis al nacer y de la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B en la Región de las Américas, 2010-2017	20
Figura 15. Cobertura de la tercera dosis y de la dosis al nacer de la vacuna contra la hepatitis B en América Latina y el Caribe, 2010-2017	21
Figura 16. Tasa de incidencia estimada de la enfermedad de Chagas congénita por 1000 nacidos vivos en América Latina, 2010	23

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Clasificación de los países y los territorios de la Región de las Américas según el cumplimiento de las metas de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, 2017.....	14
Cuadro 2. Clasificación de los países y los territorios en la Región de las Américas con respecto a la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis, 2017.....	17
Cuadro 3. Países validados y países que pueden haber alcanzado la doble eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, 2017.....	18
Cuadro 4. Cobertura de la vacunación contra el virus de la hepatitis B y prevalencia estimada de hepatitis B en los niños de 5 años de edad, en los países que quizá hayan logrado la meta de impacto de eliminación de la hepatitis B perinatal en la Región de las Américas.....	22
Cuadro 5. Cobertura del tamizaje y prevalencia de la enfermedad de Chagas en las embarazadas y los recién nacidos expuestos, Argentina, Chile y Paraguay, 2016 y 2017.....	25
Anexo	
Cuadro 1. Políticas y elementos programáticos clave relacionados con la iniciativa ETMI Plus, para lograr las metas de eliminación por país, Región de las Américas, 2017.....	27
Cuadro 2. Estimación del total de nacidos vivos y la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva y de salud maternoinfantil por país, Región de las Américas, 2017 (a menos que se indique otro año).....	29
Cuadro 3. Datos epidemiológicos y servicios de cobertura relacionados con la prevención de transmisión maternoinfantil del VIH por país, Región de las Américas, 2017 (a menos que se indique otro año).....	36
Cuadro 4. Datos epidemiológicos y servicios de cobertura relacionados con la prevención de la transmisión maternoinfantil de la sífilis por país, Región de las Américas, 2017 (a menos que se indique otro año).....	31
Cuadro 5. Datos epidemiológicos y servicios de cobertura relacionados con la prevención de la hepatitis B en los niños por país, Región de las Américas, 2017 (a menos que se indique otro año).....	33
Cuadro 6. Datos epidemiológicos relacionados con la prevención de la transmisión maternoinfantil de la enfermedad de Chagas por país, Región de las Américas, 2010.....	35

AGRADECIMIENTOS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) agradece a las personas que se indican a continuación por su contribución a la preparación del presente informe.

En la planificación y la elaboración del informe: Mónica Alonso González, Maeve B. Mello y Leandro Sereno.

Las siguientes personas formaron parte del equipo que realizó contribuciones importantes o participaron de la revisión técnica del documento (en orden alfabético):

Luis Gerardo Castellanos (OPS), Massimo Ghidinelli (OPS), Bertha Gomez (OPS), Rodolfo Gómez Ponce de León (CLAP/SMR, OPS), Sandra Jones (OPS), Elizabeth Rodriguez (OPS), Alba María Roperó (OPS), Roberto Salvatella (OPS), Mariangela F. Silveira (consultor de CLAP/SMR, OPS), Marcelo Vila (OPS), Nick Walsh (OPS).

RESUMEN

En el 2010 se logró un importante impulso político para la eliminación de la transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la sífilis en la Región de las Américas cuando los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron la *Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita* (documento CD50/15).¹ Más recientemente, los Estados Miembros aprobaron el *Plan de acción para la prevención y el control del VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016–2021* (documento CD55/14),² en el que se renovó el compromiso con la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis, y se promovió la ampliación de la iniciativa de eliminación a otras enfermedades, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas.

En el presente documento se comunica el progreso logrado en la Región hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis entre los años 2010 y 2017. Se trata también del primer informe regional sobre la eliminación de la transmisión materno-infantil y durante la primera infancia de la hepatitis B y la enfermedad de Chagas congénita. Los resultados principales son los siguientes:

- **El acceso de las embarazadas a la atención prenatal y del parto es alto en la Región de las Américas.** Según cifras del 2017, 89% de las embarazadas en la Región de las Américas recibió atención prenatal sistemática con cuatro o más consultas y el parto tuvo lugar en un hospital en 95% de los casos. El nivel de acceso ha permanecido estable desde el 2010, aunque subsisten algunas inequidades: por ejemplo, existen cinco países donde menos de 70% de las mujeres acuden a cuatro o más consultas prenatales y otros cuatro países donde menos de 80% de las mujeres dan a luz en un entorno hospitalario.
- **El tamizaje de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas sigue siendo alto, pero se**

han logrado pocos avances para salvar las brechas; por otra parte, el tamizaje de la enfermedad de Chagas en las embarazadas es muy variable, dado que oscila entre 7% y 55% en los pocos países que presentan informes al respecto. En el 2017, 73% de las embarazadas en América Latina y el Caribe recibió al menos una prueba del VIH, lo cual constituye un aumento en comparación con el 62% en el 2010, pero una disminución en comparación con el grado alto de cobertura en el 2014 (75%). El tamizaje de la sífilis en las embarazadas que acudieron a la atención prenatal disminuyó de 74% en el 2011 a 69% en el 2017. No se cuenta con datos regionales sobre el tamizaje de la enfermedad de Chagas en las embarazadas y pocos países tienen datos nacionales sobre la cobertura de la prueba.

- **El tratamiento de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas seropositivas sigue en aumento.** Entre el 2010 y el 2017, el acceso al tratamiento antirretroviral de las embarazadas con infección por el VIH aumentó de 50% a 73% en América Latina y el Caribe. En el 2017, el tratamiento apropiado de la sífilis en las embarazadas afectadas que acudían a los servicios de atención prenatal aumentó a 87%, después de haber permanecido alrededor de 83% entre el 2010 y el 2016.
- **La vacunación contra la hepatitis B se ha establecido en 87% de los menores de 1 año que completan su tercera dosis, aunque continúa en aumento la adopción de políticas de administración de una dosis al nacer de la vacuna contra el virus de la hepatitis B a todos los recién nacidos.** Todos los países de la Región han introducido la vacuna contra la hepatitis B o vacuna que contiene hepatitis B en su esquema ordinario de vacunación de los lactantes, y la cobertura de la tercera dosis en los menores de 1 año fue de 87% en el 2017. Además, 25 países y territorios introdujeron la dosis de la vacuna en las

¹ Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en las Américas (documento CD50/15). 50.º Consejo Directivo, 62.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010; Washington, DC. Se puede consultar en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-15-s.pdf>.

² Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 (documento CD55/14). 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Se puede consultar en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-14-s.pdf>.

primeras 24 horas después del nacimiento a todos los recién nacidos; la cobertura de esta vacuna en la Región aumentó de 61% en el 2010 a 76% en el 2017. La prevalencia regional estimada de hepatitis B en los niños de 5 años es de 0,1%.

- **Durante mucho tiempo se ha observado una disminución continua de la transmisión materno-infantil del VIH, pero comienza a estabilizarse.** La tasa de transmisión materno-infantil del VIH disminuyó de 17% en el 2010 a 12% en el 2017, lo cual representa la prevención de cerca de 30 800 infecciones por el VIH en los niños, gracias a las intervenciones de eliminación de la transmisión materno-infantil en América Latina y el Caribe.
- **Los casos de sífilis congénita están en aumento.** La tasa de incidencia de la sífilis congénita ha aumentado desde el 2010 y alcanzó 2,1 casos por 1000 nacidos vivos y más de 28 800 casos notificados en el 2017. Algunas estimaciones publicadas recientemente correspondientes al 2016 indican una duplicación de estas cifras, con 51 000 casos de sífilis congénita en la Región. A pesar del incremento de la cobertura del tratamiento de las embarazadas con sífilis, hubo un aumento en la prevalencia de sífilis en este grupo de población en las Américas, lo que resultó en un aumento en los casos de sífilis congénita.

- **Se considera que la transmisión materno-infantil causa más de 20% de los casos nuevos de enfermedad de Chagas.** Ante la disminución de casos nuevos de enfermedad de Chagas transmitida por vectores domésticos y componentes sanguíneos, la transmisión materno-infantil se ha convertido en un importante modo de transmisión. Se estima que ocurren 9000 casos nuevos de enfermedad de Chagas congénita cada año en América Latina y el Caribe.

En el 2017, 20 países y territorios de la Región de las Américas comunicaron datos que indican el logro de la meta y los objetivos de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y los datos notificados por 15 países hablan en favor de la eliminación de la sífilis congénita y la eliminación doble de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Según datos modelados de la epidemia de hepatitis B, 13 países alcanzaron la meta de impacto de la eliminación de la transmisión materno-infantil y durante la primera infancia del virus de la hepatitis B (referido a la prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en niños de 5 años).

INTRODUCCIÓN

En el 2015, Cuba fue el primer país del mundo en recibir la validación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de la sífilis. Posteriormente, la OMS certificó que Anguila, Antigua y Barbuda, Bermuda, las Islas Caimán, Montserrat y Saint Kitts y Nevis eliminaron la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en el 2016 y el 2017. Fuera de la Región de las Américas, Tailandia y Belarús también recibieron la validación de la doble eliminación en el 2016 y Malasia en el 2018; en el 2016, se validó la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH en Armenia y de la sífilis congénita en la República de Moldova.¹

Con la aprobación del *Plan de acción para la prevención y el control del VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021* (documento CD55/14),² los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) no solo renovaron su compromiso con la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, sino que aceptaron además ampliar esta iniciativa a otras enfermedades.

Esta ampliación se formalizó con la publicación del *Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas*,³ conocido con el acrónimo ETMI Plus. Al aprovechar la experiencia y las enseñanzas extraídas con la primera fase de la eliminación de la transmisión maternoinfantil, países como Colombia y Uruguay han incorporado la hepatitis B y la enfermedad de Chagas congénita a la estrategia de eliminación como una oportunidad de anticipar la eliminación de enfermedades transmisibles y fortalecer aún más la calidad y la cobertura de los servicios de salud maternoinfantil.

En el 2015, los Estados Miembros de la OPS aprobaron el primer *Plan de acción para la prevención y el control*

de las hepatitis virales (documento CD54/13, Rev. 1)⁴ a escala regional, en el que se promueven políticas e intervenciones de salud pública encaminadas a eliminar las hepatitis virales en los Estados Miembros hacia el 2030. La eliminación de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de la hepatitis B constituye un hito hacia la eliminación de las hepatitis virales y es factible con la ejecución de un conjunto progresivo de intervenciones fundamentadas en datos fidedignos, como la vacunación de todos los niños con vacuna contra la hepatitis B o vacuna que contiene hepatitis B durante el primer año de vida, la aplicación de la dosis en las 24 primeras horas después del nacimiento a todos los recién nacidos, la realización de la prueba diagnóstica a las embarazadas, la provisión de la inmunoglobulina antihepatitis B a los lactantes expuestos y la provisión del tratamiento antiviral a las embarazadas que presentan una viremia alta.

Después de varios años de control eficaz de la enfermedad de Chagas y de disminución de los casos nuevos transmitidos por vectores domésticos y componentes sanguíneos, la transmisión maternoinfantil se ha convertido en un factor importante de las infecciones nuevas por *Trypanosoma cruzi*. En países como Uruguay y Chile, donde la transmisión vectorial se interrumpió en 1997 y 1999 respectivamente, la transmisión maternoinfantil se ha convertido en la principal vía de transmisión. Con el propósito de responder a esta situación epidémica nueva por *T. cruzi*, las intervenciones elaboradas con el fin de eliminar la enfermedad de Chagas congénita incluyen el tamizaje de la infección relacionada con *T. cruzi* en las embarazadas, el tamizaje de los recién nacidos expuestos mediante pruebas parasitológicas, el tratamiento inmediato de los recién nacidos y las madres seropositivos para esta infección, y el seguimiento de los recién nacidos seronegativos hasta el año de edad.

¹ Organización Mundial de la Salud. WHO validation for the elimination of mother-to-child transmission of HIV and/or syphilis [Internet]. Consultado en noviembre del 2018. Se puede consultar en: <http://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/WHO-validation-EMTCT/en/>.

² Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 (documento CD55/14). 55.º Consejo Directivo, 68.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington, DC. Se puede consultar en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-14-s.pdf>.

³ Organización Panamericana de la Salud. ETMI-Plus: marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Washington, DC: OPS; 2017. Se puede consultar en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales (documento CD54/13, Rev. 1). 54.º Consejo Directivo, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Se puede consultar en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2016-cha-plan-action-prev-hep-sp.pdf>.

Las metas de la iniciativa ETMI Plus son las siguientes:

- Tasa de transmisión maternoinfantil del VIH de 2% o menos
- Incidencia de sífilis congénita (incluidos los mortinatos) de 0,5 casos o menos por 1000 nacidos vivos
- Prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg) de 0,1% o menos en los niños de 4 años a 6 años⁵
- Tratamiento y curación (es decir, serología postratamiento negativa) de al menos 90% de los niños con infección por *T. cruzi*

Con el fin de alcanzar y mantener estas metas se deben lograr los siguientes objetivos programáticos y mantenerlos:⁶

- Salud sexual y reproductiva, y salud de la madre y el niño
 - Necesidades desatendidas de planificación familiar de 10% o menos en las mujeres de 15 a 49 años
 - Cobertura de 95% o más de la atención prenatal y de partos en medio hospitalario
- VIH y sífilis
 - Cobertura de 95% o más del tamizaje del VIH y la sífilis en las embarazadas
 - Cobertura de 95% o más del tratamiento apropiado de la sífilis y la infección por el VIH en las embarazadas
- Hepatitis B
 - Cobertura de 95% o más de la dosis al nacimiento (primeras 24 horas) de la vacuna contra el virus de la hepatitis B administrada de manera oportuna
 - Cobertura de 95% o más de la tercera dosis de vacunación contra el virus de la hepatitis B en el primer año de vida
 - Cobertura de 80% o más de la prueba del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en las embarazadas (objetivo secundario)
 - Provisión de la inmunoglobulina específica contra el virus de la hepatitis B (IgHB) a 80% o más de los recién nacidos de madres infectadas por el virus de la hepatitis B (objetivo secundario)
 - Cobertura de 85% o más de la vacunación con la dosis al nacimiento y la tercera dosis contra la hepatitis B en todas las provincias o las zonas (objetivo secundario)
- Enfermedad de Chagas
 - Cobertura de 90% o más del tamizaje de *T. cruzi* en las embarazadas
 - Prueba del *T. cruzi* realizada a 90% o más de los recién nacidos de madres seropositivas
 - Tratamiento después del parto de 90% o más de las madres seropositivas a *T. cruzi*

La información recabada en el presente documento tiene por objeto respaldar a las autoridades de salud y ayudar a los gerentes de programas en el seguimiento de los logros

nacionales y regionales y el reconocimiento de las brechas que subsisten en cuanto a la eliminación de la transmisión maternoinfantil de las enfermedades infecciosas.

⁵ El centro de interés son los niños de 5 años y la medición del cumplimiento se lleva a cabo en los niños entre los 4 y los 6 años, en función de las oportunidades prácticas para llevar a cabo estas mediciones (es decir, las cohortes escolares).

⁶ Organización Panamericana de la Salud. ETMI-Plus: marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Washington, DC: OPS; 2017. Se puede consultar en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>.

MÉTODOS Y FUENTES DE DATOS

El presente informe recoge datos secundarios de 52 países y territorios (de los cuales 35 son Estados Miembros de la OPS) en la Región de las Américas (en adelante denominados "países"), obtenidos de los informes de país presentados a la OPS/OMS, la revisión bibliográfica y las estimaciones obtenidas por modelización. En el **recuadro 1** se resumen las principales fuentes de datos. A lo largo del documento se pueden encontrar estas y otras fuentes complementarias cuando se presenta la información. En función de la información disponible, los datos presentados se clasifican como provenientes de la Región de las Américas, de América Latina o del Caribe.

Las cifras regionales se basan en los datos notificados por cada país con imputación, en algunos casos, de los datos faltantes de los países. Si faltaban los valores nacionales correspondientes a un año específico, se imputaron los últimos datos disponibles, con un máximo de dos años de diferencia. Los países con datos faltantes para más de dos años se excluyeron del análisis. En las notas a pie de página del documento se explican algunos aspectos metodológicos con respecto a indicadores específicos.

A los fines de este informe, la definición de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis se corresponde con una situación en la que la tasa de sífilis congénita (incluidos los mortinatos) es como máximo de 0,5 por 1000 nacidos vivos, la cobertura de atención prenatal

es de 95% o más, la prueba de sífilis en embarazadas que acceden a la atención prenatal se realiza a al menos 95% de ellas, y 95% o más de las embarazadas con pruebas positivas para la sífilis recibe un tratamiento apropiado.

De manera análoga, la definición de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH se refiere a una situación en la que la tasa de transmisión del VIH es como máximo de 2%, la cobertura de la atención prenatal es de 95% o más, el tamizaje del VIH en las embarazadas y el tratamiento de embarazadas con infección por el VIH es de 95% o más, y un análisis cualitativo de los sistemas de vigilancia indica que la información es válida y fidedigna.

El fin último de la iniciativa regional de eliminación de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de la hepatitis B es que la prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en los niños de 5 años⁷ disminuya a 0,1% o menos. Con respecto a la eliminación de la enfermedad de Chagas congénita como un problema de salud pública, esta se define como el tratamiento y la curación de al menos 90% de los niños infectados, respaldada por el tamizaje de las embarazadas (90% o más) y el tratamiento después del parto (90% o más), así como la realización de la prueba a al menos 90% de los recién nacidos expuestos (con madres seropositivas a *T. cruzi*).

⁷ El centro de interés son los niños de 5 años y la medición del cumplimiento se lleva a cabo en los niños entre los 4 y los 6 años, en función de las oportunidades prácticas para llevar a cabo estas mediciones (es decir, las cohortes escolares).

RECUADRO 1. Fuentes de datos del informe

1. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores Básicos 2017. Washington, DC: OPS/OMS; 2017 (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34330/IndBrasicos2017_spa.pdf).
2. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores Básicos 2018. Washington, DC: OPS/OMS; 2018 (http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf).
3. Naciones Unidas. World population prospects: the 2017 revision [Internet]. Nueva York. Consultado el 5 de diciembre del 2018 (<http://esa.un.org/wpp/>).
4. Oficina del Censo de Estados Unidos. International Database [Internet]. Actualización de septiembre del 2018. Consultado el 3 de diciembre del 2018 (<https://www.census.gov/data-tools/demo/idb/informationGateway.php>).
5. ONUSIDA, OMS. Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida [Internet] (<https://aidsreportingtool.unaids.org/>).
6. ONUSIDA. 2018 estimates using PPE-Spectrum. AIDSinfo database [Internet] (<http://aidsinfo.unaids.org>).
7. Informes de país sobre la eliminación de la transmisión materno-infantil presentados a la Organización Panamericana de la Salud.
8. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Sexually transmitted disease surveillance, 2017 (<https://www.cdc.gov/std/stats17/default.htm>).
9. Organización Panamericana de la Salud. Las hepatitis B y C bajo la lupa. La respuesta de salud pública en la Región de las Américas, 2016. Washington, DC: OPS; 2016.
10. The Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(6):383-403 ([https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(18\)30056-6](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(18)30056-6)).
11. UNICEF. Bases de datos mundiales, 2016, a partir de las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS, por su sigla en inglés), las encuestas de demografía y salud (DHS, por su sigla en inglés) y otras fuentes representativas a escala nacional.
12. Organización Panamericana de la Salud. Informes de país presentados por medio del formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS-OMS/UNICEF (JRF por sus siglas en inglés). Washington DC: OPS, 2018.
13. Organización Mundial de la Salud. Global and country estimates of immunization coverage and chronic VHB infection dashboard. Ginebra: OMS; 2016 (<http://whohbsagdashboard.com/>).
14. Organización Mundial de la Salud. Global reporting system for hepatitis. Ginebra: OMS; 2018 (<http://www.who.int/hepatitis/reporting-database/en/>).
15. Organización Mundial de la Salud. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. *Weekly Epidemiological Record*. 2015;6(90):33-44.
16. Ministerio de Salud de Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. 2017;48(36). Consultado en noviembre del 2018 (<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>).

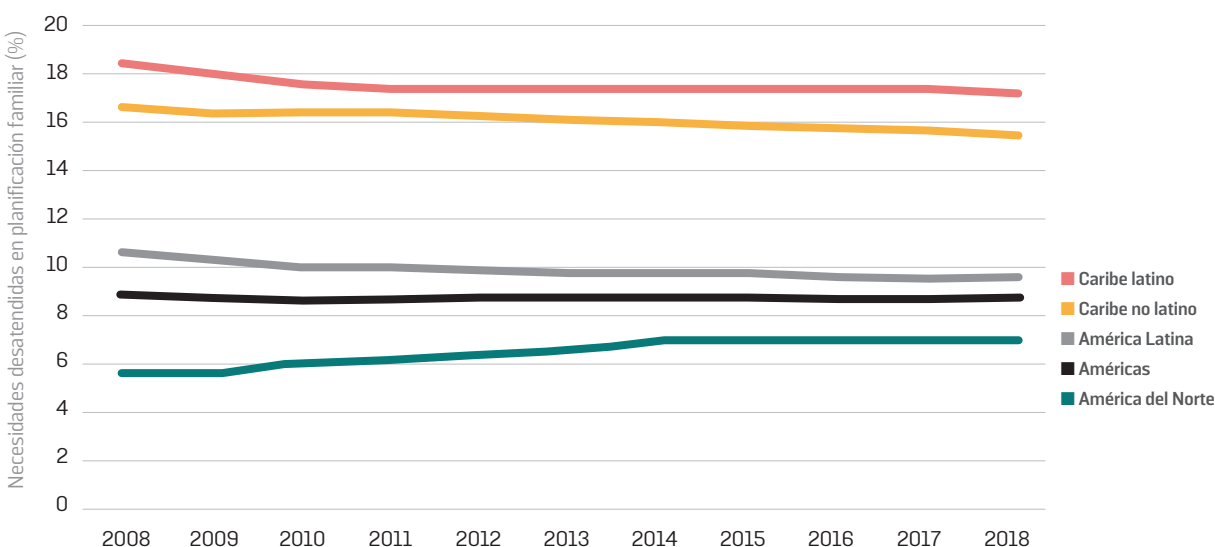
RESULTADOS

1. Acceso a las intervenciones de planificación familiar

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de gran calidad, entre ellos la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, cumple una función importante en el logro de la eliminación de la transmisión maternoinfantil de las enfermedades infecciosas. Un indicador indirecto que permite supervisar el acceso a estos servicios son las necesidades desatendidas en materia de planificación familiar de las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años; es decir, las mujeres fértiles, sexualmente activas, en pareja y que desean evitar el embarazo, pero carecen de acceso a los métodos modernos de planificación familiar).⁸

Se estima que en el 2018 el porcentaje de necesidades desatendidas en la Región de las Américas fue de 8,6%, cifra que ha permanecido estable en años recientes (**figura 1**). América Latina y el Caribe, tanto en su subregión latina como no latina, registraron una disminución de alrededor de un punto porcentual entre el 2008 y el 2018, en contraste con América del Norte (Canadá y Estados Unidos), que registra el porcentaje más bajo de necesidades desatendidas en la Región, aunque este porcentaje aumentó 1,5 puntos porcentuales durante el mismo período (**figura 1**).

Figura 1. Proporción estimada de mujeres fértiles en edad reproductiva y sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos modernos y desean evitar el embarazo, 2008-2018



Fuentes: Organización Panamericana de la Salud, Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. Washington, DC: OPS; 2018 (<http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>).

Los países con la mayor brecha de necesidades desatendidas de planificación familiar en las mujeres entre los 15 y los 49 años son Haití (36%), Guyana (28%) y

Trinidad y Tabago (21%). En otros 20 países la proporción se estima superior a 10% y en 14 países es de 10% o menos (véase el **cuadro 2 en el anexo**).

⁸ Este indicador se refiere a las mujeres que son fértiles y sexualmente activas que no están utilizando ningún método moderno de anticoncepción, si bien refieren no desear más hijos o desean posponer el nacimiento de su próximo hijo, y se expresa como el porcentaje de mujeres fértiles que están casadas o en pareja en un año dado (<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-07-01.pdf> y https://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/unmet_need_fp/es/).

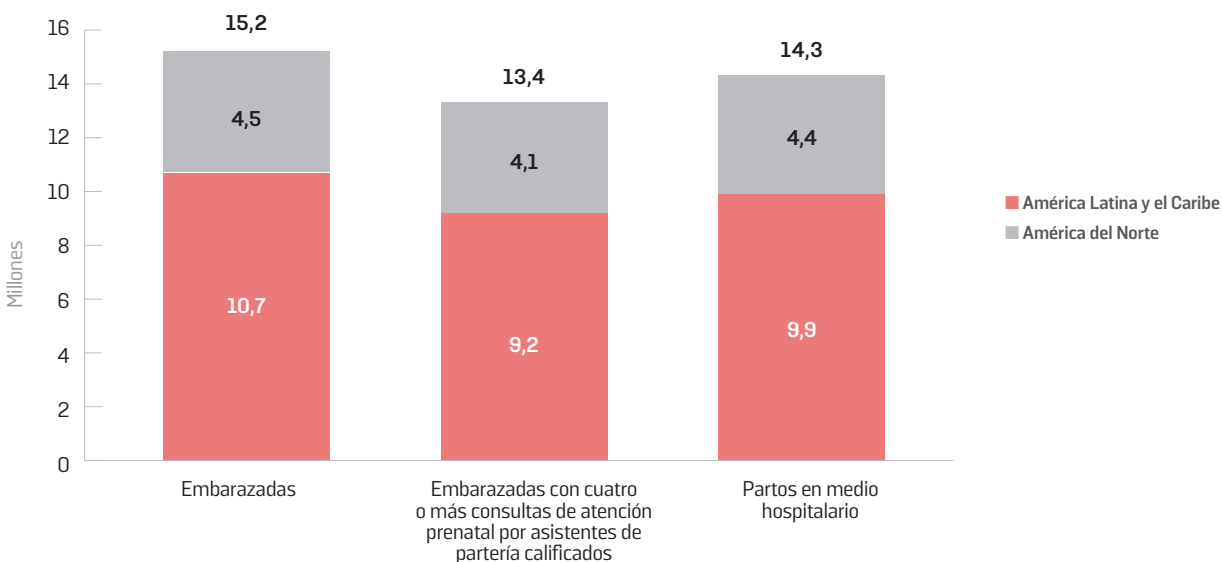
2. Acceso a la atención prenatal y la atención del parto

En la Región de las Américas, cerca de 15,2 millones de mujeres estuvieron embarazadas en el 2017, de las cuales 10,7 millones (70%) residían en América Latina y el Caribe. Alrededor de 13,4 millones de embarazadas, es decir, 88% de las embarazadas en la Región, accedieron a la atención prenatal, que consistía en cuatro consultas o más.⁹ En América Latina y el Caribe, esta cifra fue de 87%. El acceso a la atención prenatal ha permanecido en niveles similares desde el 2010, pero persisten las desigualdades. Por ejemplo, de los 45 países que presentaron información, 19 cuentan con una cobertura de atención con cuatro consultas superior a 90%, pero siete comunican una cobertura inferior a 75% (Granada, 2017; Guatemala, 2014; Haití, 2012; Nicaragua, 2016; Suriname, 2010;

Islas Turcas y Caicos, 2017; e Islas Vírgenes de Estados Unidos, 2015).

La Región tiene una cobertura alta de partos en un hospital (95%).¹⁰ Los países de América del Norte informaron una cobertura de 98%, y América Latina y el Caribe, de 93%. Al analizar por separado los países del Caribe, se observa una cobertura de 82% de partos en hospitales. De los 48 países y territorios que presentaron información en la Región, en cuatro todavía menos de 75% de los partos ocurre en un entorno hospitalario: Bolivia (2017), Guatemala (2016), Haití (2013) y Honduras (2017).

Figura 2. Estimación del número de embarazadas con cuatro o más consultas de atención prenatal y número de embarazadas con parto en un hospital en las Américas, por subregión, 2017



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. Washington, DC, Estados Unidos de América, 2018. Disponible en <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>.

Notas: Las estimaciones sobre el número total de mujeres embarazadas estaban disponibles para todos los países y territorios de la Región. No se contó con datos sobre la cobertura de la atención prenatal de Chile, Curaçao, Guadalupe y Saint Kitts y Nevis. Los datos sobre la cobertura de los partos en hospitales de Aruba no estaban disponibles.

⁹ Los informes anteriores incluían el indicador cobertura de atención prenatal con al menos una consulta; sin embargo, tras la introducción de la recomendación de cuatro consultas durante la atención prenatal, la OPS ya no da seguimiento al desglose del indicador con una consulta (desde el 2015). Además, la evidencia reciente indica que un mayor número de citas de atención prenatal (un mínimo de ocho), sin tener en cuenta el tipo de entorno con respecto a los recursos, se asocia con una mejor experiencia materna de la atención y una disminución de la mortalidad perinatal que con menos consultas de atención prenatal (<http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>). En la actualidad se está elaborando un nuevo indicador conforme a esta nueva recomendación de la OMS (<https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>).

Chile, Curaçao, Guadalupe y Saint Kitts y Nevis fueron excluidos del análisis debido a la falta de datos sobre la cobertura de la atención prenatal.

¹⁰ Aruba fue excluida del análisis debido a la falta de datos sobre la cobertura de los partos en hospitales.

3. Intervenciones básicas de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

3.1. Pruebas de detección del VIH en las embarazadas

Desde el 2010 y después de varios años de aumento continuo y con un punto máximo de 75% en el 2014, la proporción de mujeres en América Latina y el Caribe a quienes se les realizó la prueba de detección del VIH al menos una vez durante el embarazo disminuyó a 73% en el 2015 y permaneció en este nivel en el 2017. Pese a ello, en varios países de América Latina, como Chile, Paraguay y Perú, la cobertura de las pruebas de detección del VIH aumentó en comparación con el 2015. Guatemala también amplió la cobertura de la prueba del VIH en las embarazadas de 39% en el 2015 a 53% en el 2017.

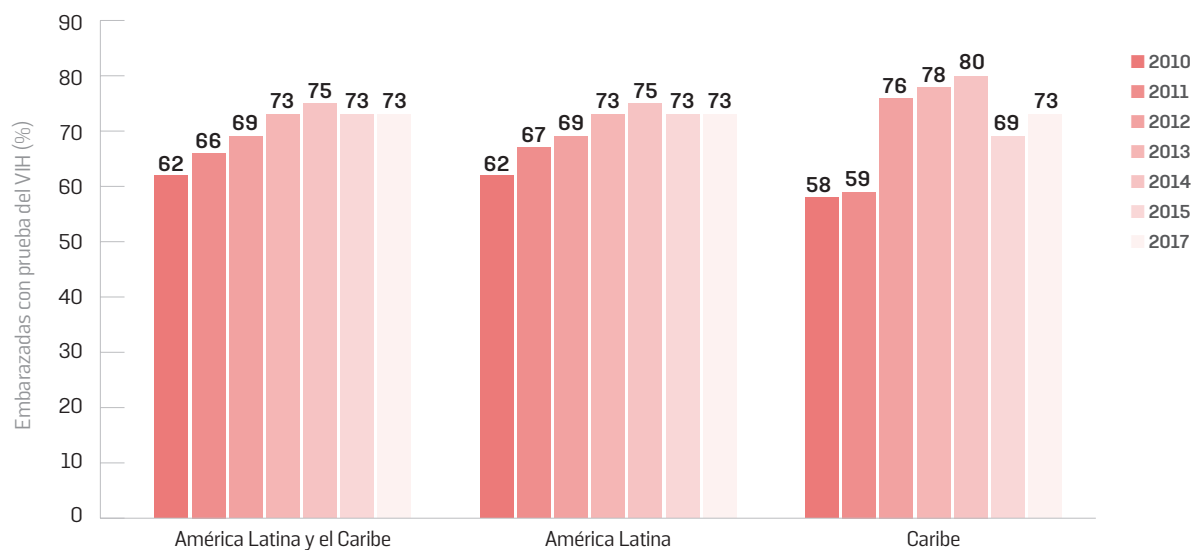
En el Caribe, el principal factor determinante de la disminución a 69% de la cobertura de las pruebas del VIH entre el 2014 y el 2015 fue la reducción de 39% en la República Dominicana (posiblemente relacionada con modificaciones del sistema de información) y de 12% en Granada y Jamaica. Entre el 2015 y el 2017, se observaron reducciones en la cobertura notificada de la prueba en

En el 2017, a 73% de las embarazadas se les hizo al menos una prueba de detección del VIH en América Latina y el Caribe

Suriname (caída de 27%), Bahamas (19%) y Guyana (7%); sin embargo, el aumento comunicado por Belice (subida de 18%), Jamaica (27%) y Trinidad y Tabago (44%) hizo que la cobertura subregional aumentara a 73% (**figura 3**).

En el 2017, la seropositividad frente al VIH de las embarazadas osciló entre 0,06% y 2,37%, según los datos disponibles de 28 países de América Latina y el Caribe. Los países que notificaron una seropositividad al VIH por encima de 1% fueron Bahamas, Haití, Jamaica y Trinidad y Tabago (véase el **cuadro 3 en el anexo**).

Figura 3. Cobertura estimada de la prueba de detección del VIH en las embarazadas en América Latina y el Caribe, 2010-2017



Fuente: Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida del ONUSIDA y la OMS, 2017.

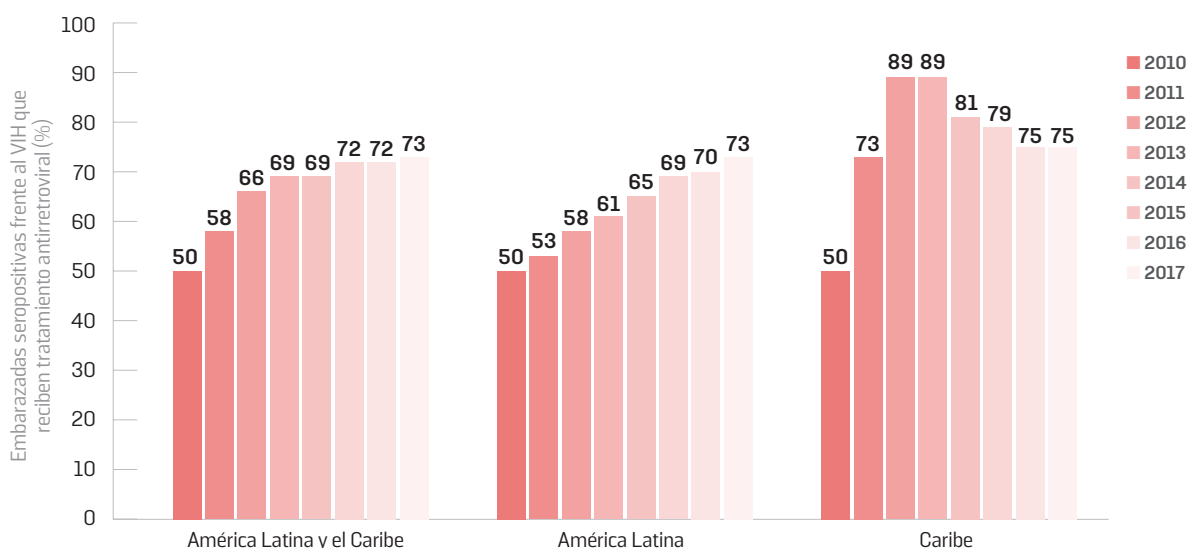
Notas: No se contó con datos sobre la cobertura del tamizaje del VIH durante la atención prenatal de Aruba, Curaçao, Guayana Francesa, Guadalupe, Islas Vírgenes (Estados Unidos), Martinica, Puerto Rico y San Martín. No se recogieron los datos para medir este indicador en el 2016.

3.2. Tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH

En América Latina y el Caribe ha aumentado de manera sistemática el acceso al tratamiento antirretroviral de las embarazadas con infección por el VIH desde el 2010. Se estima que 73% de las embarazadas con infección por el

VIH recibía tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe en el 2017, un aumento de 46% comparado con la cobertura estimada de 50% en el 2010 (**figura 4**).

Figura 4. Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral en las embarazadas seropositivas frente al VIH para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en América Latina y el Caribe, 2010-2017

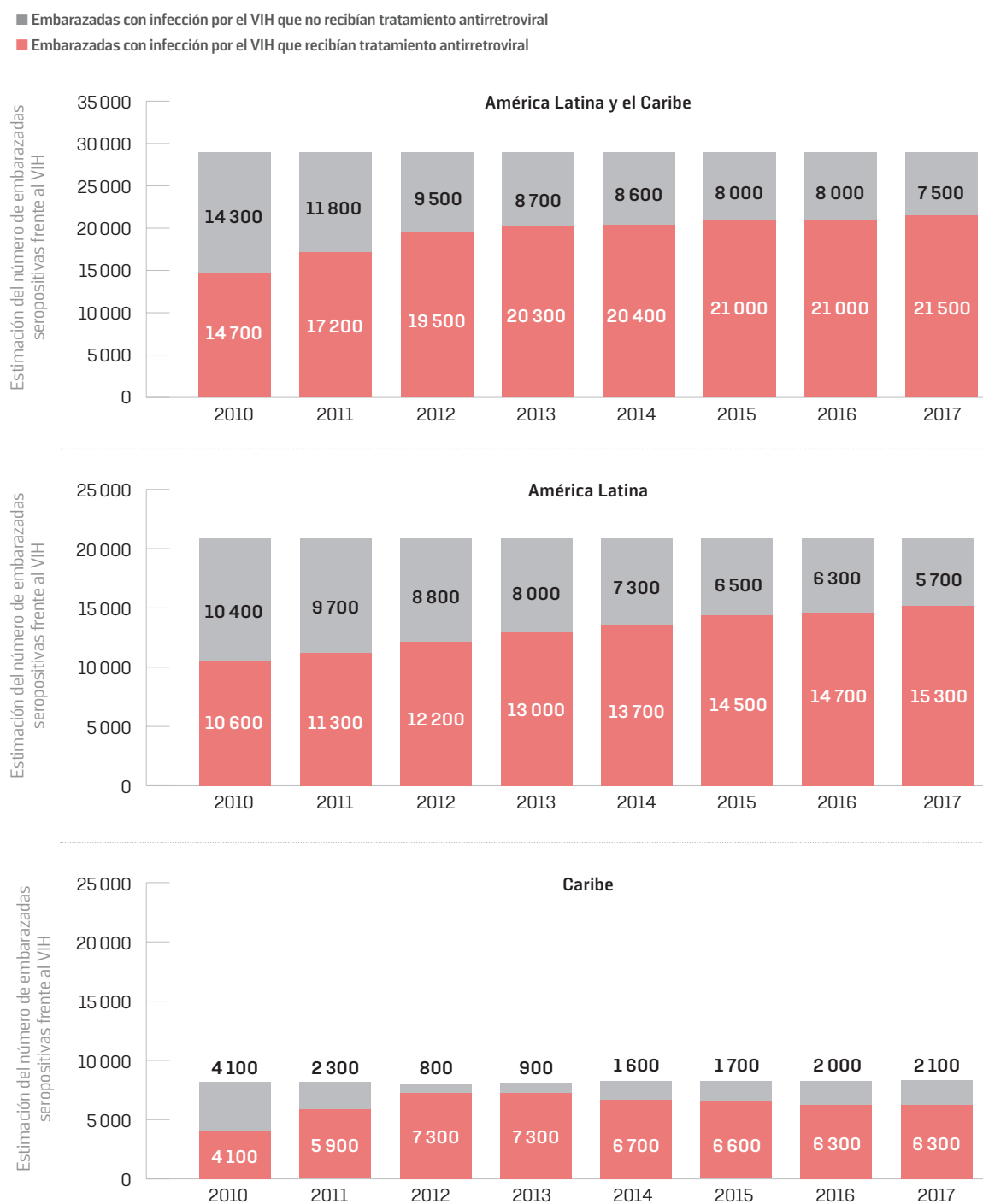


Fuente: Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA y la OMS.

Sin embargo, este progreso no es uniforme: Bolivia, Brasil y Perú aumentaron de manera notable el acceso a los medicamentos antirretrovirales desde el 2010; Colombia, Costa Rica, Panamá y Paraguay también han mostrado algún progreso en la cobertura del tratamiento antirretroviral; sin embargo, Ecuador, El Salvador y México no lograron mantener la cobertura lograda en los años anteriores (**cuadro 3 en el anexo**). El Caribe mostró una disminución de 16% de la cobertura del tratamiento antirretroviral entre el 2013 y el 2017, debido sobre todo a la reducción en Belice (caída de 34%), Guyana (33%), Haití (26%) y Suriname (20%) durante el mismo período.

En el Caribe, el número estimado de embarazadas con infección por el VIH que recibían tratamiento antirretroviral aumentó de 4100 en el 2010 a 7300 en el 2013, pero ha disminuido desde entonces hasta 6300 mujeres en el 2017, lo cual representa una cobertura actual de 75% (**figura 5**). El principal factor determinante de esta tendencia decreciente fue la evolución en Haití, donde el número estimado de embarazadas con pruebas positivas frente al VIH que recibían tratamiento antirretroviral disminuyó de 5200 en el 2013 a 4500 en el 2017, y la República Dominicana, donde disminuyó de 1300 en el 2012 a 810 en el 2017.

Figura 5. Estimación del número de embarazadas seropositivas frente al VIH que necesitaban tratamiento antirretroviral y de las embarazadas seropositivas que lo recibían en América Latina y el Caribe, 2010-2017



Fuente: Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA y la OMS, 2017.

4. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH

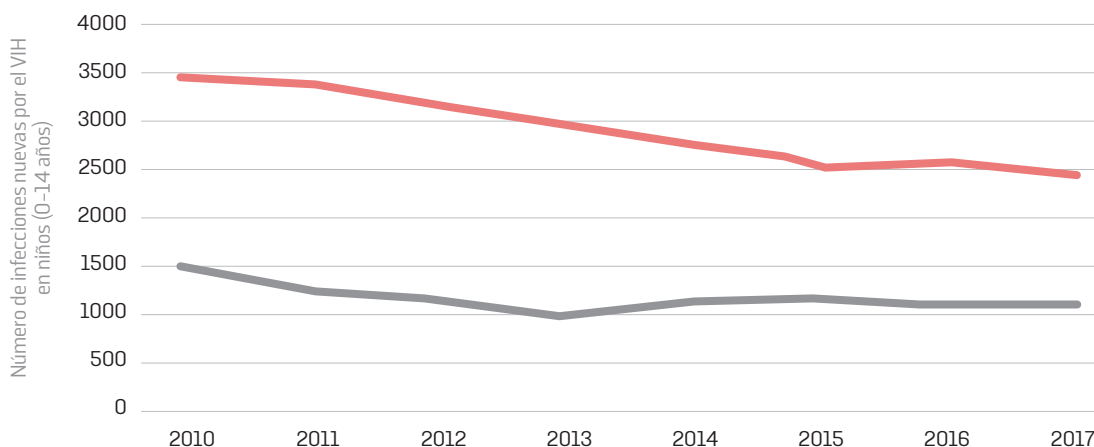
Si bien la disminución del número de infecciones nuevas por el VIH en niños es considerable, los resultados parecen haberse estancado en los últimos tres años (**figura 6**). El número estimado de infecciones nuevas por el VIH en los niños de 0 a 14 años en América Latina disminuyó un 29% entre el 2010 y el 2017, de 3400 (2600-5200) a 2400 (1800-3600). En el Caribe, hubo una reducción de 27%, de 1500 (1000-2000) en el 2010 a 1100 (1000-1900) en el 2017. Sin embargo, estas cifras se han estabilizado en los últimos tres años (2015-2017).

La disminución general entre el 2010 y el 2017 corresponde a cerca de 30 800 infecciones por el VIH evitadas en los niños, gracias a las intervenciones de eliminación de la transmisión materno-infantil en América Latina y el Caribe (**figura 7**).

Las infecciones nuevas por el VIH en los niños de 0 a 14 años en América Latina disminuyeron 29% entre el 2010 y el 2017

Figura 6. Estimación del número de infecciones nuevas por el VIH en niños de 0 a 14 años en América Latina y el Caribe, 2010-2017

■ Infecciones nuevas en niños de 0-14 años (América Latina)
■ Infecciones nuevas en niños de 0-14 años (Caribe)



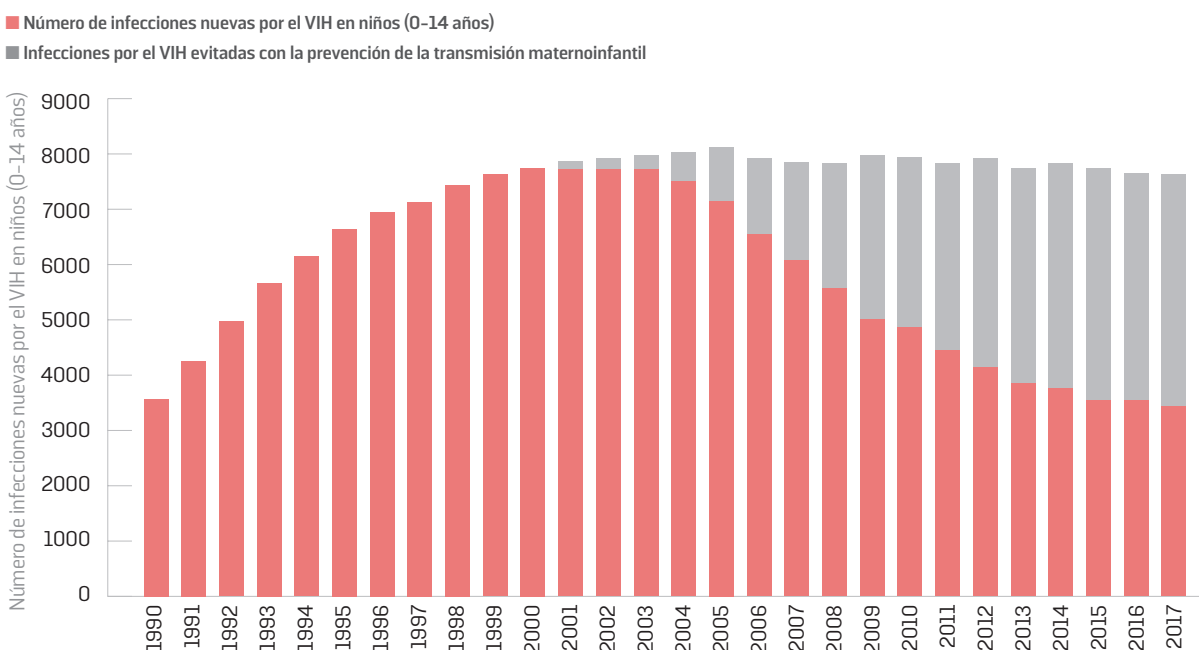
Fuente: ONUSIDA. Estimaciones del 2017 obtenidas con el modelo PPE-Spectrum. Base de datos AIDSinfo 2018 (<http://aidsinfo.unaids.org>).

El diagnóstico temprano del lactante es una política generalizada en la Región de las Américas. Esta iniciativa favorece un mejor seguimiento de los niños expuestos al VIH y el comienzo temprano del tratamiento cuando corresponde. Los datos de 21 países que presentaron información en el 2016 y el 2017 indican que seis países realizaron la prueba virológica en los primeros dos meses

después del nacimiento a más de 99% de los bebés expuestos al VIH (**figura 8**).

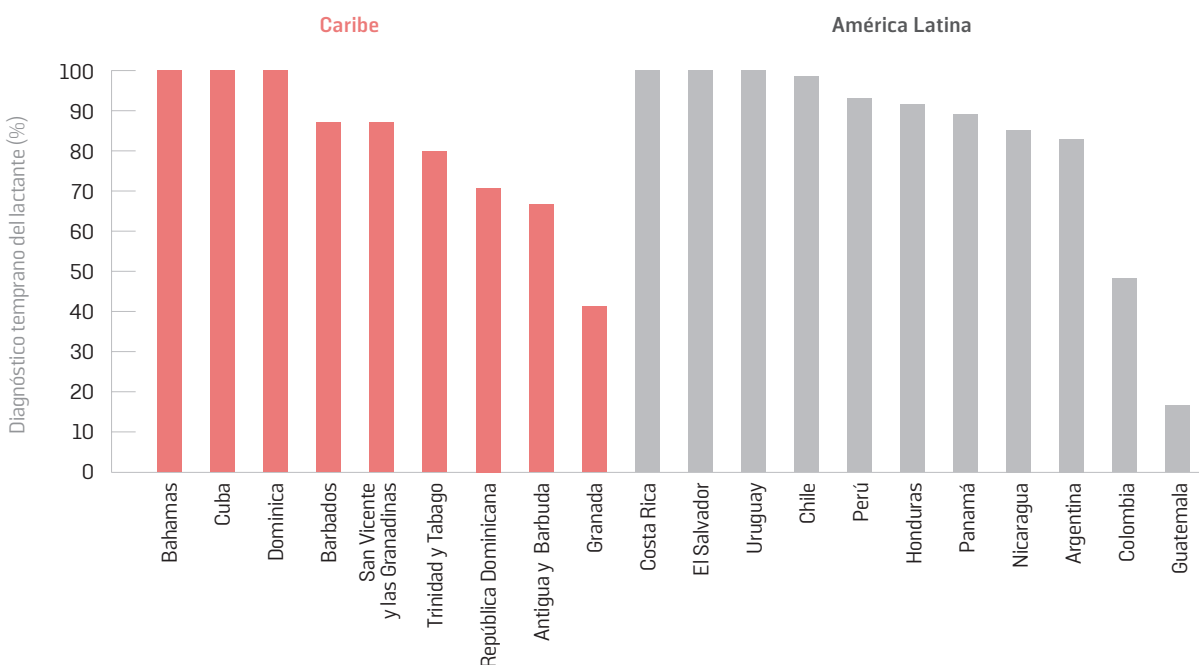
La disminución de la tasa de transmisión materno-infantil del VIH está asociada con la ampliación del tratamiento antirretroviral de las embarazadas, lo que contribuyó a la reducción de 29% en esta tasa del 2010 al 2017 en América Latina y el Caribe (**figura 9**).

Figura 7. Estimación del número de infecciones nuevas por el VIH en niños de 0 a 14 años e infecciones por el VIH evitadas con la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en América Latina y el Caribe, 2010-2017



Fuente: ONUSIDA. Estimaciones del 2017 obtenidas con el programa PPE-Spectrum. Base de datos AIDSinfo 2018 (<http://aidsinfo.unaids.org>).

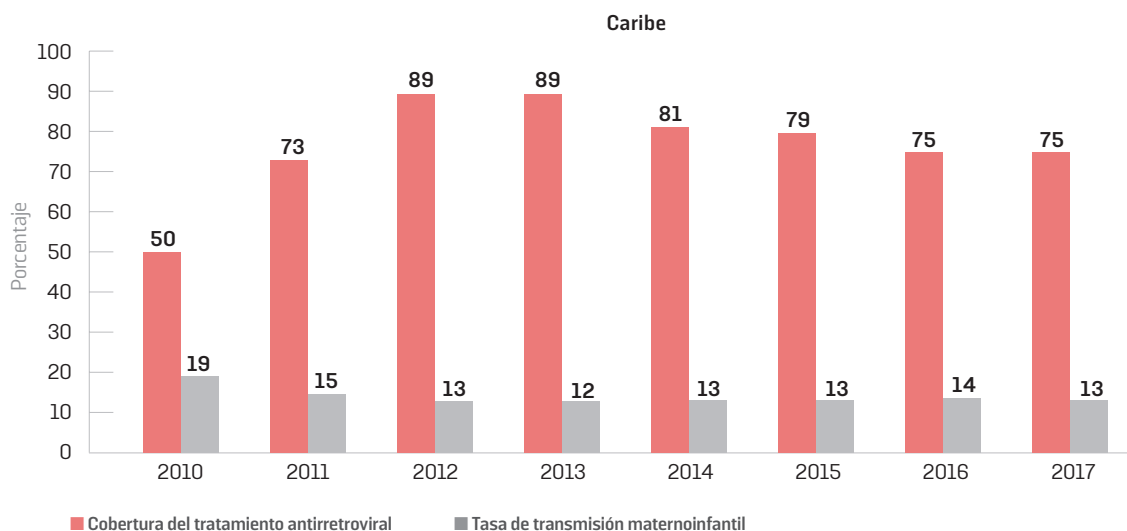
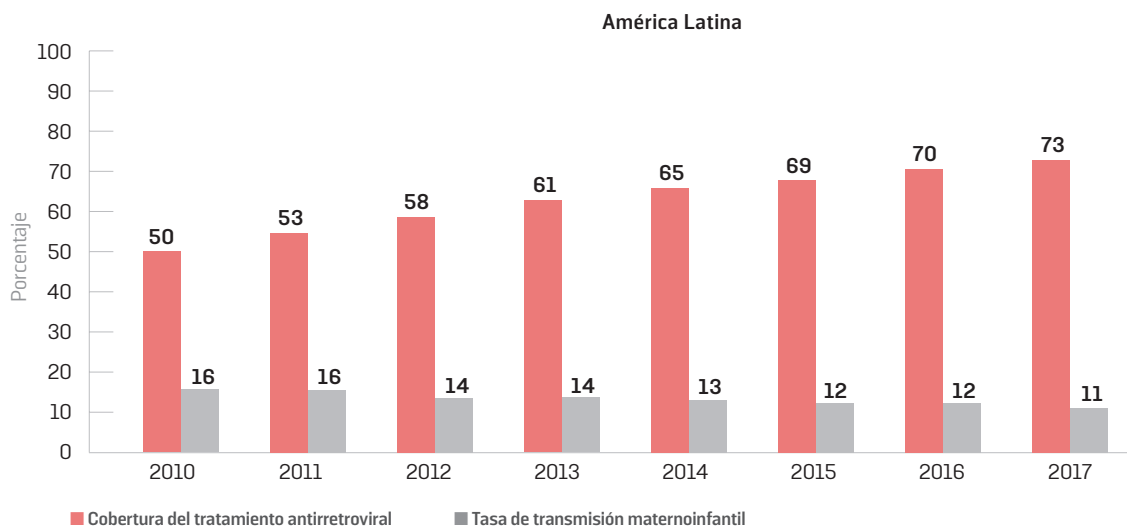
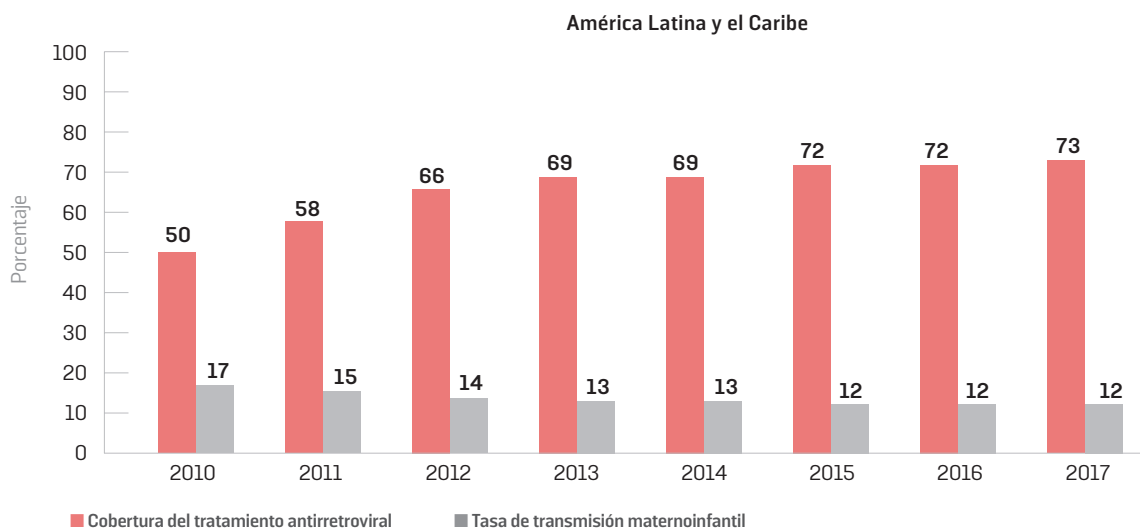
Figura 8. Porcentaje de los bebés expuestos al VIH notificados que recibió una prueba virológica en los primeros dos meses de vida en América Latina y el Caribe, 2017



Fuente: Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA y la OMS, 2017.

Notas: Numerador: número de lactantes a los que se realizó la prueba del VIH en los primeros dos meses después del nacimiento durante el período de notificación. Denominador: número de embarazadas con infección por el VIH que dieron a luz en los últimos 12 meses.

Figura 9. Cobertura estimada del tratamiento antirretroviral en las embarazadas para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH y tasa de transmisión maternoinfantil del VIH en América Latina y el Caribe, 2010-2017



Fuente: ONUSIDA. Estimaciones del 2017 obtenidas con el programa PPE-Spectrum. Base de datos AIDSinfo 2018 (<http://aidsinfo.unaids.org>).

A partir de los datos notificados por los países y la evaluación del impacto nacional y los indicadores programáticos de la atención de salud maternoinfantil, junto con los datos del sistema de vigilancia, la OPS estima que, en el 2017, 20 países de la Región pueden haber logrado la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH. De estos 20 países, siete han obtenido la validación por la OMS.¹¹ Otros 13 países de la Región están cerca del cumplimiento de las metas de eliminación (**cuadro 1**).

Desde el 2010, 30 800 niños han nacido sin VIH gracias a las intervenciones de prevención de la transmisión maternoinfantil en América Latina y el Caribe

Cuadro 1. Clasificación de los países y los territorios de la Región de las Américas según el cumplimiento de las metas de eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, 2017

Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH validada por la OMS	Pueden haber alcanzado la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH (tasa de transmisión maternoinfantil: ≤2%)	Están cerca de alcanzar la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH (tasa de transmisión maternoinfantil: 2%-5%)	Están progresando hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH	Información insuficiente para evaluar el progreso
Anguila	Bahamas	Argentina	Bolivia	Aruba
Antigua y Barbuda	Bonaire	Barbados	Colombia	Curaçao
Bermuda	Canadá	Belice	Costa Rica	Guadalupe
Cuba	Chile	Brasil	Ecuador	Guayana Francesa
Islas Caimán	Dominica	El Salvador	Guatemala	Martinica
Montserrat	Estados Unidos de América	Guyana	Haití	Saba
Saint Kitts y Nevis	Islas Turcas y Caicos	Granada	Honduras	San Eustaquio
	Islas Vírgenes (Estados Unidos)	Nicaragua	México	San Martín
	Islas Vírgenes (Reino Unido)	Panamá	Paraguay	Venezuela
	Jamaica	Perú	República Dominicana	
	Puerto Rico	Suriname		
	Santa Lucía	Trinidad y Tabago		
	San Vicente y las Granadinas	Uruguay		

Fuentes: ONUSIDA/OMS. Informes de los países sobre el progreso en la respuesta mundial al sida, 2011–2017. • Informes de país a la OPS sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil, 2015–2017.

Nota: La distribución de los países en cada categoría se basa en los datos del período 2013–2017: cobertura de la atención prenatal, tasa de transmisión maternoinfantil del VIH de 2% o menos, tamizaje del VIH en 95% o más de las embarazadas, tratamiento antirretroviral de 95% o más de las embarazadas con pruebas positivas frente al VIH y análisis cualitativo de los sistemas de vigilancia.

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis en las Américas. Actualización 2016. Washington, DC: OPS; 2017. Se puede consultar en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34074/9789275319550-spa.pdf>.

5. Intervenciones básicas de prevención de la sífilis congénita

5.1. Prueba diagnóstica y tratamiento de la sífilis en las embarazadas

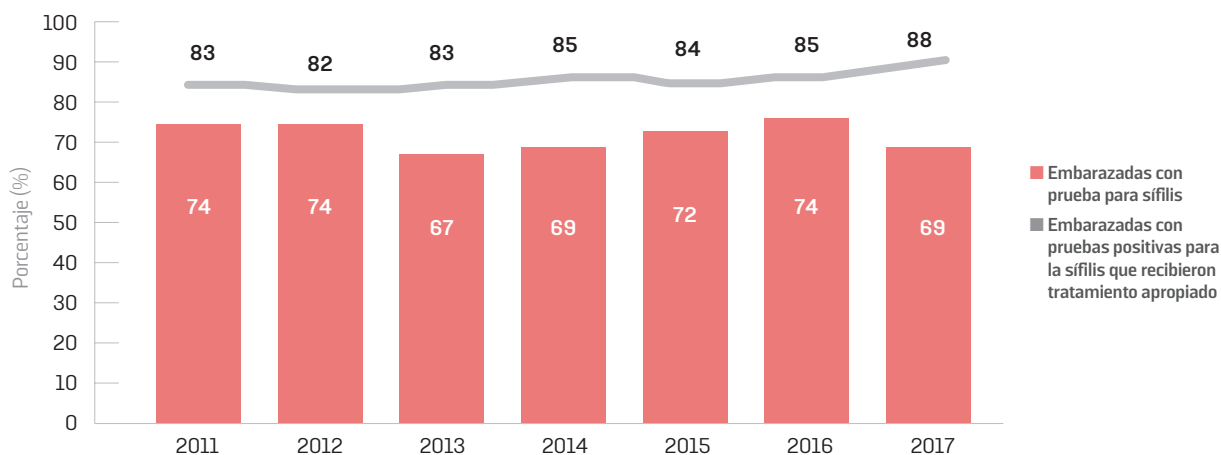
El tamizaje de la sífilis se realizó en 69% de las embarazadas en América Latina y el Caribe, lo que representa una disminución de cinco puntos porcentuales con respecto al 2016 (**figura 10**). La reducción del 2017 en comparación al 2016 se debió sobre todo a una disminución de 19% en el tamizaje de la sífilis en República Dominicana, de 15% en México y de 11% en El Salvador. En cambio, los datos muestran un aumento del tamizaje de la sífilis en las embarazadas en el 2017 en Panamá (aumento de 10%), Santa Lucía (16%) y Paraguay (18%), en comparación con el 2016. La seropositividad frente a la sífilis notificada en las embarazadas en el 2017 osciló entre ningún caso en unos pocos países pequeños del Caribe, 1,9% en Paraguay y 3% en Haití.

Por el contrario, la tasa de tratamiento apropiado de la sífilis¹² aumentó a 88% en las embarazadas diagnosticadas como seropositivas en el 2017 (según

los datos de 21 países que presentaron información). El aumento registrado del 2016 al 2017 en la cobertura del tratamiento apropiado de 24% en Colombia y 12% en el Perú fue la principal razón del aumento en la Región. Siete países notificaron una cobertura de tratamiento superior a 95% (o no tuvieron ningún caso de sífilis en embarazadas) (véase el **cuadro 4 en el anexo**).

El tamizaje de la sífilis en el 2017 se realizó en 69% de las embarazadas en América Latina y el Caribe, cinco puntos porcentuales menos que en el 2016

Figura 10. Porcentaje de embarazadas con acceso a la atención prenatal y tamizaje de la sífilis y porcentaje de embarazadas con pruebas positivas para la sífilis que recibieron tratamiento apropiado, América Latina y el Caribe, 2011-2017



Fuentes: Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA y la OMS, 2017. • Informes de país a la OPS sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil.

Nota: Los datos regionales sobre el tamizaje y el tratamiento de la sífilis se obtuvieron a partir de datos de 24 y 21 países, respectivamente.

¹² El tratamiento apropiado de la sífilis en las embarazadas consiste en recibir al menos una dosis de bencilpenicilina benzatínica al menos 30 días antes del parto.

6. Eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis

En el 2017 se presentaron 28816 casos de sífilis congénita, según las notificaciones de casos de 37 de los 52 países y territorios de la Región, lo cual corresponde a una tasa de incidencia de 2,1 por 1000 nacidos vivos (**figura 11**). Los casos de sífilis congénita aumentaron un 22% a partir de los 23609 del 2016. Como en años anteriores, la mayoría de los casos correspondió a Brasil, con 85% del número de casos estimados de sífilis congénita de la Región en el 2017 y una tasa de incidencia nacional de 8,5 casos de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos (**figura 12**).¹³ Al analizar los datos de los otros 36 países que presentaron información, la tasa de incidencia permanece estable con 0,3 casos por 1000 nacidos vivos en el 2017, por debajo de la meta de eliminación.

Estas cifras se ven afectadas por la subnotificación debida a factores como la falta de concientización y de diagnóstico de la sífilis congénita; la ausencia de notificación en varios países; y las definiciones incompletas de caso de sífilis congénita, que en algunos países no están en consonancia con la definición de la OMS.¹⁴ Por ejemplo, algunos países notifican solo los niños sintomáticos y no diagnostican ni notifican la sífilis en el caso de los mortinatos. La subnotificación es aún más evidente cuando se tiene en cuenta la estimación modelizada por la OMS de 51000 casos de sífilis congénita en la Región en el 2016, un aumento con respecto a los 47000 casos en el 2012.¹⁵

Además, los casos de sífilis en embarazadas han estado en aumento durante los últimos años en la Región. Del

2012 al 2016, Ecuador, Antigua y Barbuda y Panamá registraron un aumento de cinco veces en la prevalencia de la sífilis en las embarazadas y otros ocho países presentaron aumentos de más de 85%. Korenromp *et al.* estimaron una prevalencia regional de 0,86% en el 2016, lo que representa un aumento con respecto al 0,64% del 2012.¹⁶ Además, varios países también informaron un aumento de la prevalencia de la sífilis en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.¹⁷

En el 2017 se notificaron en las Américas más de 28800 bebés, incluidos los mortinatos, con sífilis congénita

Si bien la cobertura del tratamiento en las embarazadas con sífilis está lentamente en aumento, las mejoras en algunos sistemas de información (como la superación de las brechas en materia de concientización, detección y notificación de casos de sífilis congénita), aunadas a un aumento de la prevalencia de la sífilis en las embarazadas en algunos países, pueden explicar el aumento de los casos de sífilis congénita.

En el 2017, 15 países notificaron datos indicativos del logro de la eliminación de la sífilis congénita, de los cuales siete recibieron la validación de la OMS. Otros 25 países informaron distintas etapas de progreso hacia el logro de la meta y en 12 países los datos fueron insuficientes para evaluar el progreso (**cuadro 2**).

¹³ El Ministerio de Salud de Brasil atribuye el aumento del número de casos de sífilis congénita notificados a los siguientes factores: a) un aumento de las pruebas realizadas y de la búsqueda de casos, relacionado con una mayor disponibilidad de las pruebas rápidas en el lugar de atención; b) los desabastecimientos de penicilina; y c) el hecho de que casi la mitad de los consultorios de atención primaria no trata a las pacientes, sino que las remite a otros niveles de atención para tratamiento, con la ulterior pérdida de pacientes durante el proceso de derivación. Ministerio de Salud de Brasil. Secretaría de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis. 2017;48(36). Se puede consultar en: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.

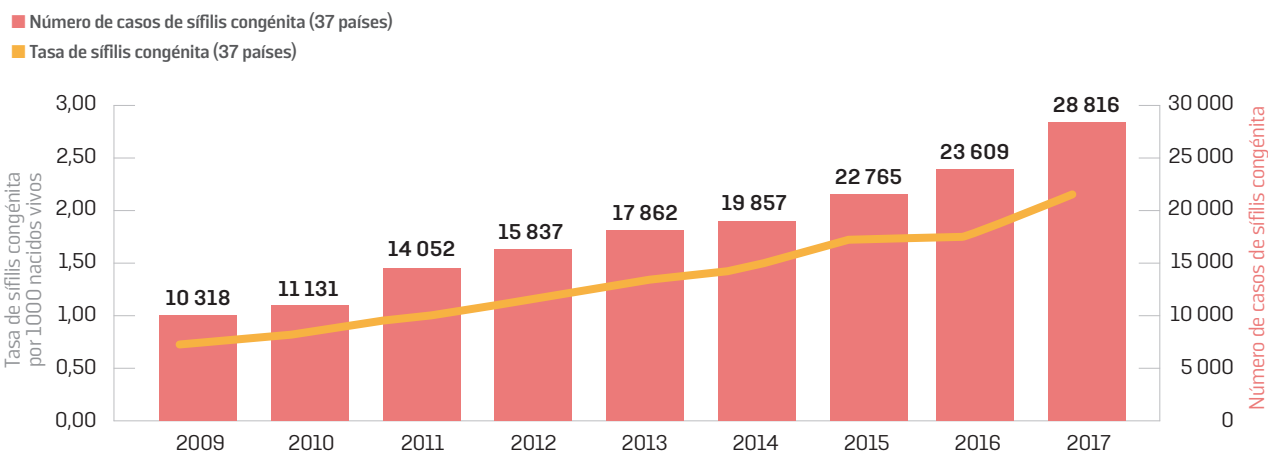
¹⁴ OMS. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis. Ginebra: OMS; 2017. Se puede consultar en: <https://www.who.int/hiv/pub/emtct-validation-guidance/en>.

¹⁵ Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes – Estimates for 2016 and progress since 2012. Plos One. 2019; 14(2): e0211720. Se puede consultar en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>.

¹⁶ *Idem*.

¹⁷ OPS. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe, 2017. Se puede consultar en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34380>.

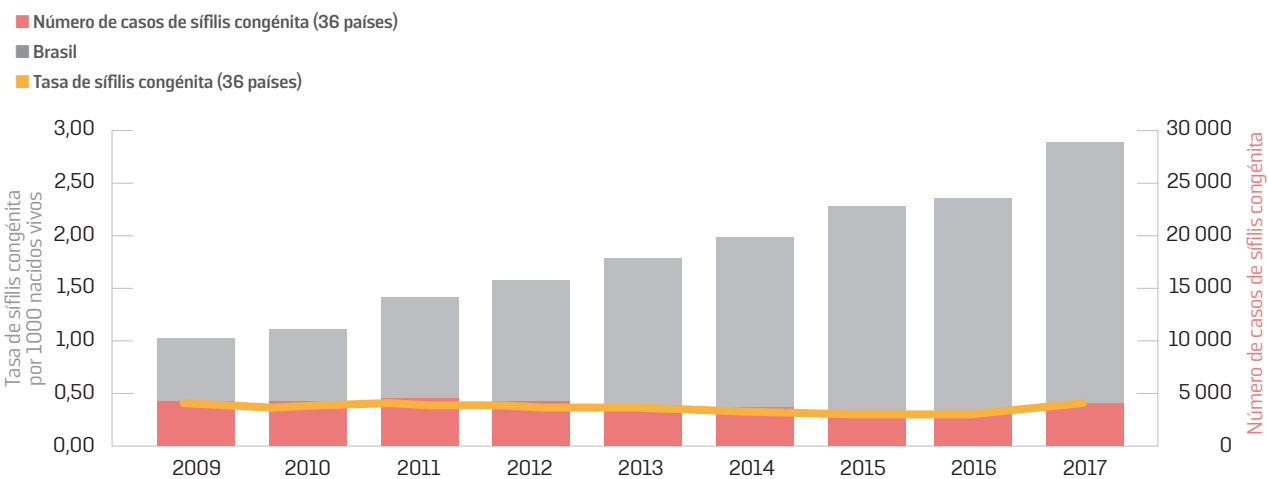
Figura 11. Número de casos y tasa de incidencia de la sífilis congénita por 1000 nacidos vivos en la Región de las Américas, 2009-2017



Fuentes: ONUSIDA y OMS. Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida, 2017. · Informes de país sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil presentados a la Organización Panamericana de la Salud. · Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Sexually transmitted disease surveillance, 2017. · Ministerio de Salud de Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2017. Denominador: OPS. Situación de la salud en las Américas: indicadores básicos; 2017.

Nota: Los totales regionales de casos de sífilis congénita se basan en los informes sobre la sífilis congénita de 37 países (los valores incluyen la imputación de datos anuales faltantes de algunos países).

Figura 12. Número de casos y tasa de incidencia de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos en la Región de las Américas (excluido Brasil) y número de casos de sífilis congénita en Brasil, 2009-2017



Fuentes: ONUSIDA y OMS. Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida, 2017. · Informes de país sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil presentados a la Organización Panamericana de la Salud. · Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos. Sexually transmitted disease surveillance, 2017. · Ministerio de Salud de Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2017. Denominador: OPS. Situación de la salud en las Américas: indicadores básicos; 2017.

Cuadro 2. Clasificación de los países y territorios en la Región de las Américas con respecto a la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis, 2017

Eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis validada	Pueden haber alcanzado la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis ($\leq 0,5$ por 1000 nacidos vivos)	Están progresando hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis	Información insuficiente para evaluar el progreso
Anguila	Canadá	Argentina	Aruba
Antigua y Barbuda	Chile	Bahamas	Bonaire
Bermuda	Dominica	Barbados	Curaçao
Cuba	Estados Unidos de América	Belize	Ecuador
Islas Caimán	Islas Turcas y Caicos	Bolivia	Guadalupe
Montserrat	Islas Vírgenes (Estados Unidos)	Brasil	Guayana Francesa
Saint Kitts y Nevis	Islas Vírgenes (Reino Unido)	Colombia	Martinica
	Puerto Rico	Costa Rica	Saba
		El Salvador	San Eustaquio
		Granada	San Martín
		Guatemala	Suriname
		Guyana	Venezuela
		Haití	
		Honduras	
		Jamaica	
		México	
		Nicaragua	
		Panamá	
		Paraguay	
		Perú	
		República Dominicana	
		San Vicente y las Granadinas	
		Santa Lucía	
		Trinidad y Tabago	
		Uruguay	

Fuentes: ONUSIDA y OMS. Informes de país sobre los progresos en la respuesta mundial frente al sida, 2011–2017. • OPS, informes de país sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil, 2015–2017.

Nota: La distribución de los países en cada categoría se basa en los datos del periodo 2011–2017: tasa de sífilis congénita de 0,5 o menos por 1000 nacidos vivos, tamizaje de la sífilis en 95% o más de las embarazadas, 95% o más de las embarazadas con pruebas positivas para la sífilis recibieron tratamiento, y análisis cualitativo de los sistemas de vigilancia.

7. Doble eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis

Al 2018, la OMS ha validado en siete países de la Región el logro o el mantenimiento de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis. Cuba fue el primer país del mundo en recibir la validación en el 2015, seguido en la Región de las Américas por Anguila, Antigua y Barbuda, Bermuda, Islas Caimán, Montserrat y Saint Kitts y Nevis en el 2017.

En el 2017, otros ocho países comunicaron datos acordes con las metas de eliminación de la transmisión maternoinfantil tanto del VIH como de la sífilis. Por

En siete países de la Región se ha validado la doble eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, y en otros ocho países parece haberse alcanzado

consiguiente, es posible que un total de 15 países y territorios de la Región haya logrado la doble eliminación del VIH y la sífilis.

Cuadro 3. Países validados y países que pueden haber alcanzado la doble meta de la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, 2017

Doble meta de eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y el VIH validada	Pueden haber alcanzado la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la sífilis y el VIH
Anguila	Canadá
Antigua y Barbuda	Chile
Bermuda	Dominica
Cuba	Estados Unidos de América
Islas Caimán	Islas Turcas y Caicos
Montserrat	Islas Vírgenes (Estados Unidos)
Saint Kitts y Nevis	Islas Vírgenes (Reino Unido)
	Puerto Rico

Fuentes: ONUSIDA y OMS. Informes de país sobre los progresos en la respuesta mundial frente al sida, 2011-2017. • OPS, informes de país sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil, 2015-2017.

8. Intervenciones básicas de prevención de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de la hepatitis B

Según las estimaciones de la OPS, en el año 2016 había 3,9 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B en la Región de las Américas, lo cual corresponde a una prevalencia de 0,4% [0,3%-0,6%] en la población general.¹⁸ Se considera que la

endemicidad es baja en la mayoría de los países; sin embargo, existen algunas zonas en el Caribe y en la cuenca amazónica con una prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B de intermedia a alta.¹⁹

¹⁸ The Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(6):383-403. Se puede consultar en: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(18\)30056-6](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(18)30056-6).

La OMS ha utilizado diferentes métodos de modelización con el fin de obtener las estimaciones sobre el virus de la hepatitis B para la publicación del informe mundial sobre las hepatitis, 2017. Según la OMS, se estima que en el 2015 6,6 [4-16] millones de personas tenían una infección crónica por el virus de la hepatitis B en la Región de las Américas, lo cual corresponde a una prevalencia de 0,7% [0,4%-1,6%] en la población general y la prevalencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B fue 0,2% (0,1%-0,5%) en los menores de 5 años. La variabilidad de estas estimaciones se debe a diferencias metodológicas en el procedimiento de cálculo y a los datos que se introducen en el modelo. Además, en el contexto de los entornos con prevalencia baja, los modelos ofrecen una menor precisión y una incertidumbre más alta. La OMS continuará la modelización comparativa a fin de aclarar mejor la fuente de estas diferencias y lograr estimaciones más precisas en el futuro. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre las hepatitis, 2017. Ginebra: OMS; 2017. Se puede consultar el resumen de orientación en español o el informe completo en inglés en: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017-executive-summary/es>.

¹⁹ Las zonas se pueden clasificar con una prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B alta (>8%), intermedia (2%-8%) o baja (<2%). Organización Mundial de la Salud. Department of Communicable Diseases Surveillance and Response. Hepatitis B. Ginebra: OMS; 2002. Se puede consultar en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67746/WHO_CDS_CSR_LYO_2002.2_HEPATITIS_B.pdf?sequence=1.

8.1. Vacunación contra la hepatitis B

La vacunación contra la hepatitis B se ha introducido de manera gradual en la Región de las Américas desde el año 1982. Haití, en el 2012, fue el último país en introducirla en el esquema ordinario de vacunación.²² La cobertura de tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B en los menores de 1 año fue de 87% en la Región en el 2017 (**figuras 14 y 15**). La disminución observada en el 2017 con respecto a los últimos años se asocia con modificaciones en los sistemas de información y una mayor precisión de los datos (como en el caso de Brasil), interrupciones en los programas de vacunación por causa de desastres naturales (como en algunos países del Caribe), y reformas y dificultades del sistema de salud (como en Honduras y Venezuela). Los países que reportaron las menores coberturas fueron Haití, 59%; Venezuela, 66%; y Paraguay, 79% (véase el **cuadro 5 en el anexo**). Estos resultados destacan la necesidad de contar con sistemas de información de gran calidad y sistemas de salud más resilientes que respalden y garanticen una cobertura alta de esta intervención indispensable.

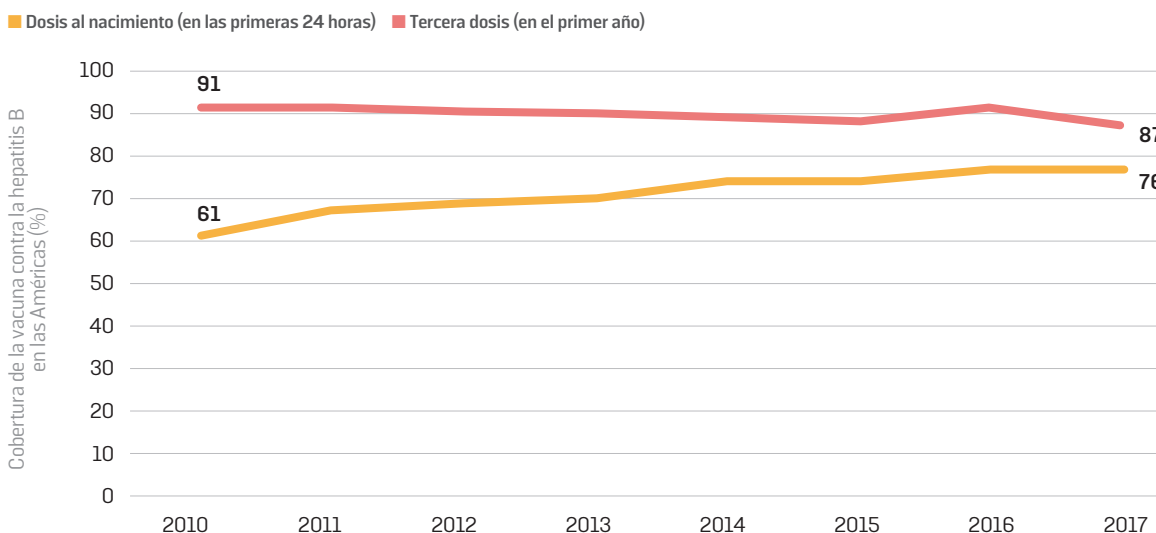
Además, 25 países introdujeron la dosis al nacer que se aplica a todos los recién nacidos en las primeras 24 horas de vida (**cuadro 5 en el anexo**). Con la ampliación

sistemática, la cobertura de la dosis al nacer dentro de las primeras 24 horas alcanzó 76% en el 2017 (**figura 14**).

Veinticinco países han introducido la política de suministro de la vacuna a todos los recién nacidos en las 24 primeras horas de vida

En el 2017, 24 de los 31 países de la Región que presentaron información contaban con una política de tamizaje universal del virus de la hepatitis B en todas las embarazadas. Además, 22 de los 28 países que presentaron información indicaron que la inmunoglobulina estaba disponible para aplicarla a los recién nacidos expuestos. Sin embargo, la mayoría de los países de la Región no realiza un seguimiento sistemático del tamizaje del virus de la hepatitis B en las embarazadas o la utilización de la inmunoglobulina en los bebés expuestos (véase el **cuadro 5 en el anexo**).

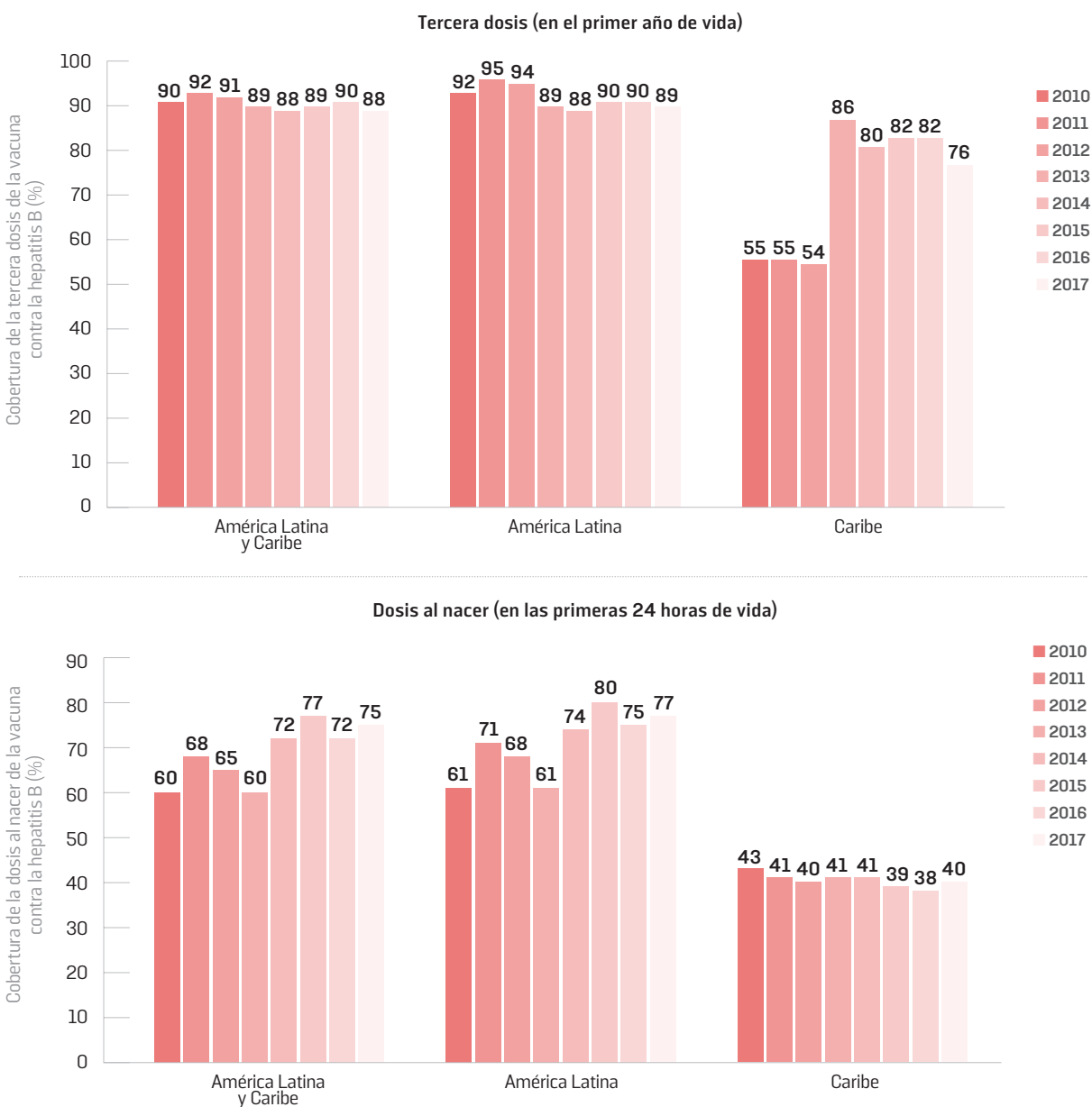
Figura 14. Cobertura de la dosis al nacer y de la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B en la Región de las Américas, 2010-2017



Fuente: Formularios conjuntos de notificación de la OPS/OMS y el UNICEF. Consultado en octubre del 2018 (http://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp).

²² Ropero Álvarez AM, Pérez-Vilar S, Pacis-Tirso C, et al. Progress in vaccination towards hepatitis B control and elimination in the Region of the Americas. BMC Public Health. 2017;17(1):325. doi:10.1186/s12889-017-4227-6.

Figura 15. Cobertura de la tercera dosis y de la dosis al nacer de la vacuna contra la hepatitis B en América Latina y el Caribe, 2010-2017



Fuente: Formularios de notificación conjunta de la OPS/OMS y UNICEF. Consultado en octubre del 2018 (http://ais.paho.org/imm/IM_IRF_COVERAGE.asp).

Nota: Con el propósito de calcular la cobertura regional de las vacunas, se consideró que los países que no suministran la dosis al nacer tienen una cobertura de 0%. En los países con datos faltantes de un año específico, se introdujo la cobertura del año anterior en el año faltante. No se incluyeron en el análisis Bonaire, Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica, Saba y San Eustaquio.

9. Eliminación de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de la hepatitis B

El marco del ETMI Plus definió la meta de impacto para la eliminación de la hepatitis B perinatal en las Américas como una reducción de la prevalencia de HBSAg entre niños de 4 a 6 años de edad a 0.1% o menos y estableció objetivos programáticos establecidos para las intervenciones preventivas, como inmunización. En el **cuadro 4** se indican los países de la Región que parecen haber logrado la meta de impacto de la eliminación de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de la hepatitis B y de la cobertura de vacunación con la dosis al nacer y la tercera dosis. Según la modelización matemática, es posible que 13 países hayan logrado la meta de impacto de la eliminación de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia del virus de la hepatitis B. De estos países, Cuba es el único que notifica haber alcanzado las metas programáticas de cobertura de vacunación fijadas (cobertura de 95% o más de la dosis al nacer y la tercera dosis). Estos datos indican que Cuba es un candidato a la validación de la eliminación de transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia del virus de la hepatitis B y la triple eliminación (VIH, sífilis y hepatitis B).

Otros países que se indican en el **cuadro 4**, como Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América y Nicaragua, han informado que alcanzaron o que están cerca de alcanzar la cobertura de 95% con la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B en el primer año de vida. Sin embargo, tienen que ampliar aún más la cobertura con la dosis al nacer.

Cuba es posiblemente el primer país de la Región en lograr la eliminación de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de la hepatitis B

La situación actual ofrece la oportunidad de alentar a estos países para que fortalezcan o aceleren la aplicación de las políticas de salud pública con el objeto de que potencien al máximo la cobertura de la vacunación contra la hepatitis B y que se sitúen a la vanguardia de la eliminación de la transmisión maternoinfantil y durante la primera infancia de esta enfermedad en la Región.

Cuadro 4. Cobertura de la vacunación contra el virus de la hepatitis B y prevalencia estimada de la hepatitis B en los niños de 5 años en los países que quizá hayan logrado la meta de impacto de eliminación de la hepatitis B perinatal en la Región de las Américas

País	Cobertura notificada de la dosis al nacimiento (24 horas de vida) de la vacuna contra la hepatitis B a los recién nacidos, 2017 (%)	Cobertura notificada de la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (1 año de edad), 2017 (%)	Prevalencia estimada de hepatitis B en los niños de 5 años, 2016 (%)
Argentina	82	86	<0,1
Belice	Introducida en el 2018	88	0,1 (<0,1-0,1)*
Brasil	82 (2016)	93	<0,1
Canadá	...	69	<0,1
Colombia	81	92	<0,1 (<0,1-0,4)*
Costa Rica	87	97	<0,1
Cuba	99	100	<0,1
Chile	Solo en hijos de madres seropositivas para la hepatitis B	93	<0,1
Estados Unidos de América	63	91	<0,1
Guatemala	45	82	<0,1
México	98 (2015)	93 (2016)	<0,1
Nicaragua	No se ha introducido	100	<0,1
Perú	75	83	<0,1

Fuentes: Cobertura de la vacunación: Organización Panamericana de la Salud. Informes de país presentados por medio del formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS-OMS/UNICEF (JRF por sus siglas en inglés). Washington DC: OPS, 2018. • Estimaciones de prevalencia: The Polaris Observatory Collaborators, Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018 Jun;3(6):383-403.

* Los números entre paréntesis expresan el intervalo de incertidumbre del 95%.

Los 21 países de la Región donde el *T. cruzi* es endémico pueden realizar el tamizaje serológico de la enfermedad de Chagas de manera descentralizada. El diagnóstico mediante métodos parasitológicos, que se recomienda en el caso de los lactantes expuestos, está en su mayor parte centralizado en los laboratorios de referencia.

Aunque las intervenciones que se recomiendan para el control y la eliminación de la enfermedad de Chagas congénita²⁸ están disponibles en todos los países con endemidad, los datos sobre la cobertura de los servicios

son escasos. Como parte de la ejecución de la iniciativa ETMI Plus, en la actualidad varios países latinoamericanos están revisando y actualizando sus sistemas de información con el objeto de dar seguimiento a los indicadores programáticos de la enfermedad de Chagas. A continuación se presentan datos preliminares a partir de la experiencia de Argentina, Chile y Paraguay, que son los países a la vanguardia de esta iniciativa en la Región (**recuadro 2 y cuadro 5**).

Recuadro 2. Esfuerzos dirigidos al control y la eliminación de la enfermedad de Chagas congénita en algunos países de la Región de las Américas (para más detalles véase el cuadro 5)

Argentina

Durante varios años, Argentina ha hecho el seguimiento de los casos de enfermedad de Chagas congénita y desde el 2015 el sistema de vigilancia da seguimiento además a la infección por *T. cruzi* en las embarazadas. En el 2017, 226 456 embarazadas recibieron el tamizaje de la enfermedad de Chagas, de las cuales 1,9% (4261) obtuvo un resultado positivo. Sin embargo, solo se practicó el tamizaje del *T. cruzi* en 48% (2032) de los recién nacidos de madres con resultado positivo y se confirmó la infección en 87 casos.

Chile

Chile empezó de manera gradual a ejecutar el tamizaje sistemático de la infección por *T. cruzi* en las embarazadas en el 2015^a y en los últimos años se ha mejorado el acceso a este tamizaje, sobre todo en las zonas endémicas.^b

En el 2017, se practicó el tamizaje de *T. cruzi* en 55% de las embarazadas que accedieron a la atención prenatal. En las zonas endémicas, se practicó el tamizaje de la enfermedad de Chagas en 75% de las embarazadas, en contraste con 8% en las zonas sin endemidad.

La ampliación de escala del tamizaje de *T. cruzi* durante el embarazo dio lugar a la detección rápida de más casos de enfermedad de Chagas congénita, con lo cual se pasó de 4 casos notificados en el 2015 a 12 en el 2016 y 23 en el 2017. Estos logros fueron posibles gracias a la integración de la gestión regional, el fortalecimiento de los laboratorios de análisis clínicos, la descentralización de los algoritmos de tamizaje y la investigación de la infección en los miembros del hogar. El acceso al tratamiento, no obstante, representa un reto. En el 2017, solo 10 de cada 23 recién nacidos diagnosticados con infección por *T. cruzi* comenzaron el tratamiento y 7 lo completaron.

Paraguay

Paraguay ha trabajado en el mejoramiento de las capacidades de su sistema de salud y, en la actualidad, 76% de los hospitales regionales (13 de 17) pueden realizar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas. Aún no se practica el tamizaje sistemático a escala nacional, pero el número de embarazadas que recibieron el tamizaje de la infección por *T. cruzi* aumentó durante los últimos años, de 6 150 en el 2014 a 10 410 en el 2017.

Además, en el 2017 se diagnosticó la enfermedad durante el embarazo a 408 mujeres infectadas y se notificaron 12 casos confirmados de enfermedad de Chagas congénita, de los cuales todos recibieron el tratamiento apropiado.

Las prioridades del programa nacional son practicar el tamizaje de la enfermedad de Chagas a todas las embarazadas a escala nacional y mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los recién nacidos expuestos.^c

^a Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Informe Indicadores Programáticos Plan Nacional de Enfermedad de Chagas, 2016. Se puede consultar en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/06/ENFERMEDAD-DE-CHAGAS-2016_01.pdf.

^b La zonas con endemidad histórica de enfermedad de Chagas incluyen la zona septentrional de Chile, entre las regiones de Arica y O'Higgins. Las zonas sin endemidad comprenden la región meridional desde Maule hasta Magallanes.

^c Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. Memoria Anual Institucional 2017, 2017. Se puede consultar en: <https://www.mspbs.gov.py/senepa>.

²⁸ Las intervenciones de control de la enfermedad de Chagas congénita que se recomiendan incluyen el diagnóstico y el tratamiento de las niñas y las mujeres en edad fecunda que tengan la infección; el tamizaje serológico sistemático de las embarazadas y el tratamiento después del embarazo de las madres seropositivas; el tamizaje parasitológico y serológico del *T. cruzi* en los recién nacidos de madres infectadas; el tratamiento inmediato de todos los recién nacidos que tengan una prueba parasitológica positiva; la prueba serológica del *T. cruzi* a los 8 meses de vida a los recién nacidos de madres infectadas y el tratamiento de los niños seropositivos antes del año de edad. Fuente: Organización Panamericana de la Salud: ETMI Plus: marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Washington, DC: OPS; 2017. Se puede consultar en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/2017-cha-etmi-plus-marco-vih-hep-chagas.pdf>.

Cuadro 5. Cobertura del tamizaje y prevalencia de la enfermedad de Chagas en las embarazadas y los recién nacidos expuestos, Argentina, Chile y Paraguay, 2016 y 2017

Indicador	Argentina		Chile	Paraguay	
	2016	2017	2017	2016	2017
Año	2016	2017	2017	2016	2017
Estimación del número total de nacidos vivos	752 300	751 200	169 817*	141 100	141 360
Número y porcentaje de embarazadas que recibieron el tamizaje de la enfermedad de Chagas	245 631 (33%)	226 456 (30%)	92 716 (55%)	9 718 (6,9%)	10 410 (7%)
En zonas endémicas	–	–	87 372 (75%)	–	–
En zonas sin endemidad	–	–	5 344 (8%)	–	–
Número y porcentaje de embarazadas con resultado positivo en el tamizaje de la enfermedad de Chagas	5 561 (2,3%)	4 261 (1,9%)	293 (0,3%)	430 (4,4%)	408 (3,9%)
Número y porcentaje de recién nacidos expuestos que recibieron el tamizaje de la enfermedad de Chagas	2 211 (40%)	2 032 (48%)	–	–	–
Número y porcentaje de recién nacidos expuestos con resultado positivo en el tamizaje de la enfermedad de Chagas	107 (4,8%)	87 (4,3%)	23 (8,0%)	28 (6,5%)	12 (2,9%)
Número y porcentaje de recién nacidos con resultado positivo en el tamizaje de la enfermedad de Chagas que recibieron tratamiento adecuado	–	–	7 (30%)	28 (100%)	12 (100%)

Fuentes: *Para Argentina:* Argentina, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia, 391 (SE 51); 2017 (se puede consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_n391-se51.pdf). *Para Chile:* Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Informe Estrategia Integrada de Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas, 2017 (se puede consultar en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/10/FOLLETO_PROGRAMA-CHAGAS.pdf). *Para Paraguay:* Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo. Memoria Anual Institucional 2017; 2017 (se puede consultar en: <https://www.mspbs.gov.py/senepa>).

* Para Chile, este número no se refiere al número estimado de nacidos vivos, sino de embarazadas que accedieron a la atención prenatal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las iniciativas encaminadas a eliminar la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis siguen adelante en la Región de las Américas. Dadas las ventajas de la integración y el fortalecimiento de las sinergias en los sistemas de salud, la ampliación de las iniciativas de eliminación de la transmisión materno-infantil a la hepatitis B y la enfermedad de Chagas dará lugar a una mejor calidad de la atención de las embarazadas y sus hijos, un mayor acceso a los servicios de salud y, en último término, se fomentará una mayor equidad, así como beneficios en materia de salud de los distintos grupos poblacionales en la Región.

Los datos presentados sobre la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis muestran un progreso continuo, aunque en vías de enlentecerse. Los aumentos notificados de la prevalencia de sífilis en las embarazadas y otros grupos poblacionales en la Región ponen de manifiesto la necesidad de ampliar los servicios de salud sexual y reproductiva a todos los grupos poblacionales, lo cual redundará en un respaldo a la eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita. La alta tasa de cobertura de vacunación contra el virus de la hepatitis B en los niños y la ampliación de escala de la dosis al nacer en los últimos decenios han contribuido al progreso hacia la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil y durante la primera infancia del virus de la hepatitis B. Algunos países en los últimos años han afrontado dificultades cada vez mayores para mantener las coberturas altas, lo cual destaca la importancia de priorizar los esfuerzos de vacunación y fortalecer los sistemas de salud para que sean resilientes a los retos políticos, ambientales y económicos. En el 2016, la prevalencia estimada del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B en los niños de 5 años en la Región fue de 0,1%, lo que significa que la Región en su conjunto cumple la meta de impacto establecida para el 2020. De manera individual, es posible que varios países también hayan logrado esta meta. Sin embargo, el desafío de continuar aumentando y manteniendo las altas coberturas de inmunización contra la hepatitis B (tercera dosis y dosis al nacer de hepatitis B) persiste. Es primordial contar con políticas que respalden la introducción y la ampliación de la administración oportuna de la dosis al nacer a todos los recién nacidos.

Con respecto a la enfermedad de Chagas congénita, unos pocos países cuentan ahora con políticas nacionales de tamizaje en las embarazadas. Se necesitará una mayor promoción de la causa, apoyo político e iniciativas progra-

máticas a fin de controlar y eliminar la transmisión materno-infantil del *T. cruzi*, incluida la implementación de sistemas de información que den seguimiento a las intervenciones.

El seguimiento del progreso en la Región de la iniciativa ETMI Plus depende de la calidad, la representatividad y la cobertura de los sistemas de vigilancia nacionales. Las limitaciones de los datos se deben a la notificación incompleta del número de casos de infección perinatal por el VIH, la sífilis congénita y de los casos de enfermedad de Chagas, al subregistro de las embarazadas seropositivas y su tratamiento ulterior, y a la falta de aplicación de las definiciones de caso normalizadas de sífilis congénita. Dada la inclusión reciente de la hepatitis B y la enfermedad de Chagas congénita en la iniciativa de eliminación de la transmisión materno-infantil, los países están todavía en período de adaptación y revisión de sus sistemas de información, de manera que puedan dar seguimiento a los principales indicadores programáticos y de impacto.

Se debe prestar especial atención al hecho de que los datos nacionales en el presente informe ocultan inequidades en el acceso a los servicios a escala subnacional y local y para algunos grupos de población vulnerables específicos, como las mujeres que viven en condiciones de pobreza, los grupos indígenas, las trabajadoras sexuales, etc. Se precisan análisis detallados y, en la medida de lo posible, los datos se deben desglosar por localidad, edad de las embarazadas, situación socioeconómica y grupo étnico, de manera que los países conozcan sus deficiencias y adopten medidas apropiadas que mejoren el acceso a servicios adecuados.

El compromiso político con las metas y los objetivos de la iniciativa ETMI Plus es fundamental para procurar que las generaciones futuras estén libres de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la hepatitis B. Sobre la base de la experiencia en los primeros años de la iniciativa de eliminación de la transmisión materno-infantil y teniendo en cuenta la situación actual, se requiere una respuesta intensificada e integrada. La OPS/OMS, en colaboración con algunos asociados clave como UNICEF y ONUSIDA, brindará apoyo a la cooperación técnica con los países, en especial aquellos que presentan las mayores brechas y retos programáticos, a fin de fortalecer sus esfuerzos encaminados a lograr tanto la triple (VIH, sífilis y hepatitis B) como la cuádruple eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la hepatitis B.

ANEXO CUADROS ADICIONALES

Cuadro 1. Políticas y elementos programáticos clave relacionados con la iniciativa ETMI Plus para lograr las metas de eliminación por país, Región de las Américas, 2017

País/territorio	Plan de eliminación del virus de la hepatitis B perinatal ^a	Tamizaje del virus de la hepatitis B a todas las embarazadas en la atención prenatal ^b	Dosis al nacimiento (en las primeras 24 horas) de la vacuna contra el virus de la hepatitis B a todos los recién nacidos ^b	Pruebas rápidas de tamizaje de la sífilis durante la atención prenatal ^c	Sistema de vigilancia de la sífilis congénita ^c	Inclusión de los mortinatos por sífilis en la definición de caso de sífilis congénita ^c
América del Norte						
Canadá	Sí	Sí	Sí ^d	...	Sí	Sí
Estados Unidos de América	Sí	Sí	Sí	...	Sí	Sí
México	No	...	Sí	Sí	Sí	No
Centroamérica						
Costa Rica	...	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
El Salvador	No	No	Sí	No	Sí	Sí
Guatemala	No	No	Sí	Sí	Sí	No
Honduras	No	No	Sí	No	Sí	No
Nicaragua	...	...	No	No	Sí	Sí
Panamá	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Área andina						
Bolivia (Estado Plurinacional de)	...	...	No	No	...	...
Colombia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Ecuador	No	Sí	Sí	No	No	...
Perú	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Venezuela (República Bolivariana de)	No	No	Sí	No	Sí	...
Cono Sur y Brasil						
Argentina	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Brasil	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Chile	No	Sí	Madres seropositivas ^e	No	Sí	No
Paraguay	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Uruguay	...	Sí	Madres seropositivas ^e	Sí	Sí	Sí
Caribe						
Anguila	No	Sí	No	No ^f	Sí	Sí ^f
Antigua y Barbuda	No	Sí	No	No	Sí	Sí
Aruba	...	...	No	Sí ^g	...	...
Bahamas	No	Sí	No	Sí	Sí	...
Barbados	No	...	No	No	Sí	Sí
Belice	No	Sí	Sí ^g	...	Sí	...
Bermuda	Sí	Sí	Madres seropositivas ^e	No ^f	Sí	Sí ^f

(Cuadro 1, continuación)

País/territorio	Plan de eliminación del virus de la hepatitis B perinatal ^a	Tamizaje del virus de la hepatitis B a todas las embarazadas en la atención prenatal ^b	Dosis al nacimiento (en las primeras 24 horas) de la vacuna contra el virus de la hepatitis B a todos los recién nacidos ^b	Pruebas rápidas de tamizaje de la sífilis durante la atención prenatal ^c	Sistema de vigilancia de la sífilis congénita ^c	Inclusión de los mortinatos por sífilis en la definición de caso de sífilis congénita ^c
Bonaire	...	...	No	...	...	...
Cuba	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Curaçao	...	...	No	...	...	...
Dominica	...	Sí	Sí	No	Sí	Sí ^f
Granada	Sí	Sí	Sí	No ^f	Sí	No ^f
Guadalupe	...	...	...	...	...	...
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...
Guyana	...	Sí	Madres seropositivas ^e	Sí	Sí	Sí
Haití	No	No	No	Sí	...	...
Islas Caimán	...	Sí	Sí ^g	No ^f	Sí	No ^f
Islas Turcas y Caicos	Sí	Sí	Madres seropositivas ^e	No ^f	Sí	No ^f
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	...	...	...	No ^e	Sí	Sí
Islas Vírgenes (Reino Unido)	Sí	Sí	Sí	No ^f	Sí	Sí ^f
Jamaica	No	No	No	Sí	Sí	Sí
Martinica	...	...	...	...	...	...
Montserrat	...	...	Sí	Sí ^f	Sí	Sí ^f
Puerto Rico	...	...	...	...	Sí	Sí
República Dominicana	...	...	Sí	No	No	...
Saba	...	...	No	...	Sí	...
Saint Kitts y Nevis	...	...	Sí	No ^f	Sí	Sí
San Eustaquio	...	...	No	No ^g	Sí	...
San Martín	...	...	No	...	...	...
San Vicente y las Granadinas	No	...	Sí	No ^f	Sí	Sí
Santa Lucía	...	...	Madres seropositivas ^e	No ^f	Sí	Sí
Suriname	...	Sí	Sí	No	...	...
Trinidad y Tabago	...	...	No	No ^g	...	Sí

^a Fuente: OPS/OMS, Country Response Profile on Hepatitis B and C 2016/17. OPS, La hepatitis B y C bajo la lupa: La respuesta de salud pública en la Región de las Américas, 2016 y 2017.

^b Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Informes de país presentados por medio del formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS-OMS/ UNICEF (JRF por sus siglas en inglés). Washington DC: OPS, 2018.

^c Fuente: ONUSIDA/OMS, Herramienta de Monitoreo Global del Sida, 2017.

^d Aplicación parcial. Cada provincia en Canadá decide la política de vacunación que pone en práctica, en el marco de las recomendaciones del comité consultivo nacional sobre vacunación.

^e Países que tienen la dosis de nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B administrada solo a los recién nacidos de madres con hepatitis B positiva.

^f Fuente: Informes de país sobre la eliminación de la transmisión materno-infantil presentados a la OPS, 2015-2016.

^g Fuente: Comunicación directa a la OPS.

Cuadro 2. Estimación del total de nacidos vivos y la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil por país, Región de las Américas, 2017 (a menos que se indique otro año)

País/territorio	Estimación del número de nacidos vivos (en miles)	Estimación de la necesidad desatendida de planificación familiar (%)	Estimación de la proporción de embarazadas con acceso, como mínimo, a cuatro citas de atención prenatal (%)	Estimación de la proporción de partos en medio hospitalario (%)
América del Norte				
Canadá	388,17	10	99 (2007)	95,2 (2016)
Estados Unidos de América	4084,31	12	92 (2015)	98,5 (2015)
México	2302,24	14	89 (2016)	92,7 (2016)
Centroamérica				
Costa Rica	68,95	9	76,6 (2016)*	93,2 (2016)
El Salvador	117,25	16	82	99
Guatemala	421,76	25	43 (2014)	69,2 (2016)
Honduras	198,71	20	89 (2012)	74
Nicaragua	118,80	11	63	89,6
Panamá	78,75	20	88 (2013)	90,9 (2016)
Área andina				
Bolivia (Estado Plurinacional de)	254,01	37	85,3	71,3
Colombia	732,10	15	89,8 (2015)	98,9 (2015)
Ecuador	330,39	15	79,5 (2013)	96,4 (2016)
Perú	608,76	29	88,9	93
Venezuela (República Bolivariana de)	599,05	18	83,8	95,4
Cono Sur y Brasil				
Argentina	751,21	13	90 (2012)	99,6 (2016)
Brasil	2911,31	12	91 (2016)	98 (2016)
Chile	237,14	15	...	98,1 (2016)
Paraguay	141,36	15	77,7 (2016)	97,6 (2016)
Uruguay	48,15	11	96,5	99,7
Caribe				
Anguila	0,21	...	100 (2012)	100
Antigua y Barbuda	1,49	17	83,3	100
Aruba	1,43	...	100 (2015)	...
Bahamas	5,58	14	83 (2014)	99 (2016)
Barbados	3,41	19	97,5 (2016)	99 (2016)

(Cuadro 2, continuación)

País/territorio	Estimación del número de nacidos vivos (en miles)	Estimación de la necesidad desatendida de planificación familiar (%)	Estimación de la proporción de embarazadas con acceso, como mínimo, a cuatro citas de atención prenatal (%)	Estimación de la proporción de partos en medio hospitalario (%)
Belice	8,37	22	83 (2013)	92,2
Bermuda	0,80	...	95	99,3
Bonaire	...	...	100 (2014)	100 (2014)
Cuba	123,32	10	98 (2016)	99,9
Cuba	123,32	10	98 (2016)	99,9
Curaçao	2,06	...	...	99,2
Dominica	1,11	...	84,7	97
Granada	1,73	17	67	98,9
Guadalupe	4,89	23	...	100 (2016)
Guayana Francesa	6,71	...	84,5 (2016)	99,3 (2016)
Guyana	15,84	29	95 (2013)	90 (2015)
Haití	261,57	36	67 (2012)	50,0 (2013)
Islas Caimán	0,70	...	97	100
Islas Turcas y Caicos	0,80	...	58,9	100
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	1,03	17	50,6 (2015)	98,5 (2010)
Islas Vírgenes (Reino Unido)	0,39	...	100,0	100
Jamaica	47,49	14	87 (2008)	97,6 (2016)
Martinica	4,24	21	98,5 (2016)	99,2 (2016)
Montserrat	0,06	...	100	100
Puerto Rico	38,77	16	97,9 (2016)	99,2 (2016)
República Dominicana	213,48	13	98 (2014)	98 (2014)
Saba	...	...	100 (2014)	...
Saint Kitts y Nevis	0,69	...	...	100 (2014)
San Eustaquio	...	...	100 (2014)	...
San Martín	0,55	...	75	100
San Vicente y las Granadinas	1,35	16	99 (2009)	98,6 (2016)
Santa Lucía	2,20	19	99 (2009)	99
Suriname	10,13	20	67 (2010)	80 (2015)
Trinidad y Tabago	18,12	25	100	100

Fuente: OPS. Situación de la salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. Washington, DC: OPS; 2018. Se puede consultar en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49511/IndicadoresBasicos2018_spa.pdf.

* Solo el sector público.

Cuadro 3. Datos epidemiológicos y servicios de cobertura relacionados con la prevención de transmisión materno-infantil del VIH por país, Región de las Américas, 2017 (a menos que se indique otro año)

País/territorio	Prevalencia notificada de infección por el VIH en las embarazadas (%)	Cobertura notificada de las pruebas de detección del VIH en las embarazadas (%)	Estimación del tratamiento antirretroviral en las embarazadas (%)	Tratamiento antirretroviral de las embarazadas notificado (%)	Número notificado de niños expuestos con prueba diagnóstica en los primeros dos meses	Número notificado de niños con infección por el VIH	Tasa de transmisión materno-infantil del VIH estimada (%) ^a	Tasa de transmisión materno-infantil del VIH notificada (%)
América del Norte								
Canadá	...	>95 (2010)	...	>95 (2016)	...	...	...	1,1 (2013)
Estados Unidos de América	...	>95 (2008)	...	...	...	...	...	...
México	...	53 (2014)	49	56,5	...	...	15	11,8 (2016)
Centroamérica								
Costa Rica	0,09	74	71	>95	52	2	11	3,8
El Salvador	0,17	84	35	55 (2014)	128	7	18	5,5 ^a
Guatemala	0,18	53	21	21	191	264 ^a	23	23,2 ^a
Honduras	0,15	87	53	83	200	2	17	0,9
Nicaragua	0,06	>95	88	>95	95	3	6	2,7
Panamá	0,31	74	55	>95	181	6	13	...
Región andina								
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,16	>95	90	63 (2014)	...	...	9	...
Colombia	...	89 (2016)	66	66 (2016)	630 (2016)	10 (2016)	...	13,5 ^a
Ecuador	0,17	58	63	72	...	...	12	4,2
Perú	0,16	>95	84	83	734	29	8	3,7
Venezuela (República Bolivariana de)	...	23 (2015)	...	28 (2013)	...	...	...	...
Cono Sur y Brasil								
Argentina	0,34 (2015)	>95 (2015)	90	90	1138	42	5	3,1
Brasil	...	83 (2011)	85	72 (2016)	...	...	8	2,5 (2016)
Chile	0,11 (2016)	>95 (2016)	>95	>95 (2016)	239	4	4	1,7 (2016)
Paraguay	0,22	93	61	...	...	...	14	...
Uruguay	0,27 (2016)	>95 (2016)	>95	>95 (2016)	130 (2016)	2 (2016)	4	1,5
Caribe								
Anguila	...	>95	...	NA	0	0	...	NA
Antigua y Barbuda	0,5	>95	...	>95	4	0	...	0
Aruba	...	...	...	...	...	...	...	...
Bahamas	1,1 (2016)	>95 (2016)	...	>95	51	1	...	2
Barbados	0,36	43	...	94	14	0	...	0

(Cuadro 3, continuación)

País/territorio	Prevalencia notificada de infección por el VIH en las embarazadas (%)	Cobertura notificada de las pruebas de detección del VIH en las embarazadas (%)	Estimación del tratamiento antirretroviral en las embarazadas (%)	Tratamiento antirretroviral de las embarazadas notificado (%)	Número notificado de niños expuestos con prueba diagnóstica en los primeros dos meses	Número notificado de niños con infección por el VIH	Tasa de transmisión materno-infantil del VIH estimada (%) ^a	Tasa de transmisión materno-infantil del VIH notificada (%)
Belice	0,78 (2013)	91 (2013)	41	>95 (2016)	...	...	20	NA (2016) ^a
Bermuda	...	>95 (2016)	...	NA (2016)	0 (2016)	0 (2016)	...	NA (2016)
Bonaire	...	...	...	...	...	...	...	0 (2014)
Cuba	0,13	>95	>95	>95	151	0	5	0
Curaçao	...	...	...	...	...	...	...	...
Dominica	0,22 (2015)	78 (2015)	...	>95	3	0	...	0
Granada	0,56 (2015)	>95 (2015)	...	>95	5	1	...	8,3
Guadalupe	...	...	...	...	...	...	...	...
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	...	...	...
Guyana	2,3 (2015)	80 (2015)	64	...	...	...	14	...
Haití	2,37	70	70	...	...	...	15	...
Islas Caimán	...	>95 (2016)	...	NA (2016)	0 (2016)	0 (2016)	...	NA (2016)
Islas Turcas y Caicos	...	>95 (2015)	...	NA (2015)	0 (2015)	0 (2015)	...	NA (2015)
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	...	...	...	...	...	...	...	0 (2013)
Islas Vírgenes (Reino Unido)	...	>95 (2015)	...	NA (2015)	0 (2015)	0 (2015)	...	NA (2015)
Jamaica	1,37 (2015)	89 (2015)	>95	90 (2015)	...	...	5	...
Martinica	...	...	...	...	...	...	...	...
Montserrat	...	>95	...	NA	0	0	...	NA
Puerto Rico	...	...	...	...	...	...	...	0 (2013)
República Dominicana	2,37 (2015)	42 (2015)	>95	85	679	30 ^a	7	4,4 (2016)
Saba	...	>95 (2014)	...	...	...	...	...	0 (2014) ^b
Saint Kitts y Nevis	0,15	>95	...	>95	0	0	...	0
San Eustaquio	...	>95 (2013)	...	...	...	...	...	0 (2013)
San Martín	...	...	...	...	...	...	...	...
San Vicente y las Granadinas	0,77	>95	...	>95	7	0	...	0
Santa Lucía	0,21	>95	...	>95	3	0	...	0
Suriname	...	84 (2010)	76	92 (2015)	...	...	9	1,8 (2014)
Trinidad y Tabago	1,15	60	81	80	112	8 ^a	6	0 (2015)

Fuente: ONUSIDA/OMS. Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida, 2017. · OPS, informes de país sobre la eliminación de la transmisión materno-infantil, 2015-2018.

^a Valor de la estimación modelizada por el programa Spectrum.

^b Comunicación directa a la OPS.

NA: Ningún caso seropositivo que necesite tratamiento.

Cuadro 4. Datos epidemiológicos y servicios de cobertura relacionados con la prevención de la transmisión maternoinfantil de la sífilis, Región de las Américas, 2017 (a menos que se indique otro año)

País/territorio	Prevalencia notificada de sífilis en las embarazadas (%)	Cobertura notificada de las pruebas de sífilis durante el embarazo (%)	Cobertura notificada del tratamiento apropiado de la sífilis durante el embarazo (%)	Número de casos de sífilis congénita notificados	Tasa de incidencia notificada de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos	Prevalencia estimada de sífilis en las embarazadas (%), 2016 ^a	Tasa de incidencia estimada de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos, 2016 ^a	Estimación del número de casos de sífilis congénita, 2016 ^a
América del Norte								
Canadá	...	...	>95 (2014) ^b	6 (2015)	0,01 (2015)	0,01	0,005	1
Estados Unidos de América	...	85 (2013) ^b	...	918 ^c	0,02 ^c	0,14	0,19	777
México	0,2	51	...	204	0,09	0,24	1,29	2992
Centroamérica								
Costa Rica	0,9	76	58	68	0,91	0,66	3,89	270
El Salvador	0,06	81	58	19	0,17	0,18	1,29	151
Guatemala	0,1	37	>95 (2014)	36	0,09	1,13	4,03	1692
Honduras	0,2	69	>95 (2014)	124	0,89	0,07	0,25	49
Nicaragua	0,09	76	>95	4	0,03	0,07	0,16	19
Panamá	1,8	93	84	399	5,3	2,75	15,17	1195
Región andina								
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,9	>95	>95	...	...	0,93	1,88	475
Colombia	...	59	92	934	2,22	1,14	4,36	2808
Ecuador	0,4	>95	...	...	...	1,95	9,13	3018
Perú	0,3	82	89	195	0,35	0,25	0,85	518
Venezuela (República Bolivariana de)	2,79 (2015)	31 (2016)	...	28 (2013)	0,05 (2013)	2,29	16,43	9868
Cono Sur y Brasil								
Argentina	2,7	83	82 (2015) ^d	801	1,91	1,80	6,73	5066
Brasil	0,6	90 (2013)	90	24 666	6,78	1,70	5,42	15 921
Chile	0,2	>95	>95	26	0,1	0,29	0,62	148
Paraguay	1,9	93	67	320	2,88	3,24	18,18	2562
Uruguay	0,7	>95	81	71	1,51	0,74	0,97	47
Caribe								
Anguila	0	>95	NA	0	0	...	...	...
Antigua y Barbuda	0,8	>95	>95	0	0	0,94	0,76	1
Aruba	...	....	....	0 (2013) ^b	0 (2013)	0,93	1,12	1
Bahamas	1 (2015)	85 (2015)	>95 (2016)	0 (2015)	0 (2015)	0,90	2,15	12
Barbados	0,6	>95	86	4	1,55	1,21	2,11	7

(Cuadro 4, continuación)

País/territorio	Prevalencia notificada de sífilis en las embarazadas (%)	Cobertura notificada de las pruebas de sífilis durante el embarazo (%)	Cobertura notificada del tratamiento apropiado de la sífilis durante el embarazo (%)	Número de casos de sífilis congénita notificados	Tasa de incidencia notificada de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos	Prevalencia estimada de sífilis en las embarazadas (%), 2016 ^a	Tasa de incidencia estimada de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos, 2016 ^a	Estimación del número de casos de sífilis congénita, 2016 ^a
Belice	...	93 (2013)	91 (2013)	0 (2013) ^b	0 (2013)	0,52	1,72	14
Bermuda	...	>95 (2016)	NA (2016)	0 (2016)	0 (2016)	...	...	...
Bonaire	...	>95 (2014) ^b	>95 (2014) ^b	...	...	0,93 ^e	3,36 ^e	6 ^e
Cuba	0,4	>95	>95	3	0,02	0,55	0,22	27
Curaçao	...	...	...	...	...	0,93 ^e	3,36 ^e	6 ^e
Dominica	0,2	89	>95	0 (2016)	0 (2016)	0,44	0,21	12
Granada	2,6 (2015)	76 (2016)	>95 (2016)	0 (2016)	0 (2016)	1,99	5,58	11
Guadalupe	...	...	...	...	...	0,93	2,09	10
Guayana Francesa	...	...	...	...	...	0,93	3,28	21
Guyana	0,1 (2015)	87 (2014)	...	0 (2015)	0 (2015)	0,32	1,25	19
Haití	3	92 (2016)	90	...	...	2,01	5,93	1555
Islas Caimán	0 (2016)	>95 (2016)	NA (2016)	0 (2016)	0 (2016)	0,11	0,07	0
Islas Turcas y Caicos	1,5 (2015)	>95 (2016)	75 (2015)	1 (2015)	1,8 (2015)	0,49	1,45	0
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	...	...	...	0	...	...	...	...
Islas Vírgenes (Reino Unido)	0 (2015)	>95 (2015)	NA (2015)	0 (2015)	0 (2015)	...	...	...
Jamaica	1,5 (2016)	90 (2016)	71 (2016)	7 (2016)	0,23 (2016)	1,07	4,27	204
Martinica	...	...	...	...	...	0,93	3,49	15
Montserrat	0	>95	NA	0	0	0	0	0
Puerto Rico	...	...	...	4 (2016)	...	0,93	1,11	43
República Dominicana	1,6	42	54	16 (2013)	0,07 (2013)	1,10	8,16	1751
Saba	0 (2014)	>95 (2014) ^b	...	0 (2014)	0 (2014)	0,93 ^e	3,36 ^e	6 ^e
Saint Kitts y Nevis	0	>95	NA	0	0	0,12	0,29	0
San Eustaquio	...	>95 (2013) ^b	NA (2013)	0 (2013)	0 (2013)	0,93 ^e	3,36 ^e	6 ^e
San Martín	...	...	...	...	...	0,93 ^e	3,36 ^e	6 ^e
San Vicente y las Granadinas	0	>95	>95	0	0	1,27	3,77	6
Santa Lucía	2,5	>95	89	6	3,21	2,48	10,39	22
Suriname	...	...	...	...	...	0,01	0,05	0
Trinidad y Tabago	0,1	>95	>95	0	0	0,26	0,95	17

Fuentes: Herramienta de notificación en línea del Monitoreo Global del Sida de ONUSIDA y la OMS, 2017. • OPS. Informes de país sobre la eliminación de la transmisión maternoinfantil, 2015–2018.

^a Fuente: Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes – Estimates for 2016 and progress since 2012. Plos One. 2019;14(2):e0211720 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>).

^b Fuente: Comunicación directa a la OPS.

^c Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2017. Atlanta: CDC; 2018.

^d Solo el sector público.

^e Estimaciones combinadas para Bonaire, Curaçao, Saba, San Eustaquio y San Martín.

NA: Ningún caso seropositivo que necesite tratamiento.

Cuadro 5. Datos epidemiológicos y servicios de cobertura relacionados con la prevención de la hepatitis B en los niños, por país, Región de las Américas, 2017 (a menos que se indique otro año)

País/territorio	Prevalencia estimada del virus de la hepatitis B en la población general (%) ^a	Cobertura notificada de la dosis al nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B (24 horas) (%)	Cobertura notificada de la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (1 año de edad) (%)	Prevalencia estimada de hepatitis B en los niños de 5 años (%) ^a
América del Norte				
Canadá	0,6 (0,4-1,1) ^b	Introducida a nivel subnacional	69	<0,1 ^b
Estados Unidos de América	0,3 (0,2-0,3) ^b	63	91	<0,1 ^b
México	0,1 (0,1-0,2) ^b	98 (2015)	93 (2016)	<0,1 ^b
Centroamérica				
Costa Rica	0,2 (0,1-0,2) ^b	87	97	<0,1 ^b
El Salvador	1,0 (0,5-1,2) ^b	80	93 (2016)	0,2 (<0,1-0,2) ^b
Guatemala	0,6 (0,4-0,7) ^b	45	82	<0,1 ^b
Honduras	1,3 (0,1-12,9) ^c	81	90	0,2 (0,02-2,8) ^c
Nicaragua	0,8 (0,4-0,9) ^b	No introducida	100	<0,1 ^b
Panamá	1,3 (1,0-1,7) ^c	87	81	0,2 (0,1-0,3) ^c
Región andina				
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,6 (0,2-1,3) ^c	No introducida	84	0,2 (0,08-0,5) ^c
Colombia	0,3 (0,1-2,2) ^b	81	92	<0,1 (<0,1-0,4) ^b
Ecuador	1,4 (0,2-11,4) ^c	61	83 (2016)	0,3 (0,04-3,0) ^c
Perú	0,3 (0,3-0,4) ^b	75	83	<0,1 ^b
Venezuela (República Bolivariana de)	1,2 (1,1-1,8) ^b	74	66	0,2 (0,2-0,3) ^b
Cono Sur y Brasil				
Argentina	0,2 (0,1-0,3) ^b	82	86	<0,1 ^b
Brasil	0,4 (0,2-0,6) ^b	82 (2016)	93	<0,1 ^b
Chile	0,1 (<0,1-0,2) ^b	Madres seropositivas ^d	93	<0,1 ^b
Paraguay	1,8 (0,1-20,6) ^c	52	79	0,65 (0,05-8,9) ^c
Uruguay	1,0 (0,1-8,6) ^c	Madres seropositivas ^d	95 (2016)	0,35 (0,03-3,2) ^c
Caribe				
Anguila	...	No introducida	89	...
Antigua y Barbuda	1,2 (0,1-12,5) ^c	No introducida	95	0,4 (0,04-4,0) ^c
Aruba	...	No introducida	95	...
Bahamas	1,0 (0,1-16,6) ^c	No introducida	94	0,3 (0,01-6,3) ^c
Barbados	1,0 (0,1-12,1) ^c	No introducida	90	0,3 (0,02-4,8) ^c

(Cuadro 5, continuación)

País/territorio	Prevalencia estimada del virus de la hepatitis B en la población general (%) ^a	Cobertura notificada de la dosis al nacimiento de la vacuna contra la hepatitis B (24 horas) (%)	Cobertura notificada de la tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B (1 año de edad) (%)	Prevalencia estimada de hepatitis B en los niños de 5 años (%) ^a
Belice	1,4 (0,6-1,7) ^b	Introducida en el 2018 ^e	88	0,1 (<0,1-0,1) ^b
Bermuda	...	Madres seropositivas ^d	81	...
Bonaire	...	No introducida	94 (2016) ^e	...
Cuba	0,6 (0,5-0,7) ^b	99	100	<0,1 ^b
Curaçao	...	No introducida	84 (2016)	...
Dominica	1,2 (0,2-8,3) ^c	71	91	0,4 (0,04-2,6) ^c
Granada	1,4 (0,2-11,8) ^c	78	83	0,5 (0,06-4,3) ^c
Guadalupe	...	...	...	...
Guayana Francesa	...	...	...	...
Guyana	2,8 (0,2-32,7) ^c	Madres seropositivas ^d	97	0,9 (0,06-14,7) ^c
Haití	2,9 (2,7-4,1) ^b	No introducida	59	1,2 (1,1-1,7) ^b
Islas Caimán	...	82 ^e	87	...
Islas Turcas y Caicos	...	Madres seropositivas ^d	93	...
Islas Vírgenes (Estados Unidos)	...	...	...	...
Islas Vírgenes (Reino Unido)	...	90	82	...
Jamaica	5,0 (2,4-5,7) ^b	No introducida	93	0,7 (0,4-0,9) ^b
Martinica	...	...	...	...
Montserrat	...	100	100	...
Puerto Rico	...	...	...	...
República Dominicana	1,7 (1,1-2,0) ^b	82	81	0,2 (0,1-0,3) ^b
Saba	...	No introducida	100 (2013) ^e	...
Saint Kitts y Nevis	1,1 (0,1-7,9) ^c	97	98	0,4 (0,04-3,1) ^c
San Eustaquio	...	No introducida	97 (2014) ^e	...
San Martín	...	No introducida	94	...
San Vicente y las Granadinas	1,3 (0,2-9,8) ^c	98	100	0,4 (0,05-3,5) ^c
Santa Lucía	1,3 (0,2-9,6) ^c	Madres seropositivas ^d	80	0,4 (0,05-3,2) ^c
Suriname	1,7 (0,2-14,9) ^c	80	81	0,4 (0,03-3,8) ^c
Trinidad y Tabago	1,3 (0,2-9,6) ^c	No introducida	89	0,4 (0,05-3,5) ^c

Fuente: The Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(6):383-403 (se puede consultar en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(18\)30056-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(18)30056-6)). • WHO Global and Country estimates of immunization coverage and chronic VHB infection, 2017. • Datos comunicados por los países directamente a la OPS. • Organización Panamericana de la Salud. Informes de país presentados por medio del formulario conjunto para la notificación sobre inmunización de la OPS-OMS/UNICEF (JRF por sus siglas en inglés). Washington DC: OPS, 2018.

^a El año de los datos puede referirse a 2015 o 2016 según la fuente indicada. Los números entre paréntesis expresan el intervalo de incertidumbre del 95%.

^b Fuente: The Polaris Observatory Collaborators. Global prevalence, treatment, and prevention of hepatitis B virus infection in 2016: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(6):383-403 (se puede consultar en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(18\)30056-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(18)30056-6)).

^c Organización Mundial de la Salud. Global and country estimates of immunization coverage and chronic VHB infection. Hepatitis B HBsAg estimates, a baseline towards the elimination targets, 2017 (<http://whohbsagdashboard.com>).

^d La dosis de la vacuna contra la hepatitis B al nacimiento está disponible para los recién nacidos de madres con resultado positivo para el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg).

^e Datos comunicados por los países directamente a la OPS.

Cuadro 6. Datos epidemiológicos relacionados con la prevención de la transmisión maternoinfantil de la enfermedad de Chagas por país, Región de las Américas, 2010

País/territorio	Estimación del número total de personas con enfermedad de Chagas en la población general	Estimación del número de mujeres en edad reproductiva con enfermedad de Chagas (15-44 años de edad)	Estimación del número de casos de enfermedad de Chagas congénita	Tasa de incidencia estimada de la enfermedad de Chagas congénita por 1000 nacidos vivos
América del Norte				
Canadá	...	...	...	...
Estados Unidos de América	...	...	...	...
México	876 458	185 600	1788	0,89
Centroamérica				
Costa Rica	7667	1728	61	0,80
El Salvador	90 222	18 221	234	1,87
Guatemala	166 667	32 759	164	0,35
Honduras	73 333	16 149	257	1,26
Nicaragua	29 300	5822	138	1,24
Panamá	18 337	6332	40	0,56
Región andina				
Bolivia (Estado Plurinacional de)	607 186	199 351	616	2,35
Colombia	437 960	116 221	1046	1,14
Ecuador	199 872	62 898	696	3,17
Perú	127 282	28 132	232	0,38
Venezuela (República Bolivariana de)	193 339	40 223	665	1,10
Cono Sur y Brasil				
Argentina	1 505 235	211 102	1457	2,10
Brasil	1 156 821	119 298	571	0,20
Chile	119 660	11 771	115	0,46
Paraguay	184 669	63 385	525	3,40
Uruguay	7852	1858	20	0,40
Caribe				
Anguila	...	...	...	...
Antigua y Barbuda	...	...	...	...
Aruba	...	...	...	...
Bahamas	...	...	...	...
Barbados	...	...	...	...

(Cuadro 6, continuación)

País/territorio	Estimación del número total de personas con enfermedad de Chagas en la población general	Estimación del número de mujeres en edad reproductiva con enfermedad de Chagas (15–44 años de edad)	Estimación del número de casos de enfermedad de Chagas congénita	Tasa de incidencia estimada de la enfermedad de Chagas congénita por 1000 nacidos vivos
Belice	1040	272	25	3,33
Bermuda
Bonaire
Cuba
Curaçao
Dominica
Granada
Guadalupe
Guayana Francesa	*	*	*	*
Guyana	*	*	*	*
Haití
Islas Caimán
Islas Turcas y Caicos
Islas Vírgenes (Estados Unidos)
Islas Vírgenes (Reino Unido)
Jamaica
Martinica
Montserrat
Puerto Rico
República Dominicana
Saba
Saint Kitts y Nevis
San Eustaquio
San Martín
San Vicente y las Granadinas
Santa Lucía
Suriname	12 600 *	3818 *	18 *	0,75 *
Trinidad y Tabago

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. Weekly Epidemiological Record. 2015;6(90):33–44.

Nota: Los países considerados no endémicos para la enfermedad de Chagas no se incluyeron en el análisis.

*Estimaciones combinadas para Guayana Francesa, Guyana y Suriname.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, USA
Tel: +1 (202) 974 -3000
www.paho.org



UNICEF Latin America and Caribbean
Regional Office.

Building 102, Alberto Tejada Street,
Panama, Republic of Panama.

Tel: +507 301 7370

<https://www.unicef.org>

