



Enfrentando el aumento de la sífilis y la sífilis congénita: Evidencia de tres estudios en el Norte de Santander y recomendaciones de políticas para romper el ciclo de transmisión

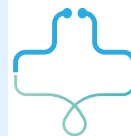
Autores

Merike Blofield (Universidad de Hamburgo)
Rafael Olarte (Hospital Universitario Erasmo Meoz)
Doris Parada (Universidad Francisco de Paula Santander)
Magaly Pedraza (Consultora en Salud Pública)

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo de la multitud de personas y organizaciones que colaboraron en el diseño y la implementación del proyecto y los estudios. Quisiéramos particularmente reconocer el papel de Felix Drexler del Charité, en darnos la oportunidad de crear el proyecto, a la coordinación del Proyecto Iniciativa Bogotá 2.0 de la GIZ, Bert Hoffmann del GIGA en acompañarnos desde el inicio hasta el final, así como al personal administrativo de GIGA; Andrea Wirtz del Johns Hopkins University por sus consejos, Zayda Portilla del HUEM, y el equipo CARE Colombia, especialmente a Minerva Marquez por su liderazgo, Juliany Vergel, Maryori Ortega y Andrés Quintero, quienes hicieron las entrevistas, y en general a todo el equipo CARE que estuvo en terreno y abrió espacios de interacción.

Diseño y diagramación: Ruby Salamanca-UFPS



Resumen ejecutivo

El aumento de la sífilis, particularmente congénita, representa una amenaza para la salud pública en Colombia. No obstante, existe un tratamiento curativo en forma de penicilina (entre una a tres dosis), y es de bajo de costo; los desafíos son la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento oportuno, en un contexto de alta vulnerabilidad y movilidad. Este documento sintetiza los resultados de tres estudios que completamos, junto con un proyecto piloto de servicios de salud implementado por CARE Colombia, dentro del proyecto COL-VAC-SIF (a través del Charité y administrado desde el German Institute for Global and Area Studies) y con financiación de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), en Norte de Santander, entre marzo y agosto 2023. Estos estudios incluyeron 30 entrevistas con jóvenes en riesgo (11 hombres y 19 mujeres), 20 madres con recién nacidos con sífilis congénita, y un grupo de 114 personas diagnosticadas con sífilis, que participaron en un experimento con transferencias monetarias condicionadas; todo lo cual permitió medir el impacto de los diferentes determinantes sociales de la sífilis.

En el marco del estudio, se llevaron a cabo convocatorias para jóvenes y adolescentes en el ámbito comunitario. Se contó con el apoyo de 14 líderes comunitarias en 25 barrios de Cúcuta y municipios fronterizos con Venezuela. Las actividades centrales durante este trabajo fueron la educación para el acceso y empoderamiento en derechos sexuales y reproductivos, para lo cual se llevaron a cabo talleres dirigidos por jóvenes profesionales. Se contó con enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales y personal de protección; se tamizó la población con pruebas rápidas para sífilis,

se entregó preservativos y activaron rutas integrales de atención en salud, en caso necesario.

Igualmente, se instauró un convenio con un centro de atención clínica en el que se dispuso atención médica y administración de tratamiento para sífilis de modo gratuito para los participantes del proyecto que tuviesen pruebas confirmatorias positivas. Todo lo anterior hizo parte de un plan de atención para captar la población seropositiva, realizar entrevistas para identificar conocimientos en sífilis y promover su adherencia al tratamiento, incluyendo un incentivo, el cual era la transferencia monetaria condicionada. Los resultados apuntan a un alto desconocimiento sobre la sífilis (97% entre los jóvenes y 75% entre las madres), relaciones de género demarcadas por un comportamiento masculino machista que aumenta el riesgo del contagio (más parejas sexuales, mayor rechazo al uso del condón) y la falta de acceso al sistema de salud pública (entre los entrevistados, más de 85% no tenían afiliación al sistema de salud, y entre las madres 85% no habían tenido los controles prenatales recomendados en el Sistema de Salud Colombiano).

Además de estos factores, la presencia crítica de necesidades básicas insatisfechas representa un obstáculo concreto adicional para acceder al tratamiento; las entrevistas develaron los bajos niveles de ingreso y la regularidad del hambre en esta población. En ese sentido, se indagó a través de un estudio cuasiexperimental, si las transferencias monetarias podrían ayudar con la adhesión al tratamiento de la sífilis. Dentro del grupo de pacientes reactivos, todos recibieron un taller de educación sobre la sífilis y la salud, atención individualizada y un plan de tratamiento (tres dosis de penicilina con intervalo semanal) de libre costo. Los hallazgos demostraron que del total de pacientes con resultado reactivo para sífilis, 60% completaron el tratamiento. A casi la mitad de las personas reactivas, se les ofreció una transferencia monetaria (50,000 pesos; equivalente al pago de casi un día laboral con el salario mínimo), condicionada a la adhesión al tratamiento para las dos últimas dosis de penicilina. La adhesión al tratamiento casi duplicó para este grupo en comparación con el grupo sin transferencias monetarias (80% vs 45%). Esto demuestra que esta estrategia de bajo costo puede ser potencialmente muy eficaz cuando se compara con los costos de la morbilidad perinatal secundaria a la sífilis gestacional.

Con base en los resultados de estos tres estudios, recomendamos la implementación de una estrategia con tres componentes:

- Campañas de educación y sensibilización en sífilis y las relaciones de pareja hacia grupos vulnerables, combinado con la entrega gratuita de condones
- Abrir acceso al sistema público de la salud para todos independientemente de su estatus migratorio o documentación, por lo menos para controles prenatales y el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual
- Diseñar un programa de transferencias monetarias para la población diagnosticada con sífilis, combinado con una búsqueda activa de sus parejas sexuales y su inclusión al programa, en caso de resultados confirmatorios positivos.

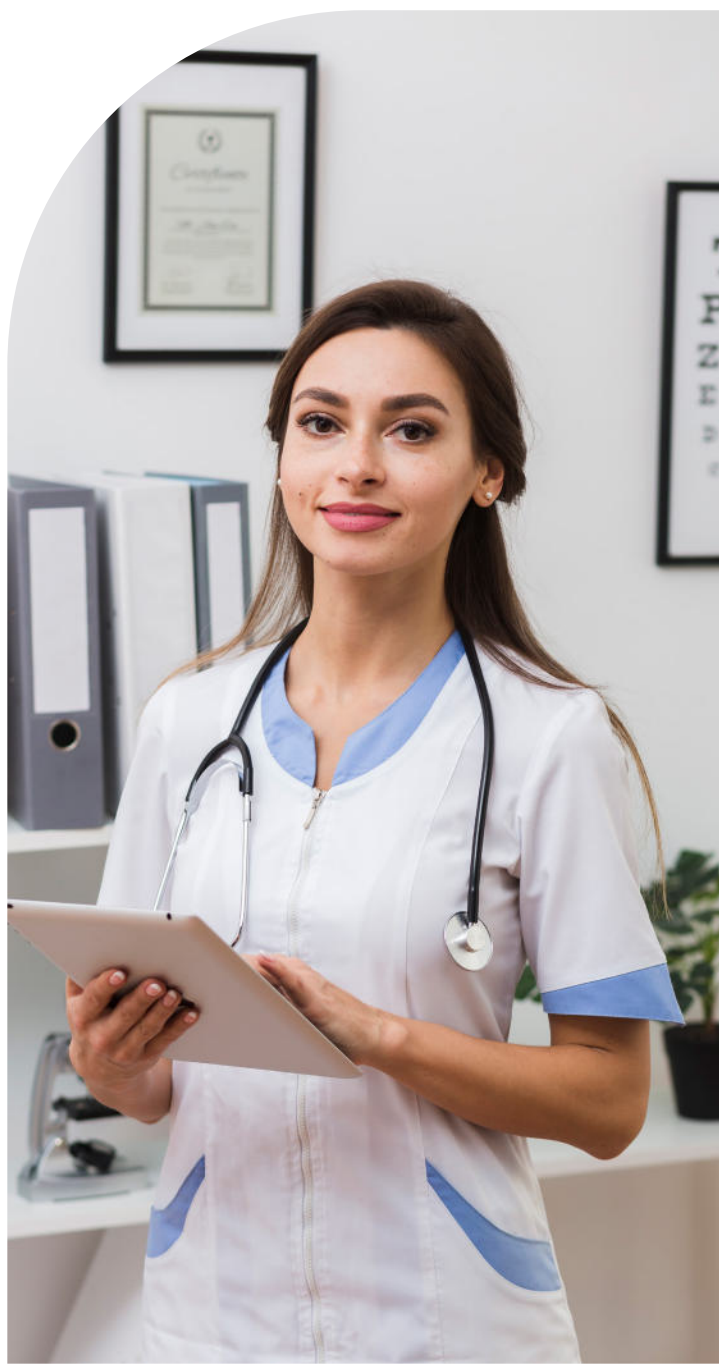
Con estas estrategias, se podría cortar una buena parte del ciclo de contagio y reducir los tremendos costos humanos y económicos de la inacción.



Introducción

Norte de Santander, y Colombia en general, han sido testigos de un alarmante aumento en la razón de prevalencia de sífilis congénita, pasando de 0.9 casos por cada 1000 nacidos vivos en el 2014 a 3.3 en el 2021 (Ospina-Joaqui et.al. 2023), infección de transmisión sexual (ITS) que se manifiesta de manera más dramática en los recién nacidos como sífilis congénita. El problema al parecer está relacionado con el colapso total de la salud pública en Venezuela, y ahora prevalece tanto entre los venezolanos como en la población local (Cuellar et.al. 2021; Ospina-Joaqui et.al. 2023). La sífilis gestacional y congénita están asociadas a tasas elevadas de mortalidad perinatal, con enormes costos humanos para el bienestar y el ciclo vital del afectado, sus padres y familia en general, así como costos económicos para la familia y la sociedad en general (Ospina, 2018)). Los portadores de sífilis pueden ser asintomáticos y, sin embargo, transmitir la enfermedad, lo que dificulta aún más su detección.

La buena noticia es que la sífilis es totalmente curable, y el tratamiento es de bajo costo y fácil de administrar, con dosis de penicilina de intervalo semanal, que abarcan entre una y tres aplicaciones intramusculares. Por tanto, una estrategia eficaz para abordar y eliminar la sífilis debe incluir la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento. La pregunta es: ¿Cuál es



la forma más eficaz de aplicar esa estrategia? Con este fin, nuestro equipo de investigación incorporó tres estudios junto con un proyecto piloto de servicios de salud implementado por CARE Colombia, dentro del proyecto COL-VAC-SIF (a través del Charité y administrado desde el German Institute for Global and Area Studies) y con financiación de la GIZ, en Cúcuta, entre marzo y agosto 2023. El objetivo era investigar el peso relativo de los diferentes determinantes sociales de la sífilis, con el fin de producir evidencia empírica para el diseño de las políticas públicas más eficaces para hacer frente a esta crisis.

El proyecto piloto de servicios de salud ejecutado por CARE Colombia en articulación con el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander y las secretarías municipales de salud, incluyó actividades de divulgación y prevención, pruebas rápidas para diagnosticar la sífilis, un plan de tratamiento para los que salieron reactivos/positivos, sin costo alguno, en una clínica de salud local subcontratada en Cúcuta. A través de la divulgación entre los líderes comunitarios locales, CARE organizó talleres breves sobre salud sexual en comunidades muy vulnerables de los alrededores de los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Los Patios y Puerto Santander. Aunque nuestra expectativa era que la proporción de venezolanos en estas comunidades fuera alta, el objetivo fue llegar a todas las personas de todos los orígenes.

Los talleres se realizaron fuera del horario escolar. Los talleres interactivos incluían educación y sensibilización sobre la sífilis, las enfermedades de transmisión sexual en general y las relaciones de género. Tras los talleres, se ofrecieron a los participantes pruebas rápidas, o tamizajes, de detección de la sífilis. Aquellas personas que resultaron reactivas recibieron atención individualizada y un plan de tratamiento sin costo para la realización inmediata de pruebas de seguimiento y la administración de la primera dosis de penicilina, con el ofrecimiento y agendamiento de una segunda y tercera dosis semanal. Así, tres inyecciones de penicilina es el tratamiento estándar cuando se desconoce el tiempo de evolución de la enfermedad o se considera sífilis latente temprana o tardía. En total, 1805 personas asistieron a los talleres y se sometieron a pruebas para la detección de sífilis, de las cuales el 6,3% (114) dieron positivo. De ellas, alrededor del 60% completaron el tratamiento.



El peso relativo de los determinantes sociales de la sífilis

Diseño y métodos de investigación



Para comprender mejor el peso relativo de estos distintos factores, nuestro equipo de investigación realizó tres estudios entre grupos clave en distintas fases de contraer la sífilis:

- 1)** Los grupos de riesgo en contraer la sífilis: adolescentes y jóvenes que viven en condiciones vulnerables.
- 2)** Los que sufren sus consecuencias más graves: madres con recién nacidos con sífilis congénita.
- 3)** Personas reactivas en la prueba de la sífilis.

Para el primer grupo, entrevistamos a treinta personas entre 14 y 28 años. Reclutamos a las personas mediante una estrategia de muestreo aleatorio (pero ponderado para obtener una representación equilibrada de los sexos) entre los que vivían en las comunidades. Las entrevistas se realizaron entre jóvenes que (aún) no habían asistido a los talleres ofrecidos en el marco del proyecto. Una mujer entrevistó a las mujeres, y un hombre entrevistó a los hombres, con la expectativa de que un entrevistador del mismo sexo aumentaría las posibilidades de que el entrevistado se sintiera más cómodo para responder de manera abierta y honesta. En total, se entrevistaron a 19 mujeres y 11 hombres.

Para el segundo grupo, entrevistamos a veinte madres con recién nacidos con sífilis congénita, en el Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM), Centro de referencia público



de mediana y alta complejidad de la región Nororiental de Colombia y el departamento Norte de Santander. El rango etario de ellas fue entre 17 y 41 años. Buscamos el consentimiento informado y garantizamos el anonimato de todos los entrevistados.

Para el tercer grupo de personas con prueba confirmatoria positiva para sífilis, en el proyecto piloto, incorporamos un experimento de transferencia monetarias condicionadas (TMC) para probar nuestra cuarta hipótesis, relativa a las necesidades básicas. Si bien los programas de transferencias monetarias dirigidas a las familias con niños, niñas y adolescentes, condicionadas a controles de salud y asistencia escolar, ya tienen una historia de varias décadas en Colombia y mucho de América Latina, los programas de TMC dirigidos a grupos de riesgo para adherir a los servicios de salud o a un tratamiento específico son más nuevas. Sin embargo, los programas piloto que se han desarrollado han mostrado resultados eficaces (Ho 2021; UNFPA 2022).

En nuestro proyecto, todas las personas con resultado reactivo para Sífilis, tuvo acceso a tratamiento personalizado gratuito; además, todos habían asistido a los talleres y recibido la información sobre la sífilis y los riesgos al no adherirse al tratamiento. Para probar nuestra hipótesis, se le ofreció a este grupo, transferencias monetarias condicionadas a la adhesión al tratamiento. El cuasiexperimento se llevó a cabo durante la segunda mitad del proyecto piloto.

A estas personas se les ofrecieron transferencias monetarias de 50.000 pesos colombianos durante el momento de recibir la segunda y la tercera dosis de penicilina. Se estimó que la cantidad equivalía al promedio del valor de un día de trabajo no cualificado en el sector informal (\$30.000 pesos) más el costo del transporte y una comida. Los estudios fueron aprobados por el comité de ética del Hospital Universitario Erasmo Meoz y de la Universidad Francisco de Paula Santander de Cúcuta.



Resultados de las entrevistas de adolescentes y jóvenes

Prácticamente nadie conocía la sífilis

El 97% de los encuestados -29 de 30 personas- desconocen el tema de la sífilis, su tratamiento y curación. Las fuentes de educación sexual para ellos y ellas son internet (66,6%); familia (16,6%) y ONG'S (16,6%).

Los hombres declaran tener más parejas sexuales y una mayor reticencia al uso del condón

En el último año, los hombres entrevistados han tenido entre 1 y 15 parejas sexuales, mientras las mujeres, a excepción de aquellas que venden sexo por supervivencia, refieren hasta cinco parejas sexuales.

Dentro del grupo de hombres, la mitad (54,5%) considera que al tener una pareja estable no se requiere uso de condones para evitar ITS, mientras que entre las mujeres, sólo 26% afirman lo mismo.

En el hombre, el uso de condón como un método permanente en su vida sexual, sólo alcanza el 10%. El 46.6% de las mujeres desean hacer de esta una práctica constante, sin embargo, el 26.6% refieren no usarlo. Es llamativo que se impone la toma de decisión del hombre frente al uso o no del condón.

La dinámica de la pareja, con la imposición del hombre es agravada por la falta de

¹Se excluyeron del experimento a personas para quienes hubo un riesgo en dar dinero, por ejemplo a las personas que sufrieron de drogadicción.



autonomía económica de la mujer. Entre las mujeres entrevistadas, un 33% asume la labor como amas de casa. Algunas mujeres (14%), se ocupan también del cuidado de otros, sin que esto les represente remuneración económica. En consecuencia, del total del grupo de mujeres, 47% no poseen ingresos propios, lo que se relaciona con la dependencia económica familiar o de su pareja. Los hombres en cambio, en el 91% tienen un trabajo remunerado y aun cuando los ingresos no superan en promedio los \$30.000, tienen algún estatus como proveedores.

Casi 90% no posee afiliación a seguridad social en salud

De los entrevistados, 87% no tenían afiliación a seguridad social en salud. De ellos, 67% refieren el alto costo económico como barrera para buscar atención en salud sexual y reproductiva. Esto está relacionado con el acceso a documentos de identificación y con el estatus migratorio; el 26,6% no posee documentos de identificación, 33,3% cuenta con cédula venezolana, 10% con PPT y 16,6% con permiso especial de permanencia.

Frente a las dificultades que afectan los determinantes sociales de la salud encontramos la siguiente narrativa que refleja las dificultades de acceso a la salud:

“Por ahora, necesito un trabajo y los papeles para acceder también a un seguro médico, pero la cosa está difícil, así que veo lejos lograr eso.”

Estos resultados confirman los hallazgos de otros estudios que muestran que a pesar de la posibilidad de los migrantes regularizados de afiliarse al sistema subsidiado Colombiano, hay muchos que en la práctica no están afiliados y otros que por su estatus irregular o de indocumentación, no se pueden postular (DRC Colombia, 2022; Red Somos, 2022).

Todos están en la informalidad y muchos han experimentado hambre

De los entrevistados, 97% (29) son Venezolanos, y uno es Colombiano retornado. Todos vinieron a Colombia desde hace uno a ocho años. En el 100% de ellos, los motivos para salir de Venezuela fueron: inseguridad alimentaria, falta de empleo y/o el alto costo de vida.

“La situación en Venezuela estaba muy difícil y me tocaba casi que pedir limosna para comer, tampoco pude seguir estudiando. Entonces con mi mamá nos vinimos a buscar mejores opciones.”

La situación económica difícil continúa en Colombia para ellos. Todos las y los jóvenes que trabajan, lo hacen en la informalidad y transcurren en jornadas de 12 horas. El promedio diario de ingresos para los que trabajan es \$31.000 pesos. Sólo un 15% estudian.

Las condiciones de residencia en Colombia han sido uno de sus mayores problemas: 20% ha dormido en la calle; 10% en refugios; 13,3% han sido expulsados por no pagar alquiler.

“No tuvimos un día como pagar la pieza y pues la señora nos dejó en la calle con la bebé. ..., lo que hice fue acomodarle las sábanas a la bebé ahí en un espacio del parque. “



Resultados de las entrevistas con las madres

75% de las madres desconocen totalmente la sífilis

El bajo nivel educativo que prevalece en la mayoría de las madres (educación media) y su escasa educación respecto al tema de Infecciones de Transmisión Sexual, son una variable que condiciona vulnerabilidades y acarrea estigmas y sentimientos de culpa. A pesar de tener en sus manos el resultado positivo de la prueba de sífilis, no lo supieron interpretar y en consecuencia no se busca asistencia médica, desconocen además el impacto de esta enfermedad a nivel de la madre y el feto.

Machismo como barrera en prevención y tratamiento

Desde distintas aristas se visibiliza el acentuado machismo. De una parte, en la que se considera que la labor de cuidado de los hijos y tareas del hogar son roles únicamente de la mujer, y de otra, respecto a la sexualidad y vida reproductiva, se connota un halo marcado de toma de decisiones preponderantes en el hombre sobre la mujer.

En el contexto del tratamiento para la pareja, ha sido un poco difícil lograr en algunos casos la administración para el hombre, debido a temor de este al dolor del tratamiento, el silencio de la mujer por temor a la respuesta del hombre o por la ruptura dada entre la pareja. Así, emerge el aumento del riesgo a infecciones posteriores por ausencia de tratamiento o la falta de adherencia al mismo.

En este mismo panorama, se halla que un poco más del 50% de las madres, son amas de casa, y no poseen un ingreso remunerado, sino que refieren depender económicamente de sus parejas.



85% de las madres tenían menos de 7 controles prenatales durante su embarazo

De las madres, 85% están sin afiliación al régimen de salud colombiano. Dos-tercios, 65%, conocieron el diagnóstico de sífilis sólo después de la semana 36 de su embarazo, y la mitad de ellas al nacimiento del hijo o la hija. Las dos mayores causas del diagnóstico tardío fueron el no tener regulación migratoria y/o el alto costo del prenatal en Venezuela. El costo citado de un control prenatal en Venezuela era entre 10 y 25 dólares.

Con relación al número de controles prenatales, 60% de ellas tenían menos de cinco controles prenatales, y 85% tenían menos de 7 controles prenatales, que es lo recomendado para una mujer múltipara con embarazo de curso normal.



La prevalencia del hambre y pocos recursos

Casi la mitad de las mujeres (45%) mencionaron la situación económica crítica en Venezuela como motivo de venir a Colombia. Otras razones comunes eran violencias o tener familia en Colombia.

La mitad de las madres se identificó como ama de casa, y la otra mitad ejerce trabajo informal, muchas veces esporádico. Todas ganan menos que el salario mínimo. Sus situaciones se caracterizan así: subsisten con escasez económica, no tienen muchas redes de apoyo, envían remesas a Venezuela, tienen sobrecarga y feminización del cuidado.



Resultados del experimento con transferencias monetarias condicionadas



Los resultados del experimento con transferencias monetarias condicionadas fueron los más destacados. La tasa de finalización del tratamiento entre el grupo que recibió transferencias fue del 80%, mientras que la tasa de finalización del grupo de control fue del 45%. También hay que destacar que todas las personas que salieron reactivas habían participado en un taller educativo y recibido atención personalizada con el diagnóstico. Podemos suponer que esto redujo el desconocimiento de la sífilis a casi cero entre la gente reactiva. Además, todos ellos tuvieron acceso a un tratamiento gratuito, eliminando así el acceso al sistema de salud como barrera. A pesar de ello, sólo el 45% de este grupo completó el tratamiento de la sífilis, por lo que potencialmente pueden seguir siendo portadores de la sífilis e infectar a otras personas.

Estos resultados sugieren que la diferencia que encontramos en adherencia al tratamiento se relacionó con las transferencias monetarias. Podemos suponer que dada la crítica falta de recursos entre los grupos de riesgo, la educación y el tratamiento gratuito son necesarias, pero no suficientes. Las transferencias monetarias ayudan a aliviar el costo de oportunidad del tiempo dedicado a acceder al tratamiento y dan un incentivo para completarlo, demostrado en la tasa de adherencia al tratamiento que casi dobla entre ellos que recibieron las TMC, desde 45% hasta 80%.

Estos resultados confirman los hallazgos de otros estudios que muestran que las transferencias monetarias han tenido resultados eficaces en la adherencia a la salud (Ho 2021; UNFPA 2022).

Recomendaciones de políticas públicas

Tenemos tres recomendaciones urgentes para políticas públicas.

1

Promover campañas de educación y sensibilización en sífilis y las relaciones de pareja hacia grupos vulnerables, combinado con la entrega gratuita de condones

En primer lugar, recomendamos la puesta en marcha de una campaña proactiva de educación, prevención y tratamiento con talleres breves entre los grupos de mayor riesgo, con el ofrecimiento de tratamiento gratuito. En estos talleres se debería hacer un esfuerzo a llegar a los adolescentes masculinos y abordar el tema de las relaciones de pareja. Esta campaña sería una estrategia necesaria para poder alcanzar a tamizaje, diagnosticar y tratar la sífilis, pero no suficiente.

2

Ampliar acceso al sistema público de la salud para todos, independientemente de su estatus migratorio o documentación, por lo menos para controles prenatales y el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual

En segundo lugar, recomendamos que los servicios críticos relacionados con la salud sexual y reproductiva sean cubiertos en el sistema de salud pública, independientemente del estatus migratorio o documentación de las personas. En reconocimiento del altísimo porcentaje de las madres con sífilis que no han tenido acceso a controles prenatales adecuados, recomendamos la creación de clínicas para proveer a todas las mujeres embarazadas -independientemente de su documentación o estatus migratorio- controles prenatales (incluidas pruebas de sífilis) y atenciones gratuitas. Reconociendo también el hecho de que muchas de estas mujeres pueden residir en Venezuela -donde la atención sanitaria es inexistente o tiene un alto precio- recomendamos establecerlas en la frontera y realizar campañas activas a través de los medios sociales, la radio y las redes, para informar a las mujeres embarazadas de este servicio. También recomendamos considerar programas específicos de transferencias monetarias para estas mujeres embarazadas, especialmente las que muestran signos críticos de falta de acceso a las necesidades básicas, para ayudarlas a aliviar los costos de llegar a los controles.



3

Un programa de transferencias monetarias hacia la gente diagnosticada con sífilis, combinado con una búsqueda activa de sus parejas sexuales y su inclusión al programa si salen reactivas

En tercer lugar, recomendamos establecer un programa de transferencias monetarias condicionadas para todos aquellos que salen reactivos en las pruebas de sífilis, independientemente de su situación sociodemográfica o estatus migratorio. Esto debería combinarse con una estrategia de búsqueda activa de todas las potenciales parejas sexuales de la gente reactiva, combinada con su inclusión en el programa de transferencia monetaria si también salen reactivos

La adopción de estas tres estrategias debería tener un efecto inmediato en la reducción de los niveles de infección mediante la divulgación y el tratamiento eficaz, y ayudar así a romper el ciclo de contagio. Los costos de la implementación de estos programas, incluidos los de las transferencias monetarias, son mínimos en comparación con los costos inmediatos, a medio y a largo plazo de la inacción.

Bibliografía

Cuellar Segura Claudia, Rodríguez Rodríguez Andrea, Roa Sánchez Aura, Daza Huerfano Jorge; Marín Rodríguez Diana. 2021. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en población migrante venezolana atendida en los servicios de salud en Colombia, 2020- 2021. Nota política #1. Ministerio de Salud y Protección Social.

Danish Refugee Council (DRC) Colombia. 2022. Acceso a la afiliación al sistema de salud Colombiano por parte de la población refugiada y migrante en el distrito de Barranquilla. Disponible en <https://www.r4v.info/es/document/colombia-acceso-afiliacion-al-sistema-de-salud-colombiano-por-parte-de-la-poblacion>

Ho, Elodie. 2021. Los programas de transferencias monetarias (PTM) para el transporte a los centros de salud y de tratamiento de la malnutrición : Informe Burkina Faso. Disponible en <https://www.calpnetwork.org/es/publication/cash-transfers-for-transport-to-health-centres-and-malnutrition-treatment-centres/>

Ospina-Joaqui WL, Usma-Duque CA, Gálvez-Castaño YA, Vargas-Arboleda, DA, Gullos-Pedrozo L, Giraldo-Ospina B. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en Colombia en el periodo 2014-2021. Análisis ecológico, georreferenciado por departamentos. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (3): 147-154.

Ospina, A. (2018). Sífilis y embarazo. Congreso internacional Ginecología y Obstetricia 90/60 años (págs. 185-194). Medellín: UDEA

Red Somos, Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Johns Hopkins. Encuesta bioconductual sobre el VIH, la sífilis y el estado de salud de los venezolanos que viven en Colombia. Informe final. Bogotá y Baltimore. Octubre de 2022.

UNFPA. 2022. Asistencia en efectivo para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y reducir la mortalidad materna en Filipinas. Estudio de caso. Disponible en <https://www.calpnetwork.org/es/publication/asistencia-en-efectivo-para-acceder-a-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-y-reducir-la-mortalidad-materna-en-filipinas/>