



UNA DÉCADA DE
SÍFILIS
GESTACIONAL
Y CONGÉNITA
EN URUGUAY
2000 - 2009



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR**

Con el apoyo de:



aecid
Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo

unicef 

UNA DÉCADA DE
SÍFILIS
GESTACIONAL
Y CONGÉNITA
EN URUGUAY
2000 - 2009

**Catalogación en la Fuente**

López Gómez A, Benía W, Alemán A, Vázquez J. Una década de sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000-2009: Montevideo: CLAP/SMR; 2011. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1580)

© Organización Panamericana de la Salud. CLAP/SMR, 2011

ISBN: 978-92-75-33150-7

1. Sífilis Congénita
 2. Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa
 3. Servicios de Salud Materno-Infantil
 4. Atención Prenatal
 5. Uruguay^sepidemiol
- I. Benía Wilson
II. Alemán Alicia
III Vázquez José

Sitio CLAP: <http://new.paho.org/clap>

BVS Mujer, Materna y Perinatal: <http://perinatal.bvsalud.org>

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva - CLAP/SMR
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud-OPS/OMS

Casilla de Correo 627, 11000 Montevideo, Uruguay
Teléfono: +598 2487 2929, Fax: + 598 2487 2593
postmaster@clap.ops-oms.org
Publicación Científica CLAP/SMR 1580
2011

Diseño: MONTINI DISEÑO

Impreso en:

Depósito Legal:

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, 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. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Las opiniones expresadas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores.

El secretariado y los consultores participantes han hecho todos los esfuerzos posibles para asegurarse que las indicaciones y las dosis que figuran en este documento sean correctas y, generalmente, recomendadas por las autoridades sanitarias y la literatura médica.

No obstante, se sugiere a los lectores que consulten las recomendaciones y las informaciones que periódicamente proporcionan las autoridades y los fabricantes de los productos.

© Organización Panamericana de la Salud. CLAP/SMR, 2011

Coordinadora:

Alejandra López Gómez

Autores:

Wilson Benía

Alicia Alemán

José Vázquez

ÍNDICE GENERAL

Prólogo	5
---------------	---

PARTE 1

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, DETERMINANTES SOCIALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Resumen ejecutivo.....	10
Introducción	13
Objetivos.....	17
Metodología	17
Resultados	20
Conclusiones y recomendaciones	52
Bibliografía citada	54

PARTE 2

EL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL COMO HERRAMIENTA PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SÍFILIS CONGÉNITA. POTENCIALIDADES Y OPORTUNIDADES PERDIDAS EN URUGUAY.

Resumen ejecutivo.....	61
Introducción	62
Objetivos.....	63
Marco conceptual	63
Metodología	66
Resultados	66
Conclusiones y recomendaciones	80
Bibliografía citada	81

PARTE 3

PLAN DE IMPACTO PARA DISMINUIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS (URUGUAY 2010 - 2015)

Justificación	88
Objetivo General.....	88
Población Objetivo.....	89
Marco lógico.....	91
Indicadores	95
Actores clave	95



ABREVIATURAS

ASSE:	Administración de los Servicios de Salud del Estado.
BPS:	Banco de Previsión Social.
CHPR:	Centro Hospitalario Pereira Rossell.
CLAP-SMR:	Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.
CS:	Centro de Salud.
DIGESA:	Dirección General de la Salud.
HI:	HIV/ITS.
HCPB:	Historia Clínica Perinatal Base.
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo.
ITS:	Infecciones de transmisión sexual.
JUNASA:	Junta Nacional de Salud.
MERCOSUR:	Mercado Común del Sur.
MSP:	Ministerio de Salud Pública.
MYSU:	Mujer y Salud en Uruguay.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
PNT:	Prueba no treponémica.
PT:	Prueba treponémica.
RAP-ASSE:	Red de Atención del Primer Nivel-Administración de Servicios de Salud del Estado
RN:	Recién nacido
RPR:	Prueba rápida de Reagina Plasmática.
SC:	Sífilis congénita.
SG:	Sífilis gestacional.
Sida:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIP:	Sistema Informático Perinatal.
SNIS:	Sistema Nacional Integrado de Salud.
TMI:	Transmisión materno infantil.
UNGASS:	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS.
URMA:	Unidad de Reconversión del Modelo de Atención.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

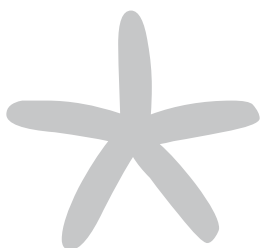
AGRADECIMIENTOS

Nuestro especial agradecimiento a la
Dra. Suzanne Serruya (CLAP/SMR/FCH/OPS)
por la elaboración y coordinación técnica
del proyecto global.

A los expertos que han realizado apoyo técnico:

Dr. Ricardo Fescina (CLAP/SMR/FCH/OPS)
Dr. Bremen de Mucio (CLAP/SMR/FCH/OPS)
Dr. Gerardo Martínez (CLAP/SMR/FCH/OPS)
Dr. Pablo Durán (CLAP/SMR/FCH/OPS)

A MYSU, Mujer y Salud en Uruguay,
por su contribución en
la realización de este estudio.



PRÓLOGO

En los últimos años los avances alcanzados en la atención de la salud, permitieron salvar vidas y mejorar la salud en las Américas pero los beneficios no fueron alcanzados igualitariamente en toda la Región que, por sus determinantes sociales diferenciales, necesitan esfuerzos múltiples y convergentes para que la equidad sea una realidad. Será también necesario agregar calidad, que es el inmenso desafío para la atención de la salud en todos los campos.

Una amenaza en la Salud Perinatal está representada por la sífilis congénita. Enfermedad muchas veces silenciosa, ligada además con el pecado original, no es más una preocupación ni de las mujeres ni de los profesionales de la salud. A pesar que esta vieja enfermedad tenga intervenciones costo-efectivas, su invisibilidad tiene un precio: nacen niños con sífilis congénita, ocurren abortos y muertes fetales y su epidemiología todavía tiene cifras por conocer, explicar y revertir.

Como fondo del problema, la evaluación siempre fue el Talón de Aquiles de los sistemas de salud. En la ecuación es fundamental analizar-decidir-implementar cambios o nuevas intervenciones. Todavía se está en los primeros pasos en la mayoría de los países.

La propuesta presentada en esta publicación es incluir políticas de evaluación permanente, sustentable y de bajo costo que permitan conocer en tiempo real las condiciones de salud de los países y de esa forma ayudar a cumplir con la resolución aprobada en el CD 50, "Estrategia y Plan de Acción para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en las Américas para el 2015".

El estudio presentado en este documento muestra que además de las políticas en marcha fue el uso de la Historia Clínica Perinatal y el software de análisis desarrollado (Sistema Informático Perinatal) utilizado como herramienta de vigilancia clínica lo que hizo visible el problema de la sífilis.

Como complemento en esta publicación al análisis cuantitativo, se suma una mirada cualitativa que da la dimensión del pensamiento de las mujeres que tuvieron hijos con sífilis congénita. En general, ellas acumulan fragilidades que las vuelven invisibles en los servicios de salud, volviéndose un círculo perverso que cuantos más problemas presentan más difícil es la obtención de atención.

Finalmente el estudio muestra la reacción positiva y oportuna de la buena gestión en salud con la implementación del Plan Nacional para la Eliminación de la Sífilis Congénita en Uruguay.

Dr. Ricardo Fescina – Director CLAP / OPS-OMS



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, DETERMINANTES SOCIALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ (COORDINADORA)
WILSON BENIA, ALICIA ALEMÁN Y JOSÉ VÁZQUEZ

RESUMEN EJECUTIVO

La sífilis gestacional (SG) y la sífilis congénita (SC) han cobrado especial atención en la última década en Uruguay y en la región. Configuran un problema de salud pública por la afectación directa a las mujeres y los recién nacidos, siendo una enfermedad para la cual se dispone de tratamientos asequibles, eficaces y de bajo costo. El imaginario social predominante en el sector sanitario y en la población, la visualiza como una enfermedad erradicada, lo cual refuerza las barreras para su prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno.

La SG y la SC interpelan los modelos de atención en salud y la necesidad de implementar estrategias integrales en salud sexual y reproductiva (SSR) para la promoción de una vida sexual placentera y responsable; la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la promoción de maternidades y paternidades elegidas. En este marco se impone la necesidad de intervenciones integrales tomando como base las recomendaciones de la Iniciativa para la Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la SC en América Latina y el Caribe, impulsada por OPS (2005).

Los objetivos planteados en el presente estudio fueron:

1. Analizar las medidas de política pública en Uruguay para la eliminación de la SG y SC en el período 2000 - 2009.
2. Analizar la evolución epidemiológica de la SG y SC a nivel nacional en los últimos años.
3. Identificar y analizar los determinantes sociales, y subjetivos implicados en la SG y SC, desde la perspectiva de las propias mujeres infectadas.
4. Elaborar recomendaciones para el diseño de políticas públicas tendientes a la definición e implementación de un modelo de intervención integral para la eliminación y la prevención de la SG y SC en Uruguay.

La metodología se basó en un diseño mixto mediante el uso de técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa. Para el análisis de las políticas públicas, se realizó una búsqueda sistemática y análisis documental que incluyó decretos, leyes, reglamentaciones, normas, programas y recomendaciones elaboradas a nivel nacional (generadas a partir del Ministerio de Salud Pública, ASSE e IMM, así como por organizaciones no gubernamentales) y documentos regionales e internacionales. Para estudiar la evolución de la situación epidemiológica se apeló a entrevistas a responsables institucionales y al análisis de diversas fuentes con diferentes niveles de cobertura: Consolidado Nacional del Sistema Informático Perinatal (SIP), Reporte del Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP), Reportes de los Laboratorios Clínicos del País al laboratorio de Higiene Pública, Análisis de la base SIP del CHPR, entre otros. En lo que respecta a determinantes sociales y subjetivos, se realizó un estudio exploratorio de tipo descriptivo – analítico a través de entrevistas en profundidad a nueve mujeres internadas con SG con recién nacidos con diagnóstico de SC. El muestreo intencional teórico buscó incluir casos paradigmáticos del perfil epidemiológico de las mujeres internadas con SG en el puerperio inmediato en el CHPR. Se buscó conocer los determinantes, mecanismos, rutas, contextos y procesos que inciden en la adquisición y transmisión de la enfermedad; los significados a ella asociados; el vínculo afectivo de la mujer con el embarazo y el recién nacido; el vínculo con el progenitor y con otros contactos sexuales; el impacto emocional de la confirmación del diagnóstico; entre otros tópicos.

Los resultados más relevantes en el campo de las políticas públicas, mostraron un itinerario en la respuesta institucional del sector salud al problema de la SG y SC, en la que se pueden distinguir tres etapas: a) 1999 – 2000: donde predominaron los efectos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD); la salud reproductiva colonizaba el discurso de la salud sexual quedando ésta subsumida a la primera; la salud sexual estaba claramente conectada con las ITS y éstas, a su vez, dominadas por la problemática del VIH Sida. Salvo por iniciativas aisladas, la SC y SG eran invisibles. b) 2001 – 2004: donde se inició el proceso de integración de las ITS y el VIH-Sida al campo de la SSR, pero sin destacar la sífilis en particular. Las prácticas institucionales mostraban vaivenes notorios: ausencia de toda referencia a la sífilis en las Normas de Atención Integral de la Salud en la Adolescencia publicadas en ese período y por otro lado, la inclusión la SC en el Grupo A de notificación obligatoria (Decreto N° 64/004), sin integrar la notificación de la sífilis del adulto. c) 2005 – 2010: donde la SC y la SG aparecieron como un eje temático propio en las políticas públicas, a veces enmarcado en el campo de la SSR y a veces en el campo de la salud materno infantil. El Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género y el Programa Prioritario de ITS – Sida (MSP) generaron líneas programáticas, normativas y guías clínicas en distintos componentes de la SSR y las ITS – VIH-Sida. La SC y la SG adquirieron creciente visibilidad hacia el año 2008, producto de la evidencia disponible sobre el incremento sostenido de su incidencia identificado en el puesto centinela del CHPR a partir del SIP. Se creó la Comisión Nacional para la Eliminación de la SC que impulsó en 2009 proyectos piloto a nivel territorial. ASSE generalizó el uso de los test rápidos de VIH y sífilis, tratamiento oportuno y consejería en todos los efectores y servicios de emergencia del primer nivel y el CHPR en Montevideo y parte de la región metropolitana.

Respecto a la situación epidemiológica se constató un déficit en la notificación en los organismos oficiales de vigilancia: 231 casos VDRL + en sangre del cordón reportados al Dpto. de Vigilancia del MSP en 2008 desde todo el país, mientras que sólo en el CHPR, en el mismo año, con el SIP se habían identificado 315 casos. La cobertura del SIP aumentó progresivamente desde 2004 (69,4% de los nacimientos ocurridos en el país) al 2008 (86,9%). Sin embargo, la proporción de registros del SIP sin consignación de datos de VDRL en sangre de cordón, se mantuvo en el entorno del 30% sin modificaciones significativas. Se observó una tendencia ascendente en la incidencia de VDRL + en sangre de cordón del RN de 152 casos en 2004 (0,4%) a 315 casos en 2008 (0,8%). Debe señalarse que la meta planteada por la OPS es de 0,5 casos de SC por cada 1000 nacidos vivos. Del mismo modo evolucionó la prevalencia en mujeres embarazadas con al menos un VDRL + durante su gestación: 255 casos en 2004 (0,7%) y 552 en 2008 (1,3%). El subsector público de Montevideo fue el que presentó índices más elevados con un 2,6% de serología luética positiva en embarazadas y el 1,9% de RN con VDRL + en sangre de cordón. Más allá de cierto subregistro presumible en los datos, los departamentos que mostraron mayores tasas de incidencia de VDRL + en RN fueron Cerro Largo, Montevideo, Maldonado y Río Negro.

En cuanto a los determinantes sociales y subjetivos algunos se evidencian a partir del perfil sociodemográfico y sanitario predominante de las mujeres entrevistadas: trabajo remunerado precario o desocupadas, situación conyugal de unión concubinaría, nivel educativo bajo o medio bajo, inicio de la reproducción en adolescencia; captación tardía del embarazo. Algunas mujeres presentaron factores de mayor riesgo como antecedentes de violencia doméstica y sexual, consumo de PBC, situación de calle o trabajo sexual. La identificación de los factores que producen que una mujer se infecte de sífilis durante el embarazo, implica analizar los determinantes sociales (de género, clase, generación, étnico raciales) que al conjugarse generan un escenario de desigualdad propicio para que ello tenga lugar.

Las reacciones emocionales predominantes en las mujeres frente al diagnóstico son perplejidad, angustia, enojo, estupor, vergüenza, temor por el VIH – sida y alivio ante el diagnóstico de sífilis, en especial frente a la información que la enfermedad tiene cura. La sífilis confronta los pilares del imaginario social sobre el vínculo amoroso, cuestiona el mito del amor romántico que se configura como barrera para la prevención. Las mujeres disponen de información vaga y confusa sobre la sífilis, percibida como una enfermedad del pasado. Persiste una visión higienista que se impone como barrera para la prevención: el acto sexual – suciedad, las

acciones de "higienizarse" son vividas como protectoras del riesgo de enfermedad. Las fuentes principales de información son la transmisión generacional familiar: madres, abuelas, padres. Los servicios de salud no son referentes de prevención para estas mujeres. Los sentimientos predominantes ante la situación fueron: la frustración por sentirse engañadas por sus parejas, miedo por las consecuencias en el recién nacido, temor frente a la sanción social y familiar por poner en riesgo al hijo asumiendo el estatuto de "mala madre". Se destacan algunas representaciones y sentimientos sobre el embarazo y el recién nacido. Embarazos no buscados que ocurren fuera del control de la mujer: el embarazo "vino" (algo externo, indomable, inesperado), denotando escasas condiciones de posibilidad para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. La tensión entre el deseo - no deseo de hijo es relevante para analizar la actitud ante el cuidado del embarazo. La relación entre embarazo no buscado y no deseo de hijo es poderosa y opera para el no cuidado y atención prenatal. La confirmación de VDRL positivo en el RN impacta emocionalmente y hace cambiar la relación con el hijo en base a la culpa, el autorreproche y la valoración negativa de sí mismas como madres. Se pone en juego el mandato de la buena madre: preocupación por la salud del RN, responsabilidad por su cuidado, altruismo. Con respecto a las parejas sexuales, las relaciones amorosas transcurren en condiciones de desigualdad. Algunos varones no se reconocen como progenitores y no asumen la paternidad. Las mujeres muestran sentimientos ambivalentes hacia sus parejas (amor/odio; ilusión / rechazo; dependencia afectiva / abandono) una vez confirmado el diagnóstico. Se observaron dificultades para dialogar sobre la vida sexual y sobre la sífilis en la pareja; así como para comunicar el diagnóstico positivo; cierto desinterés en contactar a la persona para el tratamiento, configurando una barrera para las intervenciones preventivas y curativas hacia los hombres a través de las mujeres.

El análisis de la información generada permite avanzar en algunas recomendaciones. Es necesario dar continuidad, amplitud y profundidad a las medidas que se iniciaron hacia el año 2008. De allí que resulte fundamental articular una serie de acciones en el marco de una Estrategia Nacional e Intersectorial para la Prevención y la Erradicación de la Sífilis gestacional y la sífilis congénita que recoja la experiencia desarrollada hasta el momento así como las recomendaciones realizadas por OMS y OPS (2005).

En tal sentido, las recomendaciones que surgen del estudio están dirigidas a incluir la Estrategia Nacional en un plan nacional e intersectorial sobre salud sexual y reproductiva, desde una visión de APS, intersectorial, de género y de derechos, con acciones dirigidas a los servicios de salud, al sistema de información en salud, a los y las profesionales y funcionarios de los servicios, a las mujeres en edad reproductiva, a los hombres en general, a las instituciones formadoras de profesionales, a los y las investigadores y a los medios de comunicación y periodistas.

INTRODUCCIÓN

El problema de la sífilis congénita (SC) ha cobrado especial atención en la última década en Uruguay y en la región debido a las evidencias disponibles sobre su creciente incidencia (1) (2) (3). Su definición como problema de salud pública se justifica debido a la afectación directa a las mujeres y los recién nacidos, siendo una enfermedad para la cual se dispone de tratamientos asequibles, eficaces y de bajo costo. Sin embargo, la percepción de ser una enfermedad erradicada parecería haber prevalecido en el sector sanitario y en la población, operando como barrera para su prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno (4) (5) (6).

La presencia de la SC interpela los modelos de atención en salud y la necesidad de implementar estrategias integrales en salud sexual y reproductiva (SSR) para la promoción de una vida sexual placentera y responsable; la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la promoción de maternidades y paternidades elegidas. La SC es la constatación de la existencia de una mujer embarazada con sífilis que no fue oportunamente diagnosticada y tratada y/o cuyo embarazo no fue atendido tempranamente o de manera adecuada. Denuncia que el vínculo sexual en las parejas (ocasionales o estables) no se basa en acuerdos de cuidado mutuo y en relaciones igualitarias entre mujeres y varones en el campo de la vida sexual y reproductiva.

Las consecuencias de la sífilis gestacional (SG) son conocidas. Entre un 50 % y un 80 % de los embarazos con infección por sífilis sin adecuado tratamiento culminarán en forma adversa, pudiendo producir aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita (3).

En América Latina y el Caribe la mediana de prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 3,9 %, con países ubicados en 0,7 % y otros en 7,2 %. Se calcula que en la región se producen 460.000 casos de SG y se estiman entre 164.000 y 344.000 casos de SC (3). Las evidencias disponibles ubican el bajo nivel educativo y la ausencia de controles prenatales como los principales predictores de la SG (7).

Si bien algunos países de la región han realizado progresos importantes hacia la erradicación de la transmisión materno - infantil (TMI) de la SC, en otros existen importantes deficiencias. La iniciativa impulsada por OPS y UNICEF para la eliminación de la TMI del VIH y de la SC en América Latina y el Caribe, constituye una herramienta conceptual y metodológica relevante para el desarrollo de políticas públicas en salud basadas en un enfoque de atención primaria, integralidad, género y derechos.

Desde 1994, la OPS en la 24a Conferencia Sanitaria Panamericana convocó a redoblar esfuerzos para la eliminación de la SC considerado un problema de salud pública en las Américas. Al año siguiente se formuló el Plan de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita durante la 116ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS. En el año 2005, OPS publica el Marco de Referencia para la eliminación de la Sífilis Congénita América Latina y el Caribe. En el 2006, OPS/OMS y UNICEF lanzaron la Iniciativa Conjunta para fortalecer la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y de la SC y en el 2008, ambos organismos desarrollaron una consulta técnica durante la XVII Conferencia Internacional sobre Sida, con las autoridades de salud pública, expertos en VIH y de salud materno infantil, donde se instó a superar los retos existentes en la prestación de servicios - en particular la verticalidad de los programas - y avanzar hacia la integración de los servicios de VIH y SSR en la atención prenatal. En el 2009, OPS junto con UNICEF y ONUSIDA organizaron la reunión del grupo técnico de trabajo para la Eliminación de la transmisión vertical del VIH y SC en el Caribe. Ese mismo año, OPS/OMS con la participación de UNICEF y ONUSIDA organizaron una consulta técnica que reunió a responsables de programas de SSR y de programas de ITS/VIH y Sida de 10 países de la región para la identificación de las barreras existentes para avanzar hacia eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y la SC y el desarrollo de indicadores para monitorear este avance (7).

A nivel nacional, el incremento de la SG y la SC se puso de manifiesto, fundamentalmente, a través de los datos del centro centinela para la vigilancia de esta patología, el Centro Hospitalario Pereira Rossel (CHPR). La información obtenida por las autoridades de dicho centro, a través del análisis de la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) entre los años 2004 y 2008 mostró un incremento gradual de la SC según datos de resultado del VDRL de cordón umbilical. Anteriormente, los datos de un estudio para el período 1996 – 2002 sobre la incidencia de la SC en la población total de embarazadas del CHPR fue de 7,8 %. Esta investigación señaló como factores favorecedores de la SG y SC: el no control del embarazo; adquisición de la SG durante el último mes de embarazo; tratamiento realizado en el último mes de embarazo o no realización de tratamiento a pesar del diagnóstico positivo (8).

Un asunto crítico es el diagnóstico y tratamiento de las parejas sexuales de las mujeres. En un estudio sobre la situación de la sífilis en 20 países de ALC para el año 2006, se constató que la atención y tratamiento de las parejas no alcanzó el 25% de los casos en la mayoría de los países (9). En el caso de Uruguay, se dispone de escasa información. En un estudio realizado en el Servicio de Recién Nacidos del CHPR en el año 2008, se reportó el tratamiento al 17% de las parejas sexuales de las mujeres atendidas con SG (5).

Para el control de la SG y la SC se requiere conocer su magnitud así como identificar y conocer los determinantes sociales que inciden en su prevalencia, lo cual permitirá definir estrategias nacionales para su erradicación desde una perspectiva integral de la SSR y de la salud neonatal, que superen las acciones verticales, se basen en la promoción de derechos y en la prevención, detección oportuna y tratamiento de esta enfermedad. La vigilancia ayuda a identificar de manera precisa los casos de SG y SC. También es un aspecto clave para realizar una evaluación sobre las barreras que operan para que las mujeres y varones no tomen las medidas preventivas adecuadas o no cuenten con condiciones para ello.

Un estudio sobre opinión, comportamiento y prácticas en población general realizado en el país entre los años 2007 y 2008 reportó que 88 % de los respondientes definieron a la sífilis como una ITS, 84 % declaró conocer que se previene mediante uso de preservativo, 74 % reportó que se cura mediante antibióticos y 59 % respondió que la mujer embarazada lo puede transmitir al feto. Mientras tanto, 31 % respondió que es una enfermedad que ya no existe y 21 % que no tiene cura (5).

Algunas de las barreras identificadas para la persistencia de la enfermedad como un problema de salud pública en el país son el inadecuado control o no control del embarazo (especialmente en zonas periféricas); la escasa implementación sistemática de la implementación de la normativa de tamizaje a mujeres embarazadas y en el momento del parto; escasa o nula captación de la pareja sexual, su diagnóstico y tratamiento; el desconocimiento de la mujer a exigir el diagnóstico de VIH y sífilis en el control prenatal; la actitud del personal de salud que no lleva a la prevención de la SC y la mala instrumentación del seguimiento del RN y su madre con sífilis (5).

Para revertir esas barreras, es necesario definir acciones integrales e intersectoriales dirigidas hacia mujeres y varones adolescentes y adultos y hacia profesionales de la salud, buscando promover en la población el pleno conocimiento, apropiación subjetiva y ejercicio del derecho a la salud y a la SSR, en particular.

DEFINICIONES OPERATIVAS

A continuación se presentan las definiciones de sífilis gestacional (SG) y sífilis congénita (SC) elaboradas por OPS (2005), que se han adoptado en este estudio.

Sífilis gestacional *“Toda mujer embarazada, puérpera o con aborto reciente con evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas*

rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20a semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) para sífilis durante la presente gestación."

La confirmación de infección sifilítica sólo se puede obtener con dos pruebas, una no treponémica y otra treponémica. A pesar de esto, para disponer de una definición de caso muy sensible, se considera sífilis cuando el resultado de cualquier prueba disponible (treponémica o no treponémica) es positivo/reactivo. Las pruebas más utilizadas en la región son: a) no treponémicas, el método del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL); Reagina Plasmática Rápida (RPR) y b) pruebas treponémicas: ensayo de microaglutinación de anticuerpos a *T. pallidum* (MHA-TP); ensayo de anticuerpos hemaglutinantes contra *T. pallidum* (TPHA); aglutinación de partículas de *T. pallidum* (TP-PA) y la prueba rápida (técnica diagnóstica en tiras que utiliza sangre entera basada en la utilización de proteínas del treponema como antígeno y tiene un tiempo de lectura de 1-3 minutos).

Sífilis congénita: Para fines de vigilancia epidemiológica, el criterio recomendado para definir un caso de sífilis congénita debe incluir:

- Todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica (úlceras genitales o lesiones compatibles con sífilis secundaria) y/o con prueba treponémica (incluidas pruebas treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente.
- Todo neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre o lo que equivale a un cambio en dos diluciones o más de los títulos maternos (por ejemplo, de 1:4 en la madre a 1:16 en el neonato).
- Todo niño con una o varias manifestaciones clínicas sugestivas de SC al examen físico y/o evidencia radiográfica de SC y/o resultado positivo de una prueba treponémica o no treponémica. Las manifestaciones clínicas sugestivas de SC son: distrofias, neumopatías, laringitis (llanto ronco y continuado), gastroenteritis, hepatoesplenomegalia, osteocondritis de huesos largos al examen radiológico, rinitis mucopurulenta, pseudoparálisis, ictericia y/o anemia, lesiones muco-cutáneas (pápulas, placas infiltradas rojizas en región peribuca, miembros, palmas, plantas, perianales y perigenitales, roseolas, ampollas palmoplantares).
- Todo producto de la gestación con demostración de *T. pallidum* por campo oscuro, inmunofluorescencia u otra coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia.

Diagnóstico de sífilis congénita. El diagnóstico de la SC se complica por la transferencia placentaria de la madre al feto de anticuerpos treponémicos y no treponémicos. Esta transferencia de anticuerpos hace que la interpretación de las pruebas serológicas reactivas para la sífilis en niños sea difícil de realizar. (10). Con frecuencias las decisiones de tratamiento debe hacerse sobre la base de:

- identificación de la sífilis en la madre;
- adecuación del tratamiento de la madre;
- presencia de laboratorio clínico o evidencia radiográfica de sífilis en el niño;
- comparación de los títulos serológicos no treponémicos de la madre (en el parto) y del niño mediante el uso de la misma prueba y preferentemente del mismo laboratorio.

Todos los niños nacidos de madres que tienen resultados de pruebas treponémicas y no treponémicas positivas deben ser evaluados con una prueba serológica no treponémica cuantitativa (RPR o VDRL) realizada en suero del recién nacido, porque la sangre de cordón umbilical puede contaminarse con la sangre materna y

podría dar un resultado falso-positivo. La realización de una prueba treponémica en suero de recién nacido no es necesaria. Si es posible, la dosificación de IgM de FTA puede estar indicada.

Todos los recién nacidos de mujeres que tienen pruebas serológicas reactivas para la sífilis deben ser examinados a fondo para detectar pruebas de SC (por ejemplo, la hidropesía no inmune, ictericia, hepatoesplenomegalia, rinitis, erupción cutánea y / o seudoparálisis de una extremidad). El examen patológico de la placenta o del cordón umbilical mediante el uso de tinciones antitreponemas fluorescentes específicas, está aconsejado.

Los siguientes escenarios describen la evaluación y tratamiento de los niños de con sospecha de SC:

Escenario 1. Recién nacido con enfermedad probada o altamente probable.

- Examen físico anormal que es consistente con SC.
- Título serológico de anticuerpos no treponémicos cuatro veces mayor que los títulos de la madre.
- Campo oscuro positivo o prueba de anticuerpos fluorescentes positivos en fluidos del cuerpo.
- Se debe realizar evaluación extensiva y tratamiento.

Escenario 2. Recién nacido con un examen físico normal y un nivel de títulos serológicos no treponémicos iguales o menores de cuatro veces el valor materno y:

- la madre no fue tratada, lo fue de forma inadecuada o no tiene documentación de haber recibido el tratamiento;
- la madre fue tratada con eritromicina u otros régimen de nonpenicillin o
- la madre recibió un tratamiento menos de 4 semanas antes del parto.
- Se debe realizar evaluación extensiva y tratamiento.

Escenario 3. Recién nacido que tiene examen de serología no treponémica cuantitativa a títulos iguales o menores de cuatro veces la de la madre y

- la madre fue tratada durante el embarazo, el tratamiento fue apropiado para la etapa de la infección y se realizó 4 semanas antes del parto, y
- la madre no tiene evidencia de reinfección o recaída.
- No se requiere evaluación extra ni tratamiento.

Escenario 4. Recién nacido que tienen un examen físico normal y serología no treponémica cuantitativa a títulos iguales o menores de cuatro veces la madre y

- el tratamiento de la mujer antes del embarazo era adecuado y
- los títulos serológicos no treponémicas de la madre se mantuvieron bajos y estables antes y durante el embarazo y el parto (VDRL <1:2; RPR <1:4).
- No se requiere evaluación ni tratamiento.

OBJETIVOS

A los efectos de abordar distintas dimensiones implicadas en la realidad de la sífilis gestacional y sífilis congénita en el país, el estudio se propuso los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las medidas definidas en materia de política pública para la eliminación de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en Uruguay en el período 2000 - 2009.
2. Analizar la evolución epidemiológica de la sífilis gestacional y la sífilis congénita a nivel nacional en los últimos diez años.
3. Identificar y analizar los factores y determinantes sociales, subjetivos, sanitarios y culturales implicados en la sífilis gestacional y la sífilis congénita, desde la perspectiva de las propias mujeres infectadas.
4. Elaborar un conjunto de recomendaciones de política pública para la definición e implementación de un modelo de intervención integral para la eliminación de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en Uruguay.

METODOLOGÍA

El estudio tuvo un diseño metodológico mixto que combinó diferentes fuentes y técnicas de investigación de tipo cuantitativo y cualitativo por entender que esta estrategia es la que mejor permite acceder al conocimiento del objeto de estudio.

Para analizar las medidas de política pública nacional en salud, dirigidas a prevenir y erradicar la SG y SC, se utilizó como técnica el análisis documental realizando una búsqueda sistemática de decretos, leyes, reglamentaciones, normas, programas y recomendaciones elaboradas a nivel nacional y complementariamente, a nivel regional o internacional. Se revisó y sistematizó la información encontrada de acuerdo a categorías preestablecidas y ejes temáticos identificados. La búsqueda se centró en el período 2000-2009, analizando e interpretando la información encontrada desde la perspectiva de la salud pública.

Se consultaron las siguientes fuentes: publicaciones de OPS-OMS y otras agencias del Sistema de Naciones Unidas; documentos y normativas elaboradas por el Ministerio de Salud Pública (MSP), por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y por la División Salud de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM); documentos producidos por organizaciones no gubernamentales y estudios publicados por investigadores/as.

Para el análisis de la evolución epidemiológica de la SG y la SC se buscó conocer la magnitud del problema, caracterizar la población portadora de esta patología; geo-referenciar la población de interés por departamento; explorar la factibilidad de comparar la incidencia de la enfermedad reportada por los laboratorios clínicos que realizan test de VDRL y la obtenida a través del análisis de las bases del SIP (desagregándola por departamentos y subsector) y evaluar la proporción de VDRL positivo validados con un FTA.

Para este componente del estudio se optó como definición operacional de caso de SG, la existencia de un examen de VDRL positivo materno en algún momento del embarazo. La falta de información en relación a la

presencia de pruebas treponémicas y de tratamiento realizado, no nos permitieron contar con un instrumento diagnóstico más adecuado que este examen para la estimación de la prevalencia. Para la SC, la definición operacional utilizada se basó en la presencia de VDRL positivo en sangre del cordón. Al igual que ocurrió con la SG, para el RN no se contó con información de pruebas treponémicas ni de tratamiento materno ni de título de anticuerpos no treponémicos que permitieran una mejor aproximación al diagnóstico.

Para poder conocer la magnitud de la SC y SG en el país, se definió la indagación de diferentes bases de datos disponibles que, de acuerdo a un modelo jerárquico basado en el nivel de cobertura de los partos ocurridos en el país, se ordenaron de acuerdo al modelo presentado en la siguiente figura.



FIGURA 1. Fuentes de información consultadas para la estimación de la sífilis congénita y gestacional, según nivel de cobertura de partos en el país. Uruguay, 2010. Elaboración propia.

Para la revisión del Consolidado Nacional del Sistema Informático Perinatal (SIP) se solicitó a las autoridades del Departamento de Epidemiología del MSP el consolidado nacional del SIP para el período 1999 al 2007, de modo de obtener la prevalencia de VDRL positivo en sangre materna y sangre del cordón de RN. De la base del 2004 se solicitaron además análisis que permitieran la caracterización de la población. El consolidado nacional del 2008 se solicitó al Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS).

El Departamento de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP) recibe las denuncias de casos de SC ocurridos en todo el territorio nacional y a partir del año 2009, las denuncias de todos los casos de SG ocurridos fundamentalmente en las maternidades de Montevideo y de los hospitales del interior del país.

El Laboratorio Nacional de Higiene Pública es el encargado de la realización de los estudios de detección de sífilis correspondientes a todos los usuarios de ASSE (a excepción del CHPR). Recibe también información de los laboratorios de los hospitales del interior del país y se encarga de controlar la calidad de la realización de

los test treponémicos y no treponémicos en dichos hospitales. La información obtenida se obtuvo a través de una entrevista realizada al Dr. Puime, director de la institución.

El CHPR, la maternidad más grande del país y centro centinela para la vigilancia de la SC y SG hasta el año 2009, cuenta con una base del SIP que abarca aproximadamente el 100% de los partos asistidos en dicho hospital.

Con el cometido de obtener información sobre publicaciones que estimaran, al menos parcialmente, la prevalencia de sífilis, se realizó una búsqueda de artículos científicos nacionales publicados, presentaciones a congresos y monografías. Para la misma se consultaron fuentes de datos electrónicos que incluyeron: base de datos de monografías de Facultad de Medicina (UDELAR), publicaciones de los programas del MSP (Vigilancia epidemiológica, ITS-Sida, Salud de la Mujer y Género, Salud del Niño), publicaciones en la Revista Médica del Uruguay, en la Revista de Pediatría del Uruguay y en la base de datos electrónica de Centros de Documentación y Bibliotecas que integran la Red Biomédica. Las palabras utilizadas para realizar una búsqueda lo más sensible posible fueron: sífilis, lues, congénita, materna, connatal. Se realizó también una búsqueda en la base electrónica de Lilacs utilizando las palabras claves: sífilis congénita Uruguay.

Para la caracterización de la población portadora de SG y SC y su geo-referenciación por departamento, se realizó un análisis del Consolidado Nacional de las bases del SIP para los años 1999 al 2008 con el fin de analizar el perfil demográfico y epidemiológico de la población portadora de la enfermedad. Se analizó la distribución por departamentos y su evolución en el tiempo con el fin de identificar comportamientos diferentes de la enfermedad por zona y años. Se compararon los resultados de prevalencia obtenidos en una y otra fuente de datos.

Para la base del CHPR se solicitó la distribución de casos VDRL positivos y negativos según algunas variables potencialmente explicativas.

Para explorar la factibilidad de comparar la incidencia de la enfermedad reportada por los laboratorios clínicos que realizan test de VDRL y la obtenida a través del análisis de las bases del SIP, se solicitaron datos al Laboratorio del CHPR en relación a los VDRL positivos obtenidos en RN y madres, pruebas treponémicas y títulos de los mismos.

Para identificar y conocer los determinantes sociales y subjetivos asociados a la SG y SC, se diseñó un estudio cualitativo exploratorio de tipo descriptivo – analítico en base a entrevistas en profundidad a mujeres internadas con SG y recién nacidos con diagnóstico de SC. Se definió un muestreo intencional teórico que buscó incluir casos paradigmáticos del perfil epidemiológico de las mujeres internadas con SG en el puerperio inmediato en el CHPR. Lo que se buscó fue conocer y comprender los significados asociados a la SC y la SG en estas mujeres, las rutas para su adquisición y su transmisión materna, el vínculo con el embarazo y el recién nacido, el vínculo con el progenitor y con otros contactos sexuales, el impacto de la confirmación del diagnóstico, sus condiciones de vida familiar y social, sus proyectos de vida, entre otros asuntos. Se planificó realizar cinco entrevistas en profundidad que incluyeran a mujeres de distintas edades, niveles educativos bajo y medio, con y sin pareja estable y con y sin antecedentes de SG. Para nivel educativo se tomó como criterio los años de escolaridad. El nivel educativo bajo se definió en base a años de instrucción: nivel educativo bajo, primaria completa e incompleta y el nivel educativo medio, secundaria incompleta y completa.

Se elaboró una pauta de entrevista donde se buscó indagar los factores sociales, familiares, subjetivos, económicos y culturales asociados a la SG y SC y su eventual repetición. Se buscó conocer los procesos, mecanismos y determinantes que inciden en la adquisición y transmisión de la enfermedad, así como los significados asociados a la sífilis en las mujeres. Resultó de particular interés conocer la relación de las mujeres con sus parejas sexuales, las posibilidades o no de negociación sexual en el uso del condón, indagar sobre

situaciones de violencia doméstica y sexual asociadas, los niveles de autonomía de las mujeres, las condiciones para el ejercicio de derechos, entre otros asuntos. Se elaboró una ficha sociodemográfica de datos de cada mujer y se realizó una revisión de historias clínicas para completar información.

Las entrevistas fueron realizadas durante los meses de mayo y junio. Fueron grabadas para su posterior transcripción, codificación y análisis para lo cual se utilizó el paquete informático Atlas – Ti V. 6.1.

Se tomaron los recaudos éticos que aplican a la investigación con seres humanos vigentes en nuestro país: protección de la identidad en el tratamiento de los datos, confidencialidad de la información y consentimiento informado de las mujeres para su participación en la entrevista. El estudio obtuvo el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Finalmente, en base a una estrategia metodológica de triangulación de fuentes, técnicas e investigadores, se realizó una discusión de los resultados obtenidos en cada componente del estudio.

RESULTADOS

LA RESPUESTA INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD AL PROBLEMA DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA

La nueva generación de reformas desarrolladas en la región en los últimos años – y que muestran parámetros renovadores que permiten discriminarlas de las impulsadas por el empuje neoliberal de fines del siglo XX-, resitúan el rol del Estado, vinculándolo como un actor relevante en la construcción de políticas públicas. Integran al sector salud en la agenda de intervenciones contra la pobreza y muestran preocupación por campo de la SSR, desde una perspectiva de género y de derechos. Incluso las instituciones multilaterales (Banco Mundial, FMI, etc.) han modificado el perfil de sus planteos, impulsando "políticas sociales" clásicas en el campo de la reducción de la pobreza y la protección social (11).

A su vez, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de mujeres, grupos de consumidores, movimiento de usuarios, sindicatos, entre otros han desarrollado estrategias de incidencia política y social para legitimar sus agendas, posicionarse como interlocutores válidos para definir necesidades y prioridades, así como controlar la asignación y ejecución de recursos (12).

Se impone así una noción del Estado en tanto articulador de políticas públicas, entendidas como un conjunto de decisiones del Estado frente a asuntos o problemas de la sociedad en tanto asuntos de interés general y que inciden en los procesos de desarrollo. Este conjunto de decisiones actúan como criterios orientadores, de carácter integral, que permiten respuestas articuladas y oportunas, con coherencia y eficacia, frente a diferentes problemáticas de la sociedad. El carácter de "públicas" está dado específicamente por abordar asuntos de interés general definidos y priorizados por el gobierno en conjunto con diferentes actores sociales. Los aspectos vinculados a la atención de la salud y la organización sanitaria, se presentan como un típico ejemplo en el que gobierno y sociedad civil enfrentan conjuntamente problemas colectivos.

El carácter público se reafirma además por la participación social que incluye procesos de toma de decisiones de distintos actores (organizaciones sociales, sector privado y administración pública, ministerios y organismos gubernamentales) apoyándose asimismo en el saber técnico y científico y en el conocimiento interdisciplinario sobre la atención a la salud y sus determinantes (13).

En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública (MSP) es el organismo rector en las políticas nacionales de salud. Se buscó identificar el tratamiento que la SG y SC ha tenido en su agenda de prioridades y en la consensuada con otros actores relevantes en el campo de la salud en el período 2000 – 2009.

En el análisis de la documentación disponible se pudo observar, lo que se podría definir como un cierto "itinerario" de la sífilis, habiéndose identificado características, relevancia, base conceptual y ejes estratégicos de las políticas públicas sobre sífilis en general y SC y SG, en particular. En algunos casos, la documentación analizada es explícita respecto a estos aspectos. En otros, debieron extraerse conclusiones a partir de la ausencia, lo no dicho o de la ubicación tangencial o marginal de la temática en un conjunto de asuntos que evidencian otras prioridades.

Se ordenó el material en tres grandes grupos en función del momento de su elaboración, tomando en cuenta un período finalmente poco mayor a 10 años: a) 1999 – 2000, b) 2001 – 2004 y c) 2005 –2010. En la búsqueda bibliográfica y documental se encontró material previo al criterio temporal definido. En algunos casos, por su relevancia académica, social o política se optó por incluir sus principales referencias. Esta delimitación temporal no pretende desconocer la historicidad y el "continuo" de respuestas institucionales y acciones del sector salud que se han producido en el país desde tiempos que se remontan a fines del siglo XIX y comienzos del XX, tal como ha sido documentado, por ejemplo, a través de los estudios del profesor J. P. Barrán (14).

a) Período 1999 – 2000

En este período, los documentos muestran los ecos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (15) y su instancia evaluatoria conocida como Cairo + 5, que tuvo lugar en la sede de Naciones Unidas en Nueva York en junio de 1999 y a la cual el país participó con una delegación oficial integrada por representantes de gobierno y de organizaciones de la sociedad civil.

21

En Uruguay se comenzaron a implementar programas en SSR en la órbita del MSP (Programa Maternidad y Paternidad Elegida) y se profundizó y se amplió la implementación a nivel municipal en Montevideo del Programa de Atención Integral a la Mujer. Los documentos que dan surgimiento a estos programas o aquellos que se elaboraron desde las organizaciones de mujeres para su monitoreo y seguimiento (16), no incorporaron específicamente el tema de la sífilis en general, ni la SC y SG en particular. La SSR estaba fuertemente circunscripta al derecho a decidir de las personas y de las mujeres en particular, sobre el número y espaciamiento de los hijos. En tal sentido, el acceso a servicios de anticoncepción y a métodos anticonceptivos asequibles y de calidad fue colocado en el centro de la escena y de la demanda social en materia de SSR. La salud reproductiva colonizaba el discurso de la salud sexual quedando ésta subsumida a la primera (17). Por su parte, la salud sexual estaba claramente conectada con las infecciones de transmisión sexual (ITS) y éstas, a su vez, dominada por la problemática del VIH –Sida. A punto tal que la preocupación por el control de las ITS estaba claramente vinculada a que su presencia aumentaba la probabilidad de transmisión del VIH, ya que "muchas de las enfermedades de transmisión sexual producen úlceras, alteraciones e irritaciones de la mucosa que facilitan la penetración del virus" (18). En la gran mayoría de los documentos sólo se registran referencias a la problemática de Sida al margen del campo de la SSR. Los temas centrales relacionados eran el acceso al preservativo, al tratamiento antirretroviral y la necesidad de líneas de promoción y educación para la salud.

La sífilis era referida en las estadísticas dentro del conjunto de enfermedades de notificación obligatoria, sin ningún destaque particular y en algunos casos, también allí era omitida (19) (20) (21).

La SC y SG eran invisibles. La excepción lo constituyó una iniciativa de la Dirección de Enfermedades de Transmisión Sexual (MSP) que, en 1998 empezó a trabajar en forma independiente, aunque coordinada, con

el Programa Nacional de Sida, para la "elaboración de un programa de erradicación de la Sífilis congénita, con base en el primer nivel de atención, en coordinación con el Servicio de Salud de Asistencia Externa" (22). Esta acción tenía como cometido incluir el test rápido de diagnóstico serológico de sífilis en la primera consulta de atención a la mujer embarazada. La iniciativa no fue concretada, a juzgar por la evaluación realizada en el año 2000 por el SSAE, que en su documento sólo registra referencias a las acciones realizadas en el marco de los lineamientos del Programa Nacional de Sida y el de Maternidad y Paternidad Elegida (23).

b) Período 2001 – 2004

En este período se visibilizan las ITS y su relación con el VIH - Sida en una tendencia por distinguirlas e intervincularlas. Se inició el proceso de integración de las ITS y el VIH-Sida al campo de la SSR, pero sin destacar la sífilis en particular. En tal sentido, la ponencia de la delegación oficial de Uruguay en Cairo +10 (2004) respecto a los avances más destacables del país, señalaba la necesidad de "acciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de la Infecciones de Transmisión Sexual y en especial de la pandemia del VIH-sida, la cual afecta lamentablemente en mayor medida a la población más joven, femenina y pobre"; y se planteaba como "impostergable implementar acciones integrales en prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, con énfasis en VIH-sida, articulando las acciones en el marco de la salud sexual y reproductiva" (24).

Los vaivenes de este período tienen algunos ejemplos ilustrativos de jerarquización de las ITS y su integración a la problemática del VIH-Sida y a su vez, la ausencia de la sífilis en la agenda de preocupaciones. Las Normas de Atención Integral de la Salud en la Adolescencia presentadas en el año 2003, en el apartado sobre Consejería en ITS y VIH-Sida citan los "tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, VIH, hepatitis B y sus respectivos signos y síntomas", omitiendo mencionar la sífilis y excluyendo también sus aspectos clínicos en la recomendación de "consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peneana, etc." (25).

A partir del decreto N° 64/004 del 18 de febrero de 2004, los documentos de vigilancia epidemiológica del MSP y el Código nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria, incluyeron la SC en el Grupo A, enfermedades que deben ser notificadas de forma inmediata por la vía de comunicación más rápida posible. El VIH-Sida fue ubicado en el grupo B, que exige que la notificación se realice dentro de la primera semana a partir de la sospecha de la enfermedad. Esto sugiere una jerarquización de la SC. Sin embargo, la sífilis de la población adulta, no aparece como enfermedad de notificación obligatoria y se determinó su monitoreo a través de puestos centinela como "ETS no Sida" (26). Este orden de prioridades se mantendrá aún en el año 2006, en que se publicaron las Guías para la Vigilancia Epidemiológica (27) y sólo se modificará sobre el final del 2009.

Se registra un primer trabajo académico sobre SC y SG en el año 2003, el cual aborda su magnitud buscando colocar en problema en la visibilidad y tratamiento de los profesionales de la salud (8). A su vez, se comenzaron a producir los primeros documentos científicos que ponen el acento en el lugar de los varones en las decisiones sexuales y reproductivas, pero aún con la centralidad de las preocupaciones por el VIH-Sida (28).

En los servicios la División Salud de la IMM se continuó desarrollando el Programa de Atención Integral de la Mujer, sin que las ITS y la sífilis en particular, adquirieran una relevancia especial (29). En el primer nivel de ASSE en Montevideo, a partir del año 2001 el Programa de Salud Integral de la Mujer, con énfasis en la SSR, incluía entre sus componentes "la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual" pero sin particular atención a la problemática de la sífilis (30).

Los documentos de las organizaciones de la sociedad civil mostraban la centralidad de la preocupación por el VIH-Sida en el terreno de las ITS, en el marco de un abordaje integral de SSR (31). Incluso se evidencia la

percepción de que la sífilis como un problema sanitario ya superado: "el Sida – así como antes la sífilis – es hoy uno de los mayores problemas de salud pública..." (32).

c) Período 2005 – 2010

En este período es cuando la SC y la SG aparecen en la literatura y en las acciones de política pública como un eje temático propio, a veces enmarcado en el campo de la SSR y a veces en el campo de la salud materno infantil. También hay oscilaciones que la devuelven al paquete de las ITS.

A nivel del MSP, se crearon dos programas con cometidos específicos vinculados a la salud de las mujeres: el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género y el Programa Prioritario de ITS – Sida (en este caso fue una reformulación del Programa Nacional de Sida, creado en el año 1987), ambos ubicados en la Dirección General de la Salud (DIGESA). Estos han tenido como cometido principal el desarrollo de las líneas programáticas, normativas y guías clínicas y la vigilancia de su implementación en los servicios de salud de distintos componentes de la SSR y las ITS – VIH – Sida. La existencia de dos programas puede leerse como efecto del predominio de modelos de abordaje vertical de los problemas en SSR lo cual dificulta la traducción de los lineamientos definidos en una implementación integral en la práctica de los servicios de salud.

El Programa Prioritario de ITS-Sida, plantea explícitamente entre sus metas: "lograr el 100% de mujeres embarazadas, con control efectivo y acceso a tratamiento ARV y para ITS; eliminación de la sífilis congénita; alcanzar la meseta en la incidencia de la infección por VIH" (33). En el documento "Avances en el Plan estratégico nacional quinquenal 2005-2010" del Programa se plantea como uno de sus objetivos específicos: "lograr que los recién nacidos en el Uruguay estén libres de VIH-Sida" y se formulan líneas de acción concretas como la aplicación del test rápido en las mujeres embarazadas, captación y tratamiento de las parejas, propendiendo al involucramiento de los varones. Se plantea además como uno de los desafíos futuros del programa "instalar el monitoreo y la evaluación de la transmisión madre-hijo del VIH y la sífilis a los efectos de ajustar las medidas correctivas correspondientes" (34).

23

El problema de la SC y la SG adquiere creciente visibilidad en este período, particularmente hacia el año 2008, producto de la evidencia disponible del incremento sostenido de casos de SC y SG (1) (2). Se definen y comienzan a ponerse en marcha un conjunto de medidas de tipo prestacional en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), elaboración y/o actualización de guías clínicas, medidas de vigilancia epidemiológica, de registro y notificación obligatoria, comunicados al cuerpo médico, campañas de sensibilización a la población, entre otras, con el cometido de revertir esa tendencia.

Las Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control Epidemiológico de las Infecciones de Transmisión Sexual publicadas en 2005 por el Programa Prioritario ITS-SIDA del MSP y reeditadas en 2009, ponen particular énfasis en la sífilis, abordando las peculiaridades de la clínica y el tratamiento durante el embarazo y explícitamente orientan en el campo de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la SC. Recomiendan la utilización de pruebas rápidas para sífilis y VIH en el Primer Nivel de Atención como forma de facilitar "la captación temprana y el tratamiento en la mujer embarazada y su pareja sexual". Empieza a visibilizarse la importancia de involucrar a los varones en el abordaje de la problemática y su necesaria transversalización desde un enfoque de género, expresado en los contenidos recomendados para la consejería tendiente al "fortalecimiento de la capacidad de la mujer en el cuidado de su salud y negociación del preservativo con su pareja sexual" (35).

El Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género en su formulación inicial sólo hacía referencias genéricas al aumento de las ITS en la población femenina (36). Asimismo, en la publicación sobre el Diagnóstico Nacional en Salud y Género en Uruguay elaborado por este programa, si bien se hacía referencia a la SC,

ésta es abordada de manera marginal (37). Desde este programa se comienza a prestar particular atención a la sífilis como "situación especial" asumiendo el resurgimiento de la enfermedad en el país y haciendo recomendaciones para su detección precoz y tratamiento adecuado para evitar la transmisión vertical, en las Normas de Atención a la Mujer Embarazada (38).

En el año 2007 se creó la Comisión Nacional para la Eliminación de la Sífilis Congénita, integrada por representantes del Programa Nacional de la Niñez, el Programa Prioritario ITS – Sida, la División Epidemiología del MSP. La misma impulsó en el año 2009, proyectos pilotos de intervención en territorio; uno de ellos vinculado al Hospital de Las Piedras y otro al Centro de Salud Cruz De Carrasco (RAP –ASSE).

A partir la ordenanza N° 82 Ref N° 4591/2008 del 24 de diciembre de 2008 del Ministerio de Salud Pública, que modificó el Decreto del Poder Ejecutivo N° 64/004, se incluyó en el Código nacional de enfermedades de notificación obligatoria: "todo caso sospechoso o confirmado de sífilis en todas sus manifestaciones incluyendo: sífilis congénita, sífilis de la embarazada, sífilis del adulto. Todo caso de óbito fetal". Con esta modificación se avanza en una lógica de abordaje poblacional de la sífilis, que sin descuidar la centralidad de la problemática de la SG y la SC, se ocupa del problema que esta enfermedad significa para todos los varones y mujeres en el campo de la salud sexual.

La articulación del MSP con ASSE en el último quinquenio ha permitido avanzar, en especial en Montevideo y zona metropolitana, en la extensión de los servicios del Primer Nivel y hospitalarios, de la aplicación del test rápido para sífilis en la primera consulta de la mujer embarazada, suministrando el tratamiento adecuado con penicilina, brindando consejería oportuna y suministrando condones masculinos (39). Asimismo, en el laboratorio de la Red de Atención del Primer Nivel, el número de VDRL realizados pasó de 15.760 en 2007 a 23.356 en 2009, detectando una prevalencia de serología positiva cercana al 10%.

24

Las Guías para el Abordaje integral de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención elaboradas por el Programa Nacional de Adolescencia, en el apartado de medidas preventivas para la transmisión vertical, plantean expresamente "realizar tratamiento de ITS, en especial de sífilis durante el embarazo, parto y amamantamiento, de las adolescentes y de su/s parejas sexuales" (40). Muestran un avance en corto tiempo respecto a la lógica del Programa Nacional de Salud Adolescente, que en el año 2007, a pesar de la generalidad de las líneas programáticas, remarcaba la problemática del VIH –Sida, sin detenerse en otras ITS (41).

El Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos (Políticas públicas hacia las mujeres, 2007 – 2011) (PIODNA), elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social, a través del Instituto Nacional de las Mujeres y aprobado por el Consejo de Ministros (decreto CM 291) el 15 de mayo de 2007, incluye en sus Líneas Estratégicas para la Igualdad (LEI), un conjunto de acciones referidas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Ninguna ITS es mencionada (42).

A nivel de la Intendencia Municipal de Montevideo, el 2º Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos entre Mujeres y Varones 2007-2010, se plantea como uno de sus objetivos la "promoción de sexualidades saludables y placenteras de mujeres y varones", siendo una de las acciones del PAIM, "la información y orientación a las mujeres con respecto a salud sexual y reproductiva, incluyendo anticoncepción de emergencia, menopausia, ITS, VIH-Sida, prevención y atención oportuna del aborto inseguro, tomando en cuenta el contexto sociocultural" evidenciando avances en la incorporación de la temática de las ITS al campo de la SSR, pero sin evidenciar una jerarquización de la problemática de la sífilis (43).

La ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, aprobada en diciembre de 2008, en su Cap. 1, Art. 4i, indica: "promover en todos los servicios de salud sexual y reproductiva la educación, información y orientación sobre los comportamientos sexuales responsables y los métodos eficaces de prevención de las infecciones de transmisión sexual en todas las etapas etarias". Pone el énfasis en la inclusión del abordaje

de las ITS en los servicios de SSR, pero no enfatiza la problemática de la sífilis en particular.

Los años 2008, 2009 y primer cuatrimestre de 2010 es cuando se registra una mayor presencia de las autoridades ministeriales en los medios de comunicación, informando a la población sobre la situación de la SC y SG. Se concentra claramente en este período una mayor cobertura de prensa sobre este problema así como se evidencia un mayor volumen de acciones de sensibilización y de prevención.

Los documentos elaborados por organizaciones no gubernamentales comienzan a registrar, en este período, la importancia del problema así como a dar seguimiento y monitoreo a las políticas públicas que se definen para su abordaje (44). El Observatorio en Género y SSR, programa desarrollado por MYSU, incluye en el relevamiento a mujeres en puerperio inmediato usuarias de servicios de salud públicos y privados, información sobre realización de VDRL durante el embarazo (45) (46). Asimismo, se elabora folletería específica sobre sífilis dirigida a las mujeres (47).

El siguiente cuadro sintetiza las principales medidas gubernamentales surgidas en la última década. Como característica común, estas acciones son de tipo vertical, con poca articulación con los otros componentes de la SSR y dirigidas fundamentalmente a las mujeres gestantes para prevenir la transmisión vertical de la sífilis, en el marco de un modelo de atención predominantemente materno infantil, a pesar de avances que se pueden registrar en aras de la integralidad del abordaje. Se percibe, asimismo, avances en la articulación del organismo rector (DIGESA - MSP) y las estructuras de ASSE, para operacionalizar los lineamientos en el campo de la prevención de la SG y la SC.

CUADRO 1. Acciones relevantes vinculadas a políticas públicas relacionadas con la Sífilis. Uruguay. 1999 - 2010.

Acción implementada	Año	Breve análisis
Creación de una Dirección de Enfermedades de Transmisión Sexual en MSP que propone uso del test rápido de sífilis en primera consulta de embarazadas	1998-1999	No concreción del uso del test rápido de sífilis. Priman las iniciativas dirigidas a VIH-Sida. Ambas líneas de trabajo se mantienen al margen del campo de la SSR.
Publicación científica sobre Sífilis Congénita. Desafío Nacional (8).	2003	Primera publicación científica que alerta sobre el aumento de la sífilis congénita
Integración de la SC al grupo A de enfermedades de notificación obligatorio	2004	Jerarquiza y visibiliza el problema de la SC.
Re-definición del Programa Prioritario ITS - Sida del MSP	2005	Incluye específicamente el problema de la sífilis y de la SC en sus objetivos programáticos.
Publicación de Pautas de Diagnóstico, Tratamiento y Control epidemiológico de las ITS	2006	Aborda en forma integral el tema de la sífilis, explicitando las especificidades de la sífilis gestacional y la sífilis congénita.
Inicio de experiencias piloto de introducción del test rápido de sífilis en la primera consulta de la mujer embarazada en el primer nivel (RAP-ASSE) y en el CHPR.	2007	Permitió las primeras evaluaciones del impacto de esta modalidad de trabajo para la detección precoz de SG, su tratamiento y seguimiento de contactos. Permitió identificar y abordar barreras en el equipo de salud y evaluar aspectos logísticos.
Publicación de Sífilis congénita: Un problema tan antiguo como actual (1).	2008	Genera impacto de opinión a nivel académico y en tomadores de decisión, demostrando el aumento de la SC a partir del análisis de los datos del SIP en el CHPR.

Acción implementada	Año	Breve análisis
CHPR actuando como puesto centinela difunde el informe anual del SIP poniendo en evidencia el aumento sostenido de la incidencia de SG y SC.	2008	Genera alto impacto en las autoridades nacionales.
Reunión de Ministra de Salud con equipos de gestión de los servicios de salud del subsector público y Universidad de la República para plantear la relevancia de la SC y SG como asunto prioritario.	2008	Generó el diseño de planes de intervención en el campo de la planificación local en salud en distintos niveles del territorio. Estimulo a la notificación. Incremento de la vigilancia epidemiológica.
Elaboración de folletería específica por parte del Programa Prioritario ITS-Sida del MSP	2008	Difusión de la SG y SC a usuarias del subsector público de atención a la salud.
Extensión del uso del test rápido a todos los efectores de RAP-ASSE en Montevideo.	2009	Facilitó la captación precoz de SG y el control y tratamiento de contactos para evitar re-infecciones durante el embarazo.
Extensión de la entrega de preservativos en todos los efectores de primer nivel y no sólo en las farmacias	2009	Mayor accesibilidad a los condones, por parte de varones y mujeres.
Informatización del laboratorio central de la RAP-ASSE, con envío de los casos VDRL + por vía informática, para seguimiento en los centros de salud por referentes de ITS.	2009	Mayor celeridad y oportunidad en el acceso a la información de los casos VDRL + para su captación y seguimiento.
Incorporación de la SG y de la sífilis en población adulta a la nómina de enfermedades de notificación obligatoria.	2009	Mayor sensibilización del equipo de salud sobre la vigencia de la problemática de la sífilis. Enfoque poblacional del monitoreo.
Publicación de las Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el Primer Nivel de Atención	2009	Abordaje de las ITS integradas al campo de la SSR, con explícito énfasis en la prevención de la SC.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y SÍFILIS CONGÉNITA EN URUGUAY.

a) Magnitud del problema

El Consolidado Nacional del Sistema Informático Perinatal (SIP) es la incorporación en una base única del total de las sub-bases del SIP de todas las instituciones nacionales que asisten partos. Si bien no cubre el total de los nacimientos del país, a partir de la instalación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), la cobertura va en aumento.

La siguiente tabla presenta los datos de nacimientos país y los registrados en el SIP para los años 1999, 2004 y 2008, donde se puede evidenciar el incremento de la cobertura que se produce, particularmente a partir del año 2008, con la puesta en marcha del SNIS.

TABLA N° 1: Nacimientos totales país y cobertura SIP según año. Uruguay (1999 – 2004 – 2008).

Consolidado	Año					
	1999	2004	2005	2006	2007	2008
Nacimientos país	54004	50052	47150	47231	47372	47136
N° nacimientos SIP	41003	34732	37259	38438	37476	40975
Cobertura	75,9%	69,4%	79,0%	81,4%	79,1%	86,9%

La estimación de la prevalencia de SC se realiza a través de los VDRL del cordón la cual se registra en la historia perinatal. Esta variable a diferencia de la mayoría de las otras, tiene una frecuencia de "sin datos" que supera el 30% en todos los años, a excepción del año 1999, tal como lo ilustra la siguiente tabla.

TABLA N° 2: Número de casos de serología luética positiva en embarazadas y en sangre de cordón de recién nacidos y número de casos sin dato según año. Uruguay (1999 – 2004 – 2008).

	Año					
	1999	2004	2005	2006	2007	2008
N° madres serología luética +	320	255	374	404	445	552
N° recién nacidos VDRL cordón +	169	132	141	198	249	315
N° madres serología luética sin dato	2903	2280	1373	3467	3312	3027
N° recién nacidos VDRL cordón sin dato	9306 (23%)	10850 (31%)	11879 (32%)	11643 (30%)	12731 (34%)	13687 (33%)

27

Con relación a la SC se observa un déficit en el llenado de datos mucho mayor en el sector público (43% de "falta de dato") lo que hace difícil extraer conclusiones respecto a la similitud en la frecuencia de SC (0.4% en sector público versus 0.3% en el sector privado).

b) Frecuencia de la sífilis gestacional (1999 – 2004 – 2008).

La frecuencia global de SG en el año 1999 fue de 0.8 %, en 2004 fue de 0.7% y en el año 2008 fue de 1.3% de acuerdo al Consolidado Nacional del SIP. Esta frecuencia global tiene sin embargo una distribución heterogénea si se la analiza según área geográfica y tipo de cobertura. Para el año 1999 la distribución de frecuencia fue similar en Montevideo que en el interior del país pero con un mayor peso en el sector público (1 %) que en el privado (0.3 %). Para el año 2004, se observa una mayor frecuencia en Montevideo (0.8%) que en el interior del país (0.6%), así como en el sector público (1%) que en el sector privado (0.3%), siendo la máxima frecuencia para Montevideo sector público (1.2%) y la menor frecuencia para Montevideo sector privado (0,2%).

La misma distribución se observa en el 2008 pero con un incremento de las frecuencias en todos los niveles. Si bien se registra también un aumento de la cobertura de llenado del SIP en el 2008 (25%), el incremento porcentual fue cercano al 100% en todos los casos. Las siguientes tablas presentan los resultados obtenidos:

TABLA N° 3: Nacimientos por Sector de Atención y área geográfica según Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999)

Sector de Atención	Nacimientos SIP	Serología Luética sin dato	Serología Luética Negativa	Serología Luética Positiva	% Serología Luética Positiva
Montevideo Público	14.158	813	13.186	159	1.1 %
Montevideo Privado	10.111	1.269	8.814	28	0.3 %
Interior Público	8.774	554	8.130	90	1.0 %
Interior Privado	7.960	267	7.650	43	0.5 %
Subtotal Público	22.932	1.367	21.316	249	1.1 %
Subtotal Privado	18.071	1.536	16.464	71	0.4 %
TOTAL	41.003	2.903	37.780	320	0.8 %

TABLA N° 4: Nacimientos por Sector de Atención y área geográfica según Serología Luética Materna. Uruguay (Año 2004).

Sector de Atención	Nacimientos SIP	Serología Luética sin dato	Serología Luética Negativa	Serología Luética Positiva	% Serología Luética Positiva
Montevideo Público	13.391	765	12.471	155	1.2 %
Montevideo Privado	7.425	530	6.880	15	0.2 %
Interior Público	7.084	584	6.442	58	0.8 %
Interior Privado	6.832	401	6.404	27	0.4 %
Subtotal Público	20.475	1.349	18.913	213	1.0 %
Subtotal Privado	14.257	931	13.284	42	0.3 %
TOTAL	34.732	2.280	32.197	255	0.7 %

TABLA N° 5: Nacimientos por Sector de Atención y área geográfica según Serología Luética Materna. Uruguay (Año 2008)

Sector de Atención	Nacimientos SIP	Serología Luética sin dato	Serología Luética Negativa	Serología Luética Positiva	% Serología Luética Positiva
Montevideo Público	12.538	820	11.389	329	2,6 %
Montevideo Privado	11.366	1.225	10.086	55	0,5 %
Interior Público	5.317	956	4.279	82	1,5 %
Interior Privado	11.754	1.044	10.624	86	0,7 %
Subtotal Público	17.855	1.776	15.668	411	2.3 %
Subtotal Privado	23.120	2.269	20.710	141	0.6 %
TOTAL	40.975	4.045	36.378	552	1,3 %

c) Frecuencia de la sífilis congénita (1999 – 2004 – 2008).

La frecuencia global de SC en el año 1999 fue de 0.4% al igual que en 2004 y para el año 2008 fue de 0.8% de acuerdo al Consolidado Nacional del SIP. El comportamiento de las frecuencias es prácticamente idéntico para 1999 y 2004 y claramente diferente en 2008. La evolución de la distribución según área geográfica y tipo de cobertura en los años estudiados se comporta en forma diferente a la de SG, ya que el incremento de la frecuencia global observado se produce únicamente en base al sector público tanto de Montevideo (2004 con 0,5% y 2008 con 1,9%), como del interior (2004 con 0.4% y 2008 con 0.6%). Mientras que en el sector privado se comprueba una disminución de la SC: mientras que en el 2004 en Montevideo fue de 0.3% y en el 2008 fue de 0.1%, en el interior en el 2004 fue de 0.3% y en el 2008 de 0.2%.

Cabe destacar que la frecuencia de falta de datos para el VDRL del cordón en los registros del SIP es muy alta (31% para 2004 y 33% para 2008), sin embargo, esta ausencia de datos se ve mucho más frecuentemente en el sector público tanto de Montevideo (43%) como del interior (46%). Este hecho podría hablar incluso de una subestimación de la magnitud del problema del subsector público. Así lo ilustran las siguientes tres tablas:

TABLA N° 6: Nacimientos por Sector de Atención según Serología en Sangre del Cordón. Uruguay (Año 1999)

Sector de Atención	Nacimientos SIP	Serología Luética sin dato	Serología Luética Negativa	Serología Luética Positiva	% Serología Luética Positiva
Montevideo Público	14.158	3.989	10.085	84	0.6 %
Montevideo Privado	10.111	1.554	8.542	15	0.1 %
Interior Público	8.774	2.625	6.110	39	0.4 %
Interior Privado	7.960	1.138	6.791	31	0.4 %
Subtotal Público	22.932	6.641	16.196	123	0.5 %
Subtotal Privado	18.071	2.692	15.333	46	0.3 %
TOTAL	41.003	9.306	31.258	169	0.4 %

TABLA N° 7: Nacimientos por Sector de Atención según Serología en Sangre del Cordón. Uruguay (Año 2004)

Sector de Atención	Nacimientos SIP	Serología Luética sin dato	Serología Luética Negativa	Serología Luética Positiva	% Serología Luética Positiva
Montevideo Público	13.391	5.733	7.595	63	0.5 %
Montevideo Privado	7.425	805	6.597	23	0.3 %
Interior Público	7.084	3.268	3.791	25	0.4 %
Interior Privado	6.832	1.044	5.767	21	0.3 %
Subtotal Público	20.475	9.001	11.386	88	0.4 %
Subtotal Privado	14.257	1.849	12.364	44	0.3 %
TOTAL	34.732	10.850	23.750	132	0.4 %

TABLA N° 8: Nacimientos por nivel de cobertura según Serología en Sangre del Cordón. Uruguay (Año 2008)

Sector de Atención	Nacimientos SIP	Serología Luética sin dato	Serología Luética Negativa	Serología Luética Positiva	% Serología Luética Positiva
Montevideo Público	12.537	6.041	6.257	239	1,9 %
Montevideo Privado	11.366	3.544	7.806	16	0,1 %
Interior Público	5.317	2.050	3.235	32	0,6 %
Interior Privado	11.755	2.082	9.645	28	0,2 %
Subtotal Público	17.854	8.091	9.492	271	1.5 %
Subtotal Privado	23.121	5.626	17.451	44	0.2 %
TOTAL	40.975	13.717	26.943	315	0,8 %

La SG en el sector público se mantuvo prácticamente estable al comparar la frecuencia de los años 1999 y 2004. Sin embargo, es claro el incremento que se produjo en el año 2008 (con un aumento del 130 %). Este incremento se observa también en el sector privado, siendo el incremento entre 2004 y 2008 del 100 %.

Otro ha sido el comportamiento de la SC, que muestra un incremento en el 2008 respecto al 1999 y al 2004 en el sector público, pero no así en el sector privado donde por el contrario se observa una disminución de la frecuencia.

Al mirar la evolución de la SG según área geográfica se constata un aumento entre 1999 – 2004 y 2008 tanto para Montevideo como para el interior del país. La SC en cambio disminuye en el interior y aumenta en Montevideo.

d) Vigilancia epidemiológica en salud pública

Se realizó también la estimación de la magnitud de la SG y SC con los registros del Departamento de Vigilancia en Salud Pública del MSP para lo cual se entrevistó a la Directora del Programa y al encargado del área informática del registro de sífilis. También se obtuvo información a través de la revisión de los datos publicados en el sitio web del MSP del Uruguay.

El Departamento de Vigilancia en Salud del MSP recibe notificaciones de VDRL de sangre de cordón de todo el país desde 2004 (Dec 64/004) y a partir del 2009 recibe además notificaciones de sífilis en adultos (Dec 82/24 de diciembre 2008).

Las notificaciones han ido en aumento desde el año 2004 hasta la fecha, pero sigue siendo baja (en el subsector público especialmente, exceptuando el CHPR). La notificación se realiza diariamente a través del llenado de un formulario y/o del llamado telefónico al departamento. Existe un número importante de centros hospitalarios que nunca realizan notificaciones al MSP (de ninguna de las enfermedades de notificación obligatoria). Estos centros "no notificadores" están siendo objeto de acciones por parte del departamento.

En los últimos meses se ha puesto en marcha un sistema de búsqueda activa de casos a través de la visita periódica de personal de este departamento a centros "no notificadores" de Montevideo. Durante la visita

se obtienen datos de todas las patologías asistidas en la institución en un periodo dado, que pudieran ser sospechosas de corresponder a sífilis. Se recaba información procedente de archivos, emergencia, CTI y admisión. El departamento no recibe notificaciones de laboratorios, sólo lo hace de centros de atención. No se realizan cruzamientos con otras fuentes de prevalencia del fenómeno de la SC por lo cual es difícil tener un estándar de oro para evaluar la cobertura de notificación que tiene el departamento si bien existe certeza de que ésta no es universal.

Las notificaciones recibidas corresponden a casos de VDRL o RPR de sangre de cordón positivos (independientemente de los títulos de las mismas pruebas o resultados de pruebas treponémicas en sangre materna, por lo cual no es posible determinar verdaderos casos de SC). No se realizan en el departamento, registros de seguimiento de los recién nacidos con VDRL positivo en los centros de salud, lo cual permitiría determinar los casos verdaderamente positivos (siendo éste un proyecto a poner en marcha en un futuro).

De acuerdo a datos aportados por personal del departamento, los casos de SC notificada en los últimos años se presentan en la tabla siguiente.

TABLA Nº 9: Casos de sífilis congénita notificados individualmente al Departamento de Vigilancia en Salud del MSP según año. (2005-2009).

Año	Total
2009	259
2008	231
2007	93
2006	62
2005	29

De los casos notificados la gran mayoría han sido de Montevideo y en particular se trataron de notificaciones del CHPR.

En cuanto a los datos recibidos por el Laboratorio de Higiene, éstos corresponden a VDRL realizados en los hospitales públicos de Montevideo, los centros de salud de ASSE, de la Intendencia Municipal de Montevideo y algunas muestras enviados por hospitales públicos del Interior. Las muestras provienen de adultos (no sangre de cordón umbilical) y no está discriminada entre mujeres gestantes y el resto de los adultos. Las muestras recibidas que resultan positivas al test de VDRL son confirmadas realizándose pruebas treponémicas (FTA). Esta práctica es realizada por varios laboratorios del país pero en muchos casos, especialmente en el interior, no se realiza la confirmación con pruebas no treponémicas en ningún momento. La frecuencia de pruebas de VDRL positivos que presentan una prueba de FTA positiva alcanzó un 92% de los casos, lo que nos permite estimar en un 8% los casos de falsos positivos entre las pruebas de VDRL reactivos.

Por último, la base de datos del SIP del CHPR, tiene una cobertura del 100% de los partos pero la variable VDRL del cordón presenta una cobertura de llenado menor. El número de casos de VDRL positivos en sangre de cordón en los diferentes años se presenta en la siguiente tabla.

TABLA N° 10: Casos de VDRL positivo en sangre de cordón según año. SIP. CHPR (2004-2008).

Año	Número de nacimientos	Número de casos	Tasa institucional (%)
2008	7943	209	2.6
2007	8191	175	2.1
2006	8647	108	1.2
2005	7869	39	0.5
2004	7896	59	0.7

e) Evidencias disponibles publicadas a nivel nacional

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados que presentaran evidencias respecto a SG y SC para el período 2004 – 2009. Se rescataron tres artículos publicados en revistas nacionales y ocho estudios monográficos de los cuales sólo dos de ellos correspondían al periodo de nuestro interés. A continuación se reseñan sus principales características:

Sífilis congénita: auditorías en tiempo real (Agorio y col, 2009). Se trató de un trabajo descriptivo cuya fuente de datos fue la historia clínica del binomio madre-hijo complementada por el interrogatorio a madres y médicos tratantes. El objetivo del estudio no fue calcular la prevalencia de la sífilis sino determinar factores vinculados a esta enfermedad (2).

Sífilis congénita: Un problema tan antiguo como actual (Hortal M y col, 2008). Se trató de una carta a los lectores. No es un estudio que estime la prevalencia sino una revisión de 142 historias clínicas auditadas de mujeres con VDRL positivo en el embarazo o al momento del parto. Se destaca de este trabajo el reporte de la baja frecuencia de embarazos sin control (34%), la alta frecuencia de re infección (28%) y el alto porcentaje de mujeres que habiendo tenido dos tamizajes normales se hacen positivas al momento del parto (12%) (1).

Sífilis congénita .Desafío Nacional (Cuevas y col, 2003). Se trató de un estudio que intentó estimar la "incidencia de sífilis" a través de una recolección retrospectiva de los datos. Para ello se realizó un estudio retrospectivo descriptivo, analizando historias clínicas de madres VDRL reactivas de la maternidad del CHPR desde el año 1996 al 2002. En dicho período se realizaron 60.570 partos, resultando 1.034 madres VDRL reactivas, lo que corresponde a una prevalencia de sífilis en la mujer embarazada del 1.7 % para ese período. De este grupo de pacientes se extrajo una muestra al azar de 311 historias clínicas, correspondiendo al 30% de la población total VDRL reactiva. En la muestra estudiada, la SC se detectó en 143 madres, siendo el 46% de la población de madres, VDRL positivas. La incidencia de la SC en la población total asistida en el CHPR fue de 7.8 % (8).

En materia de monografías relevadas, se encontraron 8 estudios de los cuales seis correspondían a períodos de estudio anteriores al 2004. Una de las monografías incluidas, refiere a sífilis en adultos y otra sobre SC (48).

f) Caracterización de la población portadora de sífilis gestacional (1999 – 2008).

La caracterización de la población se realizó en base al análisis de las variables socio demográficas básicas y

características del control de la gestación. Se tomaron los consolidados del SIP para los años 1999, 2004 y 2008 y se segregaron por sector de asistencia con el fin de evaluar si hubo diferencias en las características de las poblaciones afectadas. Si bien se presentan tres años de frecuencias, las consideraciones se realizan básicamente con los resultados obtenidos en los años 2004 y 2008, ya que es en ese quinquenio que se observan las diferencias en la prevalencia de la SG.

En el subsector público

La **distribución por grupo de edad** varió en los años estudiados, siendo las mujeres entre 20 y 34 años y entre 44 y 49 años las más afectadas en el año 2004. Mientras que, la población de 20 a 34 años y de 35 a 43 años, fue más afectada en el 2008. Se observó un incremento en todos los grupos etarios pero el mayor incremento se constató en el grupo de 35 a 43 años donde el porcentaje de afectadas subió de 0.7% en el año 2004 a 2.6% en el año 2008.

TABLA N° 11: Nacimientos ocurridos en Sub-sector Público según Edad Materna y Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999 - 2004-2008)

Grupo etáreo (años)	% positivos sobre total de casos Año 1999	% positivos sobre total de casos Año 2004	% positivos sobre total de casos Año 2008
10 - 19	1.0 %	0.8 %	1.5 %
20 - 34	1.2 %	1.2 %	2.5 %
35 - 43	0.8 %	0.7 %	2.6 %
44 - 49	1.3 %	1.3 %	2.3 %
Sin dato	0.3 %	0.2 %	1.7 %
Total	1.1 %	1.0 %	2.3 %

33

En relación al **nivel de instrucción**, el grupo que tuvo un incremento mayor entre el año 2004 y el 2008 fue el de aquellas mujeres que tenían tres o menos años de instrucción. El porcentaje de SG en dicho grupo aumentó de 0.8% a 4.8%.

TABLA N° 12: Nacimientos ocurridos en Sub-sector Público según Nivel de Instrucción y Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999 - 2004 - 2008).

Nivel de Instrucción	% positivos sobre total de casos Año 1999	% positivos sobre total de casos Año 2004	% positivos sobre total de casos Año 2008
Menos de tres años de instrucción	2.4 %	0.8 %	4.8 %
Primaria	1.5 %	1.4 %	3.1 %
Secundaria	0.7 %	0.9 %	1.5 %
Universidad	0.5 %	0.0 %	0.5 %
Sin dato	0.9 %	0.7 %	3.3 %
Total	1.1 %	1.0 %	2.3 %

La SG aumentó en todas las categorías de **estado civil** en un 100 % aproximadamente siendo algo mayor este incremento en el grupo de mujeres solteras (1.5 en 1999, 1.3% en 2004 y 3% en 2008).

TABLA N° 13: Nacimientos ocurridos en Sub-sector Público según Estado Civil y Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999 - 2004- 2008).

Estado Civil	% positivos sobre total de casos Año 1999	% positivos sobre total de casos Año 2004	% positivos sobre total de casos Año 2008
Casada	0.5 %	0.7 %	1.3 %
Unión Estable	1.5 %	1.0 %	2.3 %
Soltera	1.5 %	1.3 %	3.0 %
Otro	0.6 %	1.9 %	1.8 %
Sin dato	0.8 %	1.0 %	2.7 %
Total	1.1 %	1.0 %	2.3 %

En relación al **número de controles de embarazo**, el grupo más afectado en ambos años fue el de aquellos sin control. Sin embargo, cabe destacar que la población afectada entre los años 2004 y 2008 no mostró un incremento diferente en los grupos estudiados, siendo en todos los casos aproximadamente un 100%, manteniendo así las deferencias entre grupos constantes en el 2004 y 2008.

34

TABLA N° 14: Nacimientos ocurridos en Sub-sector Público según N° de controles de embarazo y Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999 - 2004- 2008).

N° de controles de embarazo	% positivos sobre total de casos Año 1999	% positivos sobre total de casos Año 2004	% positivos sobre total de casos Año 2008
0 control	1.9 %	2.4 %	4.9 %
1 a 4 controles	1.7%	1.8 %	3.3 %
5 o más controles	0.8 %	0.8 %	1.9 %
Sin dato	0.0 %	0.1 %	2.4 %
Total	1.1 %	1.0 %	2.3 %

En el subsector privado

La distribución por grupos de edad varió en los años estudiados, siendo las mujeres entre 20 y 34 años y las adolescentes las más afectadas para el años 2004. Por su parte, la población de 20 a 34 años fue la más afectada en el año 2008. Se observó un incremento en todos los grupos etarios pero el mayor incremento se constató en el grupo de 35 a 43 años, donde el porcentaje de afectadas subió de 0.2% en 2004 a 0.5% en 2008.

TABLA N° 15: Nacimientos ocurridos en Sub-sector Privado según Edad Materna y Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999 - 2008-2004)

Grupo etáreo En años	% positivos sobre total de casos Año 1999	% positivos sobre total de casos Año 2004	% positivos sobre total de casos Año 2008
10 - 19	0.4 %	0.7 %	0.5 %
20 - 34	0.4 %	0.3 %	0.6 %
35 - 43	0.4 %	0.2 %	0.5 %
44 - 49	0.0 %	0.0 %	0.0 %
Sin dato	0.0 %	0.0 %	0.7 %
Total	0.4 %	0.3 %	0.6 %

Respecto al nivel de instrucción el grupo que tuvo un incremento mayor entre el año 2004 y el 2008 fue el de aquellas mujeres que tenían educación primaria como su nivel de instrucción. El porcentaje de SG en dicho grupo aumento de 0.7% a 1.4%. Esto marca una diferencia con el sub sector público en el que se comprueba que la población mas vulnerable en relación a esta variable es la aquella que tiene tres o menos años de instrucción, siendo la frecuencia en esta población 6 veces mayor en el año 2008 que en el 2004.

TABLA N° 16: Nacimientos ocurridos en Sub-sector Privado según Nivel de Instrucción y Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999 - 2008- 2004).

Nivel de Instrucción	% positivos sobre total de casos Año 1999	% positivos sobre total de casos Año 2004	% positivos sobre total de casos Año 2008
Menos de tres años	0.9 %	1.5 %	1.8 %
Primaria	0.8 %	0.7 %	1.4 %
Secundaria	0.4 %	0.3 %	0.6 %
Universidad	0.2 %	0.1 %	0.3 %

35

La SG aumentó en todas las categorías de **estado civil** en poco menos de 100%, con excepción del grupo de las casadas (0.1% en el 2004 y 0.3% en 2008).

TABLA N° 17: Nacimientos ocurridos en sub-sector privado, según Estado Civil y Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999 - 2004 - 2008)

Estado Civil	% positivos sobre total de casos Año 1999	% positivos sobre total de casos Año 2004	% positivos sobre total de casos Año 2008
Casada	0.3 %	0.1 %	0.3 %
Unión Estable	0.6 %	0,5 %	0.8 %
Soltera	0.5 %	0.5 %	0.9 %
Otro	0.3 %	1.1 %	1.2 %
Sin dato	0.2 %	0.4 %	0.7 %
Total	0.4 %	0.3 %	0.6 %

A diferencia de lo que ocurre en el sector público, el grupo más afectado en relación al control prenatal fue en el año 2004 el de mujeres embarazadas sin ningún control (2.4%) pero este incremento no se mantuvo para el año 2008 (0.9%).

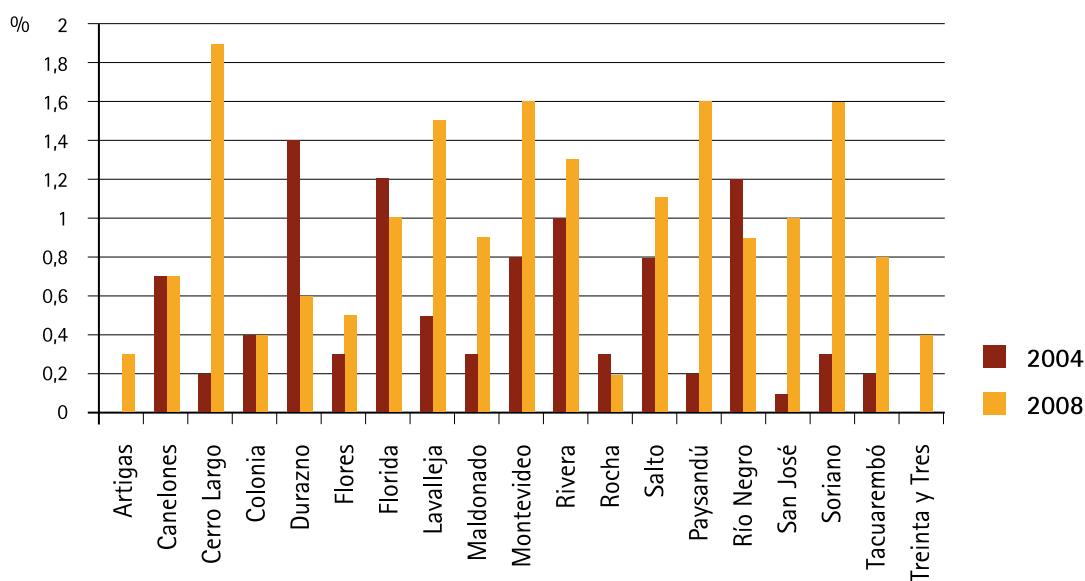
TABLA N° 19: Nacimientos ocurridos en Sub-sector Privado según N° de controles de embarazo y Serología Luética Materna. Uruguay (Año 1999 - 2004 - 2008).

N° de controles de embarazo	% positivos sobre total de casos Año 1999	% positivos sobre total de casos Año 2004	% positivos sobre total de casos Año 2008
0 control	0.0 %	2.4 %	0.9 %
1 a 4 controles	0.5 %	0.8 %	1.3 %
5 o más controles	0.4 %	0.2 %	0.6 %
Sin dato	0.2 %	0.0 %	0.3 %
Total	0.4 %	0.3 %	0.6 %

g) Geo-referenciación de la población de interés por departamento.

La geo-referenciación de los casos de VDRL positivo en mujeres embarazadas en el Consolidado Nacional de los años 2004 y 2008, muestra que existe una mayor frecuencia de sífilis para el año 2008 en todos los departamentos salvo en Durazno, Florida, Río Negro y Rocha que muestran un descenso en la prevalencia de la enfermedad y en Canelones y Colonia que mantienen los niveles. Los departamentos en los que el incremento es mayor son Cerro Largo, Paysandú, Soriano y San José. (Gráfica 1)

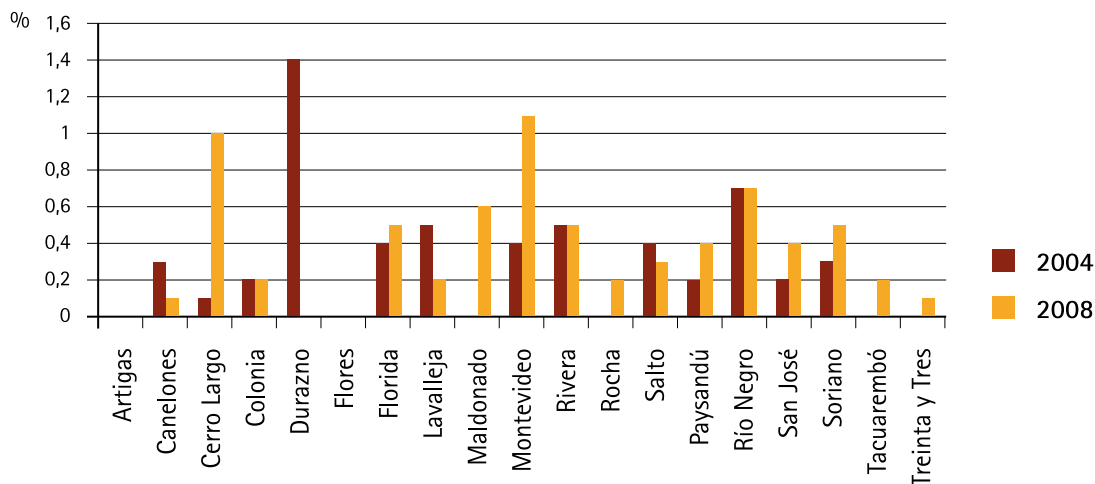
GRÁFICA 1. Distribución de embarazadas VDRL + según departamento de ocurrencia del parto. Uruguay (2004. 2008).



La geo-referenciación de los casos de VDRL positivo en sangre de cordón en el consolidado nacional del 2004 y 2008 muestra que existe una mayor frecuencia de sífilis en el año 2008 en todos los departamentos salvo en Canelones, Lavalleja, Durazno y Salto en que hay un descenso de los porcentajes y en Río Negro y Colonia donde los niveles se mantienen. Los departamentos en los que el incremento es mayor son Cerro Largo, Montevideo y Maldonado.

Se considera que en aquellos departamentos donde no se registran casos puede deberse a una baja cobertura del SIP.

GRÁFICA 2. Distribución de recién nacidos VDRL + según departamento de ocurrencia del parto. Uruguay. 2004. 2008.



h) Exploración la factibilidad de comparar la incidencia de la enfermedad reportada por los laboratorios clínicos que realizan test de VDRL y la obtenida a través del análisis de las bases del SIP (segregándola por departamentos y subsector). Evaluar que proporción de VDRL positivo son validados con un FTA.

Varios han sido los intentos de realizar controles de calidad utilizando los datos obtenidos en los laboratorios donde se realizan estudios de VDRL/RPR y pruebas treponémicas, si bien la mayoría de ellos lo han logrado sólo parcialmente.

El Laboratorio de Higiene Pública donde llegan todas las muestras de sangre de los hospitales públicos de Montevideo realizó en los años 2008 y 2009 pruebas treponémicas de verificación a todas las muestras de VDRL positivas que les llegaban. Este laboratorio realiza control de calidad de los laboratorios públicos del interior del país.. Sin embargo, estos resultados no se notificaban al departamento de Vigilancia en Salud Pública.

El Laboratorio del CHPR es donde se han realizado los estudios de cruzamiento con mayor eficacia. A este laboratorio llegan todas las muestras de sangre de embarazadas y del cordón umbilical de todos los partos que se producen en dicho hospital. Una vez que se comprueba que una muestra de sangre de cordón es VDRL positiva se le realiza pruebas treponémicas y se comparan los títulos maternos de VDRL con los de sangre de cordón. Si hubiera discordancia entre los resultados de madre e hijo se repiten los estudios. Si los resultados

no hubiesen sido ingresados en el SIP, esta base de datos es completada con los reportes del laboratorio. Esta información se obtuvo a través de entrevista con el jefe del laboratorio del CHPR quien refirió que se está realizando un estudio de verificación de concordancia entre VDRL positivo de sangre del cordón y SC (diagnosticada por la clínica, pruebas treponémicas positivas y títulos de VDRL dos veces mayores en sangre del cordón que en sangre materna). Los resultados de los estudios de laboratorio llegan al pediatra antes de que este otorgue el alta al recién nacido.

Finalmente, el laboratorio central (LAPS) del CS Claveaux (Ex Filtro) de la Red de Atención Primaria de Montevideo (RAP –ASSE) realizó durante el año 2009 intentos de control de calidad y seguimiento de pacientes con estudios de VDRL positivo, con procedimientos que continúan en la actualidad. El mecanismo consiste en realizar un listado con nombre, cedula de identidad y centro de origen de todos los pacientes. Estos listados se envían a los centros de salud para su captación y seguimiento.

Debido al aumento de la SC y a la optimización del control de embarazo, desde la RAP se han implementado diversas estrategias, siendo de gran importancia los pilotos de test rápido y la capacitación en consejería de los referentes de los centros de salud. Se creó también un sistema de devolución de resultados del Laboratorio de Atención Primaria de Salud (LAPS), de VDRL positivo, que a manera de puente lleva la información directamente del LAPS – URMA –referente – técnico – usuario. Esta nueva vía de llegada de los resultados de VDRL positivo, se suma a la realizada por el Programa Aduana que deriva a la URMA a los niños y madres con SC de los centros de salud de la RAP para su seguimiento (de la madre por el equipo obstétrico y del niño por pediatra).

En este proceso se hizo necesario nombrar referentes de ITS en cada centro y definir su rol y del equipo de gestión comprometido en el tema. Entre otras tareas, en caso de VDRL, FTA o HIV positivos, el referente debe cerciorarse que el técnico que controla el embarazo haya recibido el resultado y de no ser así informa al equipo de gestión para que actué en consecuencia. Debe también elevar al equipo de gestión la nómina de usuarios con sífilis y en acuerdo con el médico tratante procederá a la denuncia obligatoria a UVISAP. Forma parte de su tarea, recibir del Laboratorio los listados de VDRL, FTA y HIV (tanto positivos como negativos) y para ello se envía desde el Laboratorio a cada centro de salud, un listado de los resultados por correo electrónico y/o por vía impresa. El referente debe coordinar con sector de laboratorio del centro, el análisis de los resultados de estudios de ITS en tiempo y forma y confeccionar una planilla consolidada mensual con los datos de todos los test realizados por los efectores del área y los resultados de laboratorio. Finalmente, debe enviar ésta a la URMA y de allí se envía al Programa Prioritario de ITS – Sida del MSP.

DETERMINANTES SOCIALES Y SUBJETIVOS DE LA SÍFILIS GESTACIONAL EN MUJERES AFECTADAS.

Se realizó un total de nueve entrevistas a mujeres internadas en puerperio inmediato en el CHPR, con diagnóstico positivo de SG y con recién nacidos con resultado de VDRL positivo del cordón umbilical. Las entrevistas se realizaron en una sala del CHPR independiente la cual cuenta con condiciones de reserva y privacidad, de modo de evitar interferencias, intromisiones y la incomodidad que significa exponerse públicamente. En sólo un caso, la entrevista se debió realizar en la sala de internación. Se trató de una paciente reclusa de la Cárcel de Mujeres, quien estaba esposada a la cama y con custodia policial. A todas ellas se aplicó una ficha de datos sociodemográficos que fueron sistematizadas. Se solicitó autorización para grabar la sesión, se acordó la confidencialidad y anonimato de los datos y se solicitó consentimiento verbal para la revisión de la historia clínica. Todas las mujeres aceptaron las condiciones propuestas, con excepción de una de ellas, quien solicitó que la entrevista no fuera grabada. En ese caso, se tomó nota por escrito de su relato.

Las entrevistas fueron realizadas en una sesión y tuvieron una duración promedio de 45 minutos. Para el tratamiento de la información recogida, se procedió a su desgrabación y transcripción literal. Se elaboró una lista de códigos a partir de la pauta de entrevista y se incluyeron temas emergentes a partir de las lecturas sucesivas del material.

a) Características de la población

En cuanto a las características de las mujeres, sus edades oscilaron entre 20 y 35 años. En cuanto a la ocupación, cuatro de ellas manifestaron tener trabajo remunerado, siendo una de ellas trabajadora sexual, otra vendedora ambulante, otra se desempeña como enfermera y otra se encontraba recluida en la Cárcel Cabildo para Mujeres, si bien previo a su detención integraba las cuadrillas de Barrido Otoñal de la IMM, programa dirigido a mujeres jefas de hogar en situación de pobreza. Dos mujeres se definieron como ama de casa y otras tres manifestaron estar desocupadas hacía más de un año. Por último una de las entrevistadas se encontraba en situación de calle sin ninguna ocupación.

En cuanto al nivel educativo, cuatro de las entrevistadas tenían nivel bajo, cuatro con nivel medio y una de ellas manifestó haber completado la formación como auxiliar de enfermería.

Respecto al estado conyugal, cuatro refirieron estar solteras y cinco en unión libre o pareja. De las tres solteras, dos mencionaron saber quién es el padre de su hijo recién nacido. De las cinco mujeres que se encontraban en pareja, una de ellas convive con su pareja y todos sus hijos, dos con su pareja y el recién nacido hijo de esta pareja, y una con su pareja, el hijo de ambos pero no con sus hijos anteriores y otra con su madre, su pareja y sus hijos. Otra mujer tiene pareja no conviviente y reside con sus hijos. De las mujeres solteras una de ellas se encontraba en situación de calle, otra vivía con su padre y sus hermanos, una lo hacía sola con sus hijos y una (en situación de privación de libertad) tenía residencia con su madre, su abuela, dos hermanos y sus tres hijos.

Ocho mujeres mencionaron haber recibido atención en servicios de salud pública. Una de ellas refirió no haber recibido atención alguna. Es importante destacar que sólo una de las mujeres había iniciado tempranamente el control de su embarazo. Tres manifestaron no haber controlado su embarazo y otras, si bien relatan haber sido atendidas, la revisión de sus historias clínicas permitió registrar que fueron captadas tardíamente o que su embarazo estuvo mal controlado.

Cabe destacar que tres de ellas conocían el diagnóstico de sífilis antes del embarazo. Una mencionó haber controlado el embarazo y haber recibido el tratamiento adecuado. Otra manifestó que conocía el diagnóstico desde el embarazo de un hijo anterior. Otra si bien refirió haber recibido tratamiento, en su historia clínica el personal tratante dejó constancia que se desconocía si efectivamente lo había realizado. En cinco casos, sus hijos recién nacidos estaban internados en Cuidados Especiales del CHPR y la mayoría de ellos habían nacido con bajo peso (menos de 1500 grs).

Todas las mujeres tenían hijos previos. Cinco de ellas tuvieron su primer hijo entre los 14 y los 18 años. Ocho mujeres manifestaron que éste fue el primer hijo nacido con SC. En una de ellas, éste es el segundo hijo que nace en esta situación.

De la revisión de sus historias clínicas se pudo observar además que tres mujeres reportaron ser o haber sido víctimas de violencia doméstica y sexual (VDS), información que surge de la aplicación del formulario de VDS vigente en el país desde 2008. Tres mujeres declararon ser (o haber sido) consumidoras de pasta base de cocaína (PBC). Ninguna mujer reportó tener VIH- sida.

b) Las mujeres frente a la sífilis. Prácticas y significados

Se buscó conocer la relación entre condiciones de vida y SG en las mujeres entrevistadas: conformación y características del hogar, trayectoria reproductiva, conyugalidad, acceso a educación y empleo, proyectos de vida a futuro. Este conjunto de factores construyen lo que se podría denominar como "condiciones de (im) posibilidad" para la ocurrencia de la SG – SC. Es decir, se trata de aspectos de la historia personal y de las circunstancias vitales actuales y del contexto que ofician de facilitadores o inhibidores frente a la situación de la sífilis.

Identificar los factores que producen que una mujer se infecte de sífilis exige analizar los determinantes sociales (de género, clase social, generacional, entre otros) que al conjugarse generan un escenario de desigualdad propicio para que ello tenga lugar.

Las mujeres entrevistadas compartían algunos elementos comunes: el inicio de la maternidad en la adolescencia o en la juventud temprana; limitado acceso a oportunidades laborales y educativas; vínculos amorosos y/o de pareja con escasa duración; ausencia de los varones en la asunción de la paternidad o débil presencia de los mismos; estereotipos de género sobre el ser buena mujer y buena madre; escaso reconocimiento y exigibilidad de sus derechos; entre otros.

Una mujer infectada con sífilis denuncia que hubo, por lo menos, una relación sexual sin protección, ya sea porque no hubo condiciones para acordar el uso del preservativo; ya sea porque la confianza en el otro operó como barrera para su uso; ya sea porque el vínculo sexual se sustenta en relaciones basadas en la violencia de género o porque el acuerdo fue el no uso del preservativo como acto de confirmación de la fidelidad y el amor incondicional.

El hecho que el diagnóstico de SG genere en las mujeres perplejidad y angustia, evidencia – por lo menos – que no existía en sus universos emocionales, la posibilidad que esto sucediera con esas parejas. Así lo expresaron dos de las mujeres entrevistadas:

"Me sentí mal, usada, mal... Cuando yo me enteré, yo me peleé con él, porque él había sido mi primer novio, mi primero todo y yo no lo podía creer, que estaba conmigo y mantenía relaciones con otra gurisa. Yo me había enterado porque él había dejado embarazada a una muchacha estando conmigo y la muchacha tenía (sífilis). Ya mi me llamaron por teléfono para decirme. Me llamó una amiga para avisarme que la muchacha tenía (sífilis) y que yo fuera al médico. Y así yo tenía que sacarme el carné de salud y ahí lo confirmé. No lo podía creer (...) Yo lo hablé y él me lo negaba, y yo le dije: 'no mientas porque estoy sólo contigo, ¿cómo voy a tener yo esto?'. El me decía que no podía ser. Puede ser sí porque ella que estaba embarazada también tiene. Ella lo había contagiado a él porque ella trabajaba en la calle. Ella es prostituta. Y fue ella la que lo contagió a él."

(Alicia, 20 años, sin hijos previos, NEB)

"Nos conocemos del barrio. Nunca tuve nada con él y eso porque tiene mi edad, me lleva dos años nomás. Y siempre nos conocimos, es dos años mayor que yo. Y siempre nos conocimos del barrio, teníamos amistad y como íbamos a los bailes y como era cerca, empezamos a joder y ahí anduvimos. Pero yo siempre me cuidaba yo. Después a lo último ya no me estaba cuidando y como nos conocíamos desde niños... nos conocíamos desde siempre, nació donde yo nací... Yo siempre me cuidé, usé preservativo, pero llegado un momento de casualidad así pintó no usar. Ponele yo después que me iba para un baile y después venía de ese baile con él, ya ahí no tenía o algo así y ahí ya no me cuidaba. (...) Y cuando vine acá y eso, aunque mi abuela me lo dijo, pero nunca pensé que iba a ser verdad."

(Ana, 21 años, 3 hijos previos, NEB)

Las mujeres dieron cuenta en sus relatos, cómo se construyeron imaginariamente los vínculos amorosos con esos varones que ocuparon "el lugar del primero". La entrega incondicional basada en el amor romántico, la infancia y el mismo origen compartido y/o la fidelidad como supuesto pacto estuvieron, por ejemplo, en la base del no uso del preservativo. La sífilis se impone como un dato de la realidad que confronta y cuestiona los pilares en los que se fundamenta ese imaginario. Descoloca a las mujeres, las desilusiona y las devuelve a una realidad para la cual habían generado una serie de mecanismos de protección mediante racionalizaciones infundadas ("nos conocíamos desde la infancia").

En estas mujeres, el mito del amor romántico opera de manera tal que desplaza a la información como recurso para la prevención. Todas ellas conocían que el uso del preservativo es un recurso que previene de las infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados. Sin embargo, la gran mayoría de ellas no pudo exigir su uso o cuando éste fue usado lo fue de manera inadecuada y/o se desconoció / se negó la posibilidad del riesgo de las infecciones. Lo más importante, en el mejor de los casos, era prevenir un embarazo no deseado. Mientras la prevención se basa en una lógica de la anticipación, la satisfacción sexual en la población adolescente y joven se sostiene fundamentalmente en una lógica de la inmediatez. Estas dos lógicas, una racional y otra emocional no siempre son vividas de manera incluyente. Por lo general operan de forma disyuntiva. Tal vez ello explique las barreras subjetivas que se ponen en juego para el uso de la doble protección (preservativo y MAC) o el uso exclusivo y sostenido del preservativo para la prevención de un embarazo no deseado.

"Yo no usaba el preservativo porque tenía el aparato (DIU). Sí. Y me lo tuve que sacar y ahí me dieron pastillas que las tomaba y me olvidaba. Y así fue todo..."

(Ana, 21 años, 3 hijos previos, NEB)

Se indagó acerca de los significados asociados a la sífilis (SG y SC) y la información que disponían las mujeres. Una primera constatación fue el desconocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias. Las mujeres disponían de información vaga y confusa. Fue interesante identificar cómo la visión higienista continúa operando como barrera para la prevención. La ecuación simbólica: acto sexual = suciedad parecería funcionar con gran eficacia para hacer de la higiene una "estrategia" privilegiada de prevención.

"Yo siempre me cuidaba...Yo siempre me higienizaba, además usaba a veces el preservativo y todo (...) Yo sentía algo que nunca tuve en mi cuerpo. Yo soy de higienizarme a cada rato y tenía olor feo y todas esas cosas que nunca sentí. Nunca tuve ninguna enfermedad, siempre fui sana (...) Me preguntaba cómo hice yo para agarrarme, porque nunca tuve una enfermedad ni nada. Yo me cuido, por que soy limpia y todo. Y lloraba, no quería comer ni nada porque no podía buscar cómo me lo había agarrado..."

(Lilian, 24 años, 5 hijos previos, NEB)

El significado asociado a la higiene corporal y genital como protector del riesgo en la vida sexual se combina poderosamente con la falta de información sobre la sífilis y las consecuencias de no tratarla. Para algunas, la sífilis es una enfermedad de la cual poco o nada han escuchado. Para otras, saberse con sífilis fue un alivio ante el temor de un diagnóstico positivo de VIH. Para casi todas, es una enfermedad del pasado, que ya no existe.

"Cuando me dijeron que tenía sífilis, yo saltaba en una pata porque no tenía Sida, porque si había quedado embarazada podía tener Sida. Cuando llegué acá al hospital y me dijeron que la bebé tenía sífilis, yo hice así (hace un gesto de pregunta con la mano), entonces ¿yo también tengo?... Sí, obvio, me dicen. Y en qué momento me enteré yo que tenía? Y nunca hice fiebre, cómo es esto?, qué secuelas te da? (...) Yo salté en un pata cuando me dijeron que no tenía Sida, porque yo volví a nacer cuando me dijeron que mi bebé era sano y que no tenía Sida. Y cuando me dijeron que tenía sífilis. (...) Fue un embarazo totalmente sin control, yo estaba todo el día drogada en la calle.

Cuando me dijeron que tenía sífilis, yo? En ningún momento sentí olor, no tuve fiebre, el embarazo lo pasé totalmente bien. Si yo no me dí cuenta, ¿entendés? Cuántos hay entonces? (...) Yo tenía relaciones frecuentes sin preservativo. Y agradecí no tener Sida. Entonces imagínate, yo si tenía lo contagié a alguien y alguien me contagió a mí y así sucesivamente. Sí, claro es así y sin síntomas..."

(Guadalupe, 30 años, dos hijos previos, NEM, consumidora de PBC)

El relato de otra mujer fue sorprendente por tratarse de una mujer con antecedentes personales y familiares de sífilis. Ante la pregunta: "¿Cómo te sentiste cuando te dieron el diagnóstico?", su respuesta parecía la de una persona que nunca había pasado por esa situación:

"Me tomó por sorpresa, no conocía mucho. Me cayó mal porque nunca tuve nada. Y aparte no me gusta, es como... escuchaba hablar de sífilis pero después no tenía información alguna. Me dijeron en el hospital que es por transmisión sexual. Pero me dijeron eso pero a mi marido le dio negativo y yo con otra persona nunca estuve.

E: Y ¿cómo pensás que podes haberla contraído?

Mi marido me dijo, porque mi hermana tuvo sífilis y un par de veces, y yo lo había y un par de veces que yo me quedé en la casa de mi madre y mi hermana me prestó ropa interior de ella, limpia, no? Pero como yo me quedaba y no tenía para cambiarme. El me dice que me haya contagiado con la ropa interior. Yo le digo que no, porque a mi ya me dijeron que no. Pero tá, no sé y no sé por qué a él le sale negativo.... El me jura y me recontra-jura que él nunca...pero ta...(..)

Y mi madre nada. Sí conoce un poco por mi hermana, porque ella la tuvo que llevar también a mi hermana, cuando fue ya no aguantaba más el dolor, tenía mucho dolor acá abajo (señala la zona pélvica) y no podía mantener relaciones ni nada porque cuando la llevó tenía eso y estuvo con ella siempre porque tenía 18 años pero era como si fuera menor porque recién empezaba a salir y siempre había sido muy pegada a mi madre y fue mi madre la que estuvo con ella en todo..."

(Noelia, 27 años, dos hijos previos, uno con antecedentes de SC, NEM)

Las fuentes de información que disponen estas mujeres parecerían estar concentradas en las familias: abuelas, madres y padres son mencionados como aquellos referentes con quienes se consulta en primera instancia. Es interesante consignar que ninguna mujer mencionó docentes, profesionales de la salud u otros actores sociales como personajes referentes a quienes han acudido ante dudas o de quienes espontáneamente hayan recibido información.

"E: ¿Lo conversaste con alguien?

Sí, con mi padre. Me dijo que no me asustara que era una enfermedad que me iban a dar inyectables y me curaba. Pero que se me iba porque de lo contrario se podía volver crónica.

E: Así que tu papá...

Sí. El me explicó más o menos. Que es una enfermedad que tiene cura."

(Alicia, 20 años, sin hijos previos, NEB)

"No yo siempre tuve esa duda porque me daba cuenta yo misma. Pero yo nunca tuve sífilis. Y me quedó esa duda porque mi abuela es mucho de saber de esas cosas. Mi abuela sabe de todo siempre me dice y es verdad todo. Y siempre me quedó esa duda, pero nunca creí, nunca pensé, hasta que vine acá y me sacaron sangre. Yo les contaba que tenía esa duda porque mi abuela me había dicho."

(Ana, 21 años, 3 hijos previos, NEB)

El personal de salud fue referido en su rol de informante sobre la enfermedad, cuando ya se confirmó el

diagnóstico y está indicado el tratamiento. Algunas mujeres mencionaron - de manera espontánea - haber visto material informativo sobre prevención de sífilis congénita elaborado por el MSP a través del Programa ITS - Sida. Pero, no parece ser el centro de salud el lugar privilegiado donde reciben información para la prevención.

Otro dato interesante a considerar es que la experiencia de la sífilis no es ajena en los contextos familiares o sociales donde viven estas mujeres. Varias de ellas relataron antecedentes en sus propias madres, en hermanas, en amigas o en conocidos cercanos. Una mujer con antecedentes en situación de calle y consumidora de sustancias psicoactivas, situación en la cual - según su relato - adquirió sífilis, así lo expresó:

"Hay mucha gente que duerme en la calle y no se cuida. Y puede ser que también tenga esta enfermedad y labure en la calle y no se cuida. Porque hay mucha mucha mucha gente. Yo no discrimino a ningún ratero pero cada vez hay más gente que consume. Es impresionante".

(Carla, 32 años, 3 hijos previos, NEB)

"Mi mamá, supuestamente en el último embarazo que tuvo y mi hermano tiene ahora 14 años. Ella tuvo sífilis al principio del embarazo, pero fue mínimo. Y ella me contó que es una enfermedad para ellos, que perjudica mucho a los bebés"

(María, 25 años, un hijo previo, NEM)

Las mujeres expresaron el estupor, la perplejidad, la angustia y en algunas, la vergüenza que vivieron ante el diagnóstico positivo de SG. Ahora bien, estas reacciones ¿a qué responden? Allí, varios elementos podrían conjugarse: el temor frente a lo desconocido de la enfermedad; la frustración por el engaño de sus parejas; el miedo por las consecuencias en el recién nacido y la vergüenza frente al entorno cercano por haber hecho "algo mal". De estos aspectos, parecería que el segundo opera de manera más intensa, mientras que el primero se disipa rápidamente con la información de "es una enfermedad que tiene cura". Este dato genera alivio en las mujeres y más aún, parecería restarle importancia sustantiva al hecho. No les sucede lo mismo con el VIH, de allí el terror que les provoca imaginarse ante esa situación. La preocupación que provoca el posible daño al hijo y la vergüenza por "el qué dirán los otros" por una conducta que se teme sea moral y socialmente sancionable (exponerse al riesgo durante el embarazo), merecen un análisis profundo que abordaremos más adelante en este capítulo.

"E: ¿Cómo tomaste esa noticia?, ¿cómo te sentiste?

Al principio no estaba muy asesorada sobre lo que era y después me enteré y fui leyendo lo que le afectaba al bebé y me las dí todas e hice todo. Es doloroso el tratamiento viste, bah es doloroso el inyectable.

E: Te tomó por sorpresa, no tenías ni idea.

No tenía ni idea de las unidades, o sea tenía 16 unidades supuestamente es una unidad alta, lo que me podía perjudicar, que mi compañero también se tenía que tratar y lo contagiosa que es.

E: ¿Y como te sentiste cuando te dijeron eso?

No, en principio no lo tomé no le di mucha importancia. Es más, no me quería ni dar el inyectable. Después mi mamá me contó y leí y me asusté.

E: Y cuando te informaste.

Quería bajar las unidades, me daba el inyectable y esperaba el análisis. Es una enfermedad que no baja así de un momento para otro.

E: Y decías que otra información de otras mujeres, que hubieras escuchado.

Sí, mi mamá. Supuestamente en el último embarazo que tuvo y mi hermano tiene 14 años, ella tuvo al principio del embarazo, pero fue mínimo. Y ella me contó que es una enfermedad para ellos, que perjudica mucho a los bebés".

(María, 25 años, un hijo previo, NEM)

"Claro, me da vergüenza. Porque mi padre siempre me hablaba y a mi me entraba por un oído y me salía por el otro. Entonces me daba vergüenza. Yo no sabía cómo decirle a mi padre..."

(Alicia, 20 años, sin hijos previos, NEB)

c) Las mujeres ante el embarazo y el recién nacido. Entre la ajenidad y la culpa "materna".

Un asunto que merece especial destaque es el origen del embarazo. Todas las mujeres, excepto una de ellas, relataron que el embarazo no fue buscado pero tampoco se habían tomado medidas preventivas para evitarlo. El embarazo "vino". La idea del embarazo como algo que ocurre por fuera de su control o regulación, abre interrogantes sobre las condiciones de posibilidad que estas mujeres tienen para tomar y para negociar las decisiones sexuales y reproductivas.

La única mujer que relató que el embarazo había sido buscado y planificado con su pareja con la cual convive, tuvo un relato confuso. Se enteró del diagnóstico de sífilis en su pareja por el análisis de una donación de sangre y continuaron sin usar protección por un corto tiempo hasta que se confirmó el embarazo y el diagnóstico de VDRL positivo en ella. Al respecto ella dice:

"Y después cuando yo quedé embarazada, me salió en el primer control, obviamente que yo ya sabía que era positiva y me salieron y me salieron positivas las unidades del VDRL. Y ahí empecé yo el tratamiento pero él también ya se estaba haciendo el tratamiento. Hicimos los dos (...) Sí yo sospechaba (que era positiva) porque nosotros dejamos de cuidarnos el 1º de mayo y a él, a mediados de mayo le sale que tenía, que era positivo.

E: Y él no sabía?

No sabía y yo tampoco porque yo me había hecho el carné de salud hacía poco tiempo y como yo le pedí a mi compañera donde me saqué sangre que era donde yo trabajo, que me hiciera todo completo y me había dado negativo..."

(Rita, 35 años, un hijo previo, NEA)

En este caso, se trató de una mujer adulta, con título terciario en el campo de la salud, con pareja conviviente y con una planificación de su reproducción. Sin embargo, una vez que se constató que su pareja era positiva no se desistió de buscar el embarazo. El embarazo (y el cumplir con la expectativa de la pareja de tener un hijo) parecería haber sido una idea más poderosa que el riesgo de contraer sífilis.

"Sí, claro, decidimos tenerlo. El año pasado dijimos, él quería tener un hijo porque no tiene hijos y yo sí ya tengo. Entonces yo sí pero no, qué te parece, qué no te parece... Después llegamos a un acuerdo de tener un hijo y en mayo empezamos a suspender las pastillas y en setiembre me dio el resultado positivo que estaba embarazada.

E: El se había hecho el análisis en mayo, decías. ¿Fue cuando dejaron de tomar las pastillas?

Nosotros dejamos el 1º de mayo y él se enteró a mediados de mayo. Ya como que las cartas estaban medias jugadas... La confirmación del embarazo me la dan en setiembre".

(Rita, 35 años, un hijo previo, NEA)

La observación respecto al deseo o no deseo de hijo se constituye en un dato relevante para analizar la relación de las mujeres con el embarazo, con la sífilis, con la pareja y con el hijo recién nacido.

A su vez, algunas de ellas explícitamente manifestaron que no deseaban ese embarazo, lo cual motivó que no acudieran a los centros de salud para una adecuada atención o lo hicieran de manera ocasional. El no control del embarazo en estas mujeres estuvo claramente asociado al no deseo del mismo, a pesar que optaron en su momento por continuarlo y no abortar.

"E: ¿Este embarazo te lo controlaste?

No. Sólo fui para saber si estaba embarazada y eso. Después no fui más.

E: ¿Por qué no fuiste? ¿Te lo preguntaste alguna vez?

Porque no quería tener más hijos, pero tampoco me gustaba hacerme un aborto y esas cosas. Nunca lo hice. Ahora ya lo tuve y cuando ves a tu hijo cambiás. A mí los niños me compran. En principio no quería. Ya tenía tres."

(Ana, 21 años, 3 hijos previos, NEB)

Es altamente significativo que las mujeres no controlen su embarazo o lo hagan de manera ocasional y desentendida. La relación entre embarazo no buscado - no deseo de hijo, es tan poderosa que opera como un determinante subjetivo relevante para la no atención durante el embarazo. Esta ajenidad con el embarazo (algo que "vino", que no fue buscado explícitamente) y con su cuidado, se revierte luego ante la confirmación del diagnóstico de VDRL positivo del cordón umbilical en el hijo recién nacido. Ante este hecho se desplegará un discurso cargado afectivamente de sentimientos de culpa y reproches por la omisión (¿por el no deseo de hijo?) que tuvo como una de sus consecuencias la afectación directa del hijo.

Este discurso se estructura sobre la base del modelo hegemónico de maternidad, del significado sobre la buena madre con las características de altruismo, postergación personal y amor incondicional que lo constituyen. Como contracara, la mala madre, aquella que abandona, desatiende o no prioriza su rol ante cualquier otra necesidad propia o circunstancia que la demande. El modelo se pone en marcha en el momento del hecho consumado, cuando el hijo está ahí y es un dato de la realidad palpable. Un otro distinto que demanda atención y cuidado. Entonces, el estereotipo de género, las expectativas sociales y familiares y los dispositivos de control social para cumplir con el rol materno operan en la subjetividad con tanta intensidad que generan malestar y culpa por las omisiones. El modelo parecería no ponerse plenamente en funcionamiento durante el embarazo, porque si bien éste no fue buscado tampoco hubo condiciones subjetivas / sociales (de género) para evitarlo o para interrumpirlo. Entonces, el embarazo se transita como si no existiera. O como algo que "vino", un hecho de la naturaleza que se auto regula por sí mismo y que no requiere de atención especializada durante el proceso. Y si se culmina, es decir si el proceso no se interrumpe sólo, "vendrá" el hijo.

45

Cuando el hijo "llega" (es decir, no sale del propio cuerpo, "viene" de otro lado como algo ajeno), entonces el mandato sobre la buena madre se pone en funcionamiento. Comienza allí la preocupación por su salud, la culpa por el posible daño, el temor por las secuelas, la vergüenza por no haber cumplido con lo esperado, los reproches por no haberlo cuidado antes, como si hubiera sido posible haber procedido de otra forma. Cuando el hijo está allí y está afectado directamente por la situación, se produce un desplazamiento desde sus propias circunstancias (el enojo por el abandono del progenitor, la angustia por el engaño amoroso, la preocupación por el vínculo con la pareja) hacia las circunstancias de su hijo recién nacido. Ellas asumen esa responsabilidad y no esperan que el progenitor esté allí para cumplir con su rol paterno. Es su culpa y la deben pagar con sacrificio y entrega.

"Aparte me duele más, no por mí. Por él porque a él lo judean mucho. Le sacaron sangre, le están dando antibióticos, le hicieron una punción. Eso a mí me duele. Aparte me duele porque yo digo a él (al padre) no lo están jadeando, se lo están jadeando al bebé y eso a una madre le duele. Como que yo me hecho las culpas también. Me siento mal porque si yo no me hubiese acostado con él ni nada, él no tendría nada (se refiere al bebé). No lo estarían judeando como lo están judeando. Bueno, judeando no, le están haciendo los estudios para que se mejore..." con mi leche lo levanto enseguida...(...)

Yo, mientras que mi hijo salga adelante y no le quede nada, después yo me curaré y haré las cosas que yo tenga que hacer pero yo primero quiero que se cure mi hijo.

E: Esa es tu preocupación?

Sí, primero me hijo y después la charla con el padre (...) Estoy enojada... porque es feo para una

madre, aparte de ver que lo estén pinchando, haciéndole esto y lo otro y que no puedas hacer nada..."

(Lilian, 24 años, 5 hijos previos, NEB)

"Me sentí mal y ahora que la pinchan me siento mal por no haberme controlado (...) Tengo miedo por las secuelas en ella (la bebé), pero tá... la tengo que cuidar. (...) Me da cosa verla con una mariposa o con un circuito. Me quedo acá hasta que a ella le terminen de dar todo. No la voy a dejar."

(Alicia, 20 años, sin hijos previos, NEB)

"Me informé un poco sobre el bebé, que es lo que más me importaba. Durante el embarazo anterior yo me quería ir (su hijo anterior había nacido con SC). Entonces me dijeron que no y me explicaron por qué y las consecuencias que podía traer en él. Y al final me informé más y me quedé por él. Pero no por mí.(...) La verdad que tengo miedo por la bebé, porque el otro pasó mucho acá. El nació y salió con 15 días de nacido y durante esos días le hicieron una punción por semana porque nunca daba, le hicieron tres punciones. Una por semana y después le pasaron antibióticos. Había que cambiarle el circuito y a mi no me gusta. Ya pasó bastante y no quiero que pase lo mismo con ella."

(Noelia, 27 años, dos hijos previos, uno con antecedentes de SC, NEM)

"Si. Dos por tres me lo recalca, porque ahora al bebé le pusieron una vía. Tiene que estar 10 días en tratamiento, le van a hacer la lumbar con la aguja. Entonces, yo ayer me puse mal y ella me dijo (se refiere a su madre): 'eso es por tu culpa que no te cuidaste, que pun y que pan'. Todo lo de una madre."

(María, 25 años, un hijo previo, NEM)

46

El siguiente relato da cuenta de otro significado asociado a la asunción de la maternidad en un determinado momento de la vida como posibilidad de salvación personal. El hijo se instala en el imaginario como aquel que tiene la capacidad por su sola existencia de poner en juego lo mejor de esa mujer, ser una buena madre. Es vivido como una oportunidad para dar un nuevo sentido a la propia existencia:

"Gracias a Dios que mi hija nació sana, que no nació con Sida, nació con sífilis. Pregunté y me dijeron que estaba curada, pero que siempre le iba a quedar una marquita (...) Por suerte no tiene nada, no tiene nada, está totalmente curada, no tiene nada al corazón. Totalmente sana nació y es hermosa (...) Yo volví a nacer cuando me dijeron que mi bebé era sana y que no tenía Sida. Y cuando me dijeron que tenía sífilis (...) Yo estaba todo el día drogada. Tenía miedo que naciera con una malformación. Yo decía que nazca lo que nazca yo me lo voy a quedar. Yo este bebé me lo voy a quedar, este bebé me lo mandó mi madre (fallecida) para que yo saliera de esta maldita mugre. Yo el día que nazca, ese día voy a dejar de consumir. Cuando nació me dijeron que era sanita y que no tenía VIH, sólo sífilis..."

(Guadalupe, 30 años, dos hijos previos, NEM)

Este testimonio vuelve a recordarnos que el significado asociado a la sífilis como una enfermedad curable y como un mal menor, produce cierto alivio en mujeres cuyas condiciones de vida las enfrenta a experiencias de alta vulnerabilidad, como es -por ejemplo- la situación de calle y el consumo de pasta base de cocaína (PBC). A punto tal que la representación sobre la hija recién nacida está asociada a la salud ("nació sanita").

Finalmente, un aspecto de gran relevancia es la representación de sí que transmitieron las mujeres: no ser importantes (ni para ellas ni para otros, excepto para los hijos), haber cometido errores en la vida, ser usadas por sus parejas sexuales, no ser merecedoras de atención. Esta imagen desvalorizada del sí misma

se construye desde una biografía marcada por la falta de oportunidades y por la falta de acceso a recursos simbólicos y materiales, por la desigualdad social, económica, de género y por circunstancias de vida en el presente vinculadas a contextos de vulnerabilidad social, económico y subjetivo.

"Sentí miedo por el bebé. La otra vez y ahora. Sí, por ellos sí. Por mi, no.

E: ¿Por qué por vos no?

No, porque yo no siento nada"

(Noelia, 27 años, dos hijos previos, uno con antecedentes de SC, NEM)

"Yo tengo un hijo grande. Tuve mi primer hijo a los 15 años. Tuve muy jovencita mi hijo y se llama XX, pero él va a la escuela. Y a los mellizos los tuve a los 17 años (...) Yo soy la más chica. Tengo dos hermanos más chicos, uno tiene 5 años y el otro 7. Pero como siempre fui la más chica... Yo los veo y todo, porque me los llevan a la visita, pero no me gusta ese lugar (se refiere a la Cárcel donde está reclusa). Yo no estoy acostumbrada a ese lugar, pero ta... Ellos no están acostumbrados."

(Ana, 21 años, 3 hijos previos, NEB)

"Casi 28 años tenía cuando falleció mi madre. Salí a festejar mi cumpleaños, ta yo estaba de cocaína y se acabó la cocaína y me ofrecieron vamos a fumar un porro y se acabó el porro y vamos a fumar ... y probé. Cuando quise pestañear habían pasado tres días. Tres días que estuve vagando en la calle, yo con el viaje ese y cuando llegué a mi casa mi madre se había muerto. Hice un estalle en mi cabeza. Le di un beso a cada una de mis hijas, fui al entierro de mi madre, me di media vuelta y hasta ahora no he vuelto a mi casa (...).

E. Tu mamá estaba enferma?

Si la cuidaba yo, pasaba todo el día con ella. Dándole la insulina, acompañándola al médico. Había sido revascularizada porque tenía hipertensión, tenía diabetes, asmática, la veníamos luchando hacía mucho, pero nunca pensé. Lo primero que me dijeron mis hermanas es que había fallecido de un infarto cardiovascular de angustia porque yo no volví. Pah, me sentí que fui la culpable de la muerte de mi vieja, no es que lo use de excusa, me sentí totalmente depresiva, deprimida, culpable, totalmente culpable, y no me daba la cara para encarar y cuanto más la tuve que apoyar, fue al revés. Que voy apoyar si la culpable soy yo. Me abrí. Estuve tres meses sin ir. Cuando volví a mi casa pesaba 20 kilos menos, había perdido el trabajo, el saludo de mi hija, la chiquita me miró con cara rara. Mis hermanas me miraban y lloraban, me di media vuelta y me fui."

(Guadalupe, 30 años, dos hijos previos, NEM)

d) Las mujeres y sus parejas sexuales

El análisis del vínculo de las mujeres con sus parejas sexuales es un elemento central para comprender los factores que intervienen en la transmisión de la sífilis así como ofrece algunas claves para identificar estrategias de abordaje hacia los varones. Algunas mujeres conviven con sus parejas mientras que para otras, el vínculo había terminado antes del parto o se había tratado de una relación breve y sin proyección. En la mayoría de las mujeres, estos varones no han asumido su papel de progenitores ni tampoco se espera de ellos que asuman su paternidad. Excepto en una situación, en el resto los embarazos no se planificaron conjuntamente.

Cinco mujeres manifestaron su convicción o su certeza que fueron "contagiadas" por sus parejas. Tres mujeres sabían que habían sido ellas quienes los habían infectado y una no tenía claridad sobre cómo había sucedido. Como ya se ha mencionado, la constatación de la sífilis enfrenta a las mujeres a analizar los por qué, cuándo, cómo, quien y en qué momento tuvo lugar la infección. Esto provoca enojo, malestar, culpa y/o desconcierto.

Algunas que fueron infectadas por sus parejas, perdonan y confían que la relación cambiará. Sin embargo, la realidad les devuelve otras señales. Es el caso de Noelia, la única mujer entrevistada que tenía antecedentes de SC con la misma pareja. Sin embargo, parecería que contar con la presencia paterna es un mandato que se impone. La postergación personal basada en considerarse a sí misma como una persona inferior al otro funciona para justificar la decisión de sostener el vínculo de pareja:

"Yo tengo claro que me lo contagió él. Y sí. Ahora, después que pasó todo eso ya no sale más, porque él era mucho de salir a los bailes. Ahora ya no. Después del embarazo ya no sale más de noche. Pasa ahí y me ayuda, cambió un montón. Porque estuve separada de él, estuve mucho separada, después que nació el bebé (se refiere a su hijo anterior con SC) (...) Me había ido de mi casa y me fui para la casa de mi madre. Yo no quería saber nada pero como él cambió tanto y todo, de última ya estoy contagiada y ta. Y al ver que él cambió tanto bueno, ta. Y aparte los chiquilines lo quieren mucho y lo extrañan. De última el chiquito se había enfermado en unos días que me había ido también en una discusión que tuvimos. Se me enfermó. Es muy pegado con él. Aparte es mucho por él y cuando nació y pasó todo lo que pasó en el hospital él también estuvo y siempre estuvo con él. Cuando las punciones él pedía para estar y ya sabía lo que eran y entonces el padre tiene 43 años y tiene más experiencia que yo".

(Noelia, 27 años, dos hijos previos, uno con antecedentes de SC, NEM)

En otras situaciones el diagnóstico de sífilis genera un conflicto interno y en el vínculo y no siempre hay condiciones para procesarlo de la mejor manera. Una de las mujeres en esta situación relató, con enojo y desilusión, el impacto del diagnóstico en la relación de pareja y su ambivalencia frente a la situación. La valoración positiva que realiza del vínculo no parecería condecirse con el relato de los acontecimientos que determinaron la infección por sífilis. Sin embargo, su preocupación parece concentrarse en el "cuidado del otro", los hijos, la propia pareja incluyendo sus posibles contactos sexuales:

*"Hubo un tiempo que cuando yo estaba embarazada, él se fue. Y después volvió al mes, pero yo no sé si fue ahí o qué. Yo de otra persona no me podía haber agarrado porque yo con otra persona no salgo. Sólo con él. (...) Se fue porque decía que otro más (se refiere a otro hijo)... que no sé qué, que no sé cuanto. Después volvió pidiéndome perdón y todo. No sé que hizo porque yo no lo veía.
E: Lo conversaste con él?
No sé, porque yo no sé si dejarlo o qué hacer. Porque se portó mal porque si fuera otro viene y me dice. Y jamás me dijo nada (...)
E: El también necesita tratamiento...
Sí. Yo le mandé la receta y él vino, porque la muchacha lo vio, una enfermera que lo conoce y me dijo. (...)
Le voy a plantear eso porque lo quiero, es el padre de mis hijos, aunque estemos separados, él se tiene que cuidar. Porque si él sale y está con otra muchacha, él le tiene que decir a la muchacha lo que él tiene (...) Yo y él nos llevamos bien, precioso y ahora soy yo que me atacó por todo esto. Yo no sé cómo puede terminar, porque para mí me mintió y me jugó sucio.
E: Y cuando vos le digas eso, ¿qué te parece que va a pasar?
No sé, no sé cómo puede reaccionar. Pero yo lo único que quiero es que no siga contagiando a otra gente. Que le diga."*

(Lilian, 24 años, 5 hijos previos, NEB)

Este varón con escasa o nula presencia durante el embarazo, tampoco estuvo en el momento del nacimiento de su hijo. Cabe interrogarse acerca de cuál es la expectativa de esta mujer sobre el ejercicio de la paternidad de su pareja.

En el caso de Rita, auxiliar de enfermería, con pareja conviviente, el diagnóstico positivo de sífilis en él fue conocido previamente al embarazo y esto no afectó la decisión que habían tomado de tener un hijo. Sin embargo, el relato de ella es poco claro sobre el origen de la infección, expresó dudas sobre las circunstancias y el cómo pudo haber sucedido, incluso cuestionando su propio desempeño profesional.

"Como que te choca. Es como que te tiraran a una piscina de agua fría. Es algo que no te llega bien la verdad... decís bueno... empezás a buscar para atrás, en qué momento, cómo fue, y qué no fue. Y qué hice, y quién podría haber sido. Porque si hubiese sido yo que lo hubiese contagiado, yo la que lo contagié, con que persona, pero viste te haces un monto vas para atrás haces un montón de cuestionamientos y tratas de buscar el de donde y no lo podés encontrar porque vos decís yo sé lo que hice con la otra persona y pero no sé lo que hizo la otra persona antes de estar conmigo. O si durante el mismo tiempo que él estaba conmigo estaba con otra persona. Es algo como muy difícil.

E: Y con la pareja conversaron, sobre esto que estas hablando.

Si, lo conversamos, él como que estaba negativo, de decir que él siempre se había cuidado y que siempre no se qué, pero a veces uno tiene algunos encuentros que no sabe, o que pensás que esa persona no tiene nada por fuera y a lo mejor esta teniendo algo por fuera que aparte de contigo está con otra persona. Lo hablamos mucho y tratamos de salir los dos y tampoco tratamos de no darnos mucha manija porque sino me parece que no hubiese sido llevadera (...)

Y sí. Uno se pregunta alguna vez, yo lo que me cuestiono yo siendo profesional de la salud, sabiendo todo cómo voy a caer, en ese momento, inclusive hasta buscaba, capaz que yo me pinché, porque uno trabaja. Gracias a Dios hasta el momento no he tenido accidentes laborales de punción, pero capaz que en algún momento me pasó. Buscando, es como medio..."

(Rita, 35 años, un hijo previo, NEA)

Por su parte, Juana¹, trabajadora sexual, con pareja conviviente, relató también sus dudas sobre la infección. Según dijo, ella siempre ha sido muy cuidadosa con sus clientes, tiene el carné de salud al día y no se expone al riesgo de adquirir ITS. Con su pareja es, según dijo, con la única persona que no utiliza preservativo. Sin embargo, "le cuesta creer" que él la haya infectado.

Asimismo, hubo mujeres que tenían la certeza de haber sido ellas quienes infectaron a sus parejas sexuales. Fue el caso de Carla, una mujer que vivió en situación de calle y consumidora de PBC, quien expresó que fue ella quien infectó a su pareja, pero no sabe cómo ella la adquirió.

"Lo que pasa que yo laburaba en la calle. Que no me vaya a escuchar eso mi marido porque sabes que, me ahorca. Se puede haber roto algún preservativo, no sé. Es lo que tengo pensado. Y de lo otro también que me dijeron que era por los tubos de la pipa. Porque cuando tenes eso empezas a largar sangre. Y entonces todo eso queda alrededor del tubo de la pipa y agarra así.(...)

E: Con tu pareja, lo conversaste?

No quiere ni mirarme una pestaña, dice. Dejalo así que está bien."

(Carla, 32 años, 3 hijos previos, NEB)

Lo mismo sucedió con María, también consumidora de PBC quien tenía clara conciencia que fue ella quien infectó a su pareja. En ambos casos, la situación de calle combinada con consumo de PBC produce en las mujeres alta vulnerabilidad, exposición al daño (de ITS, de violencia, de embarazos no deseados, entre otras) y denuncia la ausencia de condiciones sociales y subjetivas para enfrentar y revertir su condición con otras herramientas.

¹ Esta fue la única entrevista que no pudo ser grabada a pedido de la entrevistada. Se tomaron notas durante la entrevista pero las mismas no fueron textuales, de allí que no se utilicen viñetas sobre este caso en el análisis.

"No, yo lo contagie a él. Yo salía estaba en otra, andaba por la vida. No me sorprendí porque me cuidaba pero ahí.

E: A veces si te cuidabas?

A veces sí, a veces no, me confiaba (...)

Y él me hecha la culpa a mí, porque claro, yo le dije que ahora él se tiene que hacer el tratamiento. Yo ya lo hice, tengo que terminarlo de repente o quizás volver hacer otro. Pero él tiene que empezar a dar un paso y él me dice que yo tengo la culpa de todo. De repente capaz que sí pero si él ahora no empieza a hacer el tratamiento, es un cobarde para los inyectables (...)

Consumía de todo, hacía siete meses. Entonces no tenía pareja estable, tenían uno, otro, uno todos los días y no sé muy bien quien me contagió, porque no era que no me cuidaba con todo el mundo. Tenía mis personajes seleccionados de que no me cuidaba. Uno de ellos tenía que haber sido."

(María, 25 años, un hijo previo, NEM)

Guadalupe, otra mujer en situación de calle y consumidora de PBC no tiene certeza cómo la adquirió. Su relato reafirma, una vez más, que las condiciones de vida de alta vulnerabilidad en mujeres en estas situaciones, las expone a riesgos y daños de distinto tipo.

"Yo tenía relaciones frecuentes sin preservativo. Y agradecí no tener Sida. Entonces imagínate. Yo si tenía lo contagié a alguien y alguien me contagió a mí y así sucesivamente. Sí, claro, es así. Y sin síntomas... (...)

Hace un año que estamos saliendo. Yo iba a todos los días en la vuelta de la calle, yo iba todas las mañanas. El abría el bar a las 5 de la mañana, a comprar unos cigarros para tener la ceniza, a pedirle para pasar a baño para lavarme las manos, y él siempre me veía y yo pasaba y le compraba dos empanadas, antes de irme y él estaba contento porque conocía a todas las gurisas, pero él estaba contento porque yo de última me higienizaba, me compraba dos empanadas, los cigarros, porque él sabía en la que andábamos. Y él nunca se metió en nada. Y un día yo llegué, yo alquilaba una pieza en la que consumía y que me metí al mango con la pasta. (...) Entonces pasaban todos los días y ahí empezó el vínculo. Un día me dice si estaba en la calle, yo si querés te puedo ayudar, ahí empezó un vínculo, él nunca pensó que podría tener relaciones, yo se la quise retribuir y aparte me quise avivar pensé en sacarle plata por tener relaciones, aparte porque que me ayudaba. Yo por tener relaciones le cobraba y de ahí me compraba la pasta, pero nunca me imagine que fuera a quedar embarazada.

E: ¿Por qué nunca imaginaste?

Porque él tiene 70 años porque es un viejo... Yo pensé que ya no producía ni nada. Nunca me imagine, aparte un año seguido tuvimos. Es lo que yo le decía a él, no puedes estar embarazada mía. A lo primero estaba rechocho, y no le daba vergüenza. Él salía del bar, porque él tenía un bar, él está bien económicamente, al principio no le importaba que fuera pero cuando se empezó a notar la panza, le decían viste que garrón se comió aquel, alguno de los compañeros saltaron con alguna estupidez. Él empezó a decirme que no venga mas y yo le dije mira XX estoy segura que es tuyo..."

(Guadalupe, 30 años, dos hijos previos, NEM)

Estos tres relatos permiten constatar el impacto del consumo de PBC en la vida sexual y reproductiva de las mujeres que viven estas circunstancias. La desigualdad de género junto con otras formas de desigualdad y de exclusión social (vinculada a condiciones sociales, familiares y subjetivas favorecedoras de consumo de PBC), se conjugan de forma tal para que produzcan condiciones in-habilitantes para el ejercicio de derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos.

Estos derechos implican el acceso a poder (poder de sí e igualdad) y recursos (materiales y simbólicos) para

ser reconocidos y ejercidos plenamente por las personas. Requieren contar con garantías y con condiciones, así como también del fomento de la autonomía de las mujeres (en todas sus dimensiones: sexual, subjetiva, económica y social) y de procesos de construcción de empoderamiento (tanto en su dimensión intrínseca como extrínseca) para su apropiación subjetiva, su exigibilidad y su ejercicio en la vida cotidiana (49).

El vínculo con los varones con quienes se vincularon sexualmente (y en algunos casos, progenitores de sus hijos), es ambivalente. Se trata de un tipo de relación cargada afectivamente por sentimientos de amor - odio, rechazo e ilusión. Esta ambivalencia se instala independientemente del lazo de afecto que las una a ellos pero varía en su intensidad dependiendo del tipo de relación (ocasional, estable, presente o finalizada). De allí que, salvo algunas de ellas, no haya manifiesto interés en contactarlos para que accedan a conocer el diagnóstico y sean tratados adecuadamente.

"Lo que yo tengo miedo es por XX. De que si yo ya estaba infectada cuando estaba con él o me lo agarré con él. Pero si él se hubiese preocupado, hubiese venido al hospital. Yo no recibí visitas de nadie, nada más que de mis hermanas. Yo, si tengo esta ropa y tengo jabón es porque me lo traen todo mis hermanas."

(Guadalupe, 30 años, dos hijos previos, NEM)

"No quiero ni hablar, hacía tiempo que había dejado de hablar. Hace meses que no lo estaba viendo ni nada... Yo nunca fui de tener estas cosas."

(Ana, 21 años, 3 hijos previos, NEB)

"Capaz que fue él. Me queda la duda, pero yo con él no tengo contacto, no tengo el número de teléfono ni nada. Yo me pelee y nunca más... Tampoco tengo interés de verlo"

(Alicia, 20 años, sin hijos previos, NEB)

Finalmente, un dato importante surgió de la lectura de las historias clínicas de las mujeres. En tres de ellas, se pudo constatar que tenían antecedentes o estaban viviendo situaciones de violencia doméstica y sexual (VDS). Este aspecto relevante no surgió en las entrevistas que realizamos, lo cual abre líneas de investigación que ameritarían otros estudios. Los datos disponibles a nivel nacional son indicativos aunque insuficientes aún. Surgen de un estudio del 2008 que vincula la VDS en mujeres que viven con VIH, tanto como causa como consecuencia de la infección (50).

La sífilis gestacional es un acontecimiento que denuncia el déficit en las posibilidades de ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en esas mujeres, incluido el acceso a servicios de salud. La falta de condiciones subjetivas, sociales y materiales para exigir el uso del condón en las relaciones sexuales, la dependencia afectiva de sus parejas, la postergación personal y el no autocuidado asociado a la escasa valoración de sí mismas, los estereotipos de género vinculados a modelos tradicionales de maternidad, la ausencia de los varones en asumir sus responsabilidades sexuales y reproductivas, las barreras subjetivas y socio-culturales para acceder a una atención oportuna durante el embarazo, las barreras institucionales y culturales en los proveedores y servicios de salud para proveer una atención adecuada (incluida la consejería), son algunos de los indicadores de ello. En tal sentido, se puede considerar la falta de empoderamiento y autonomía personal, la desigualdad social y de género y los modelos hegemónicos del ser mujer y varón asociados a patrones reproductivos y al amor romántico como algunos de los determinantes sociales que operan para que la SG y SC sea una realidad en la vida de estas mujeres y sus recién nacidos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los datos presentados confirman que la SG y la SC han aumentado globalmente en los últimos años en el país, basándonos en el consolidado del SIP, fuente fidedigna y con una cobertura de más del 80% para el año 2008. Sin embargo, no muestran lo mismo los datos aportados por el departamento de vigilancia en salud pública. La cobertura de las notificaciones de SG y SC, indica que si bien han aumentado en el año 2008, no son comparables a la del SIP y parecerían estar sesgadas por los datos del CHPR, que es el efector notificador por excelencia, actuando como puesto de vigilancia centinela. Al no existir notificaciones por parte de los laboratorios clínicos al departamento de vigilancia en salud pública, el consolidado del SIP se constituye en el mejor registro disponible y confiable.

La SG ha aumentado casi un 100% entre el 2004 y el 2008 y este aumento se ha producido tanto en el sector público como privado. Pero, en el primero, la magnitud es muy superior. Este incremento pone de manifiesto que se trata de un problema centrado en la población más pobre pero que no respeta clase social. El análisis de características socio demográficas y de control del embarazo muestra que las categorías poblacionales no difieren sustancialmente en el subsector público y privado en relación a la distribución de la enfermedad, salvo respecto al nivel de instrucción que marca claramente a una población especialmente vulnerable entre las usuarias del sector público.

En cuanto al control de embarazo, se comprueba que las población más afectada por la SG es la de mujeres del sector público, sin control prenatal, lo cual es casi esperable, ya que estas mujeres llegan al parto si haber tenido contacto alguno con el sistema de salud. Sin embargo cabe señalar que en las otras categorías (1 a 4 controles y más de 4 controles), también se observa un incremento en la SG. Esto pone en evidencia las oportunidades perdidas por parte de los servicios de salud para diagnosticar y tratar adecuadamente la enfermedad, lo cual debe ser tenido en cuenta en el desarrollo de una estrategia nacional para la prevención y erradicación de la SG y SC. La iniciativa de la RAP – ASSE con la instalación del test rápido treponémico es una medida que busca evitar la pérdida de oportunidades. Esta estrategia deberá evaluarse en su diseño y resultados para – con las adaptaciones y ajustes pertinentes – ser considerada como un modelo de intervención para todo el SNIS.

En cuando a la SC se observa un claro incremento tanto en Montevideo como en el interior pero sólo en el sector público. El sector privado de todo el país muestra una reducción de la SC a pesar del incremento en la SG. La explicación para este hecho parecería estar relacionada a que la SG es tratada en tiempo y forma adecuadas en el sector privado lo que redundaría en una curación clínica y serológica, que conlleva a una reducción de la SC.

Es probable que, en el sector público, el incremento en la SG esté relacionado con la ausencia de políticas activas para el diagnóstico y tratamiento oportuno, lo que habría derivado en el incremento también de la SC, tal como lo sugiere el análisis de las políticas públicas en la materia, mostrando que las mismas se estructuran claramente recién a partir de 2008.

El problema del aumento de la SG y SC tardó en colocarse en evidencia en el país y en reconocerse como un problema de salud pública. Las iniciativas que se generaron tendientes a reducir el problema de la SC se han basado en Uruguay como en el mundo, en el control de la SG. Las mismas incluyeron el uso de tests rápidos treponémicos para la detección de sífilis en el primer contacto con el sistema de salud promovido por la RAP – ASSE, la inclusión de la SC y SG entre los objetivos del Programa ITS-VIH-Sida del MSP, el entrenamiento de agentes comunitarios de salud para la captación de mujeres embarazadas sin control y el entrenamiento del personal de salud en cuanto a la relevancia de esta enfermedad. Sin embargo estas iniciativas no son

suficientes y en su mayoría no han sido adecuadamente coordinadas con todos los actores involucrados.

Las políticas públicas que se han estructurado y comenzado a implementar hace poco menos de dos años, si bien significan un avance importante, siguen basándose en acciones de tipo vertical no articuladas desde el punto de vista programático en el campo de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, no han buscado responder integralmente al conjunto de determinantes sociales que están asociados a la SG.

Los resultados obtenidos en este estudio permiten señalar que los determinantes sociales de la SG están vinculados fundamentalmente a las desigualdades de clase y género; a los estereotipos sobre la maternidad; a la baja participación de los varones a la hora de asumir sus responsabilidades sexuales y reproductivas; a la falta de condiciones de estas mujeres para fortalecer su autonomía personal y empoderamiento para ejercer y exigir sus derechos (en particular los derechos sexuales y reproductivos); a la relación entre exclusión social, patrones de fecundidad, exposición al riesgo de ITS y embarazo no deseado; a las barreras socioculturales y subjetivas para ejercer el derecho a la salud y el acceso a la atención oportuna; a los significados asociados a la sífilis como una enfermedad inexistente y/o inocua y a la higiene "intima" y la fidelidad - "amor romántico" como barreras de alta eficacia simbólica para su prevención; entre los más significativos.

Junto con una respuesta clara y sostenida desde el sector salud, se deberían proyectar acciones intersectoriales que involucren a otros actores gubernamentales y de la sociedad civil.

Este estudio permite identificar algunas recomendaciones para la definición y puesta en práctica de una Estrategia Nacional para prevenir y erradicar la SG y la SC, las cuales deberían articularse con las acciones que se han comenzado a implementar específicamente desde el año 2008.

- Integrar las acciones dirigidas hacia la SG y la SC en una política nacional e intersectorial de SSR que incluya el conjunto de determinantes sociales que están vinculados a la prevalencia de esta realidad, con un enfoque de género, generaciones y derechos.
- Inclusión de acciones preventivas de la SG y la SC en programas sociales especialmente aquellos dirigidos a sectores de mayor vulnerabilidad socio-económica, prestando especial interés a los programas de erradicación y atención del consumo de sustancias psico-activas y los programas dirigidos a la población adolescente y joven.
- Desarrollo de acciones de atención primaria en SSR dirigidas a los varones en general y, en particular, a las parejas sexuales de las mujeres afectadas para su adecuada captación, diagnóstico y tratamiento oportuno y que busquen promover la responsabilidad, el autocuidado y el mutuo-cuidado en el ejercicio de la vida sexual.
- Desarrollo de estrategias de prevención y comunicación dirigidas específicamente a grupos poblacionales más vulnerables y expuestos a mayor riesgo de infección de sífilis, donde se constata una mayor prevalencia, en particular mujeres adolescentes con nivel educativo bajo y nivel económico bajo; sus parejas sexuales; personas que consumen PBC u/y otras drogas; personas en situación de calle; mujeres en situación de violencia doméstica y sexual.
- Realizar un estudio basado en la identificación de SG y SC a través de múltiples fuentes de información y apareamiento posterior de los ficheros o bases de datos con el fin de identificar aquellas instituciones con baja notificación. Con este dato se podrían "realizar refuerzos educativos " para promover la notificación, así como también realizar búsquedas activas de casos (51).
- Realizar auditorías de los procedimientos desarrollados en los servicios de salud públicos y privados, para evaluar el cumplimiento de las normas y pautas de diagnóstico y tratamiento de los casos de SG y SC.

- Realizar auditorías con el objetivo de evaluar la realización de autopsias de óbitos fetales para establecer su vínculo con la SC.
- Promover la centralización de los datos de laboratorios clínicos en el Departamento de Vigilancia Epidemiológica para contar con un registro fidedigno.
- Promover la inclusión de la SG y la SC en una agenda de investigación sobre SSR, género y derechos que ofrezca más evidencias sobre los determinantes sociales que operan en la prevalencia de esta infección y brinde herramientas para el desarrollo de metodologías educativas adecuadas para su prevención y erradicación, en particular estudios sobre varones y modelos hegemónicos de sexualidad y reproducción; inter-vinculación entre violencia basada en género e ITS – sída y sífilis.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- 1) Hortal M, Iraola I, Agorio C, De Mucio B, Fescina R. Sífilis congénita: un problema tan antiguo como actual. Rev Méd Urug 2008; 24 (2): 146 – 9.
- 2) Agorio C, De Mucio B, Iraola I, Hortal M. Sífilis congénita: auditorías a tiempo real. Rev. Med Urug 2009; 25 (4): 219-223.
- 3) Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev. Panam Salud Pública 2004; 16(3): 211-217.
- 4) Valderrama J. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y El Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington: OPS, 2005.
- 5) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional por la Eliminación de la Sífilis Congénita. Sífilis congénita. Situación y recomendaciones. Montevideo: MSP, 2008.
- 6) Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Ginebra: OMS; 2008.
- 7) Organización Panamericana de la Salud, UNICEF. Iniciativa Regional para la Eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la Sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; 2009. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1569).
- 8) Cuevas L. De Oliveira R. Sífilis congénita: un desafío nacional. Arch. Gin Obstet 2005; 43(3):143-7.
- 9) E Galban A.S, Benzaken J. Situación de la sífilis en 20 países de Latinoamérica y el Caribe: año 2006. Bras Doencas Sex Transm 2007; 19 (3-4): 166-172.
- 10) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR 2006; 55 (No. RR-11).
- 11) Evers B, Juarez M. Globalización y reforma del sector salud: una perspectiva de género. En: Globalización, Reforma del Sector Salud, Género y Salud Reproductiva. Santiago, Chile: Fundación Ford; 2002.
- 12) Standing H. Estado actual de las políticas y su implementación. Revista Mujer y Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 4/2000. Santiago de Chile; 2000.

- 13) Londoño A. Políticas públicas en salud para la equidad de género. Taller: Reformas de la región: respuestas urgentes para la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Lima: RSMLAC; oct. 2003.
- 14) Barrán J.P. Historia de la sensibilidad en Uruguay. Tomo II El disciplinamiento. Montevideo: Banda Oriental; 1992.
- 15) Fondo de Población de las Naciones Unidas. Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994. Ginebra: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 1995.
- 16) Comisión Nacional de Seguimiento. El estado uruguayo y las mujeres: capítulo salud. Montevideo: CNS; 1998.
- 17) Abracinskas L, López Gómez A. Los derechos sexuales y reproductivos en la arena de la acción política. Seminario Regional UNESCO. ONGs, Gobernanza y Desarrollo en América Latina. 28 – 30 de noviembre de 2001. [consultado 2011 feb. 24] URL disponible en: <http://www.unesco.org.uy/most/seminario/ongsgobernanza/documentos/Msyu.pdf>.
- 18) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Promoción de Salud. Dpto. Materno Infantil. Proyecto Maternidad y Paternidad elegida. Iniciando un camino. Montevideo: MSP; 1997.
- 19) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Análisis y tendencias de la Salud en Uruguay. Montevideo: MSP/FISS; may. 1999.
- 20) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. La salud de Uruguay por departamentos en cifras. Montevideo: MSP/FISS; 2001.
- 21) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. La salud de Uruguay en cifras. Montevideo: MSP/FISS; 2001.
- 22) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Mujer y Salud. Área Mujer y Salud. Comité de la Mujer y la Familia. Montevideo: MSP; 1999.
- 23) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Administración Servicios de Salud. Servicio de Salud de Asistencia Externa. Informe de fines de siglo. Montevideo: SSAE; en. 2000.
- 24) López Gómez A, Abracinskas L, Furtado M. Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: avances y retos para el pleno cumplimiento del programa de acción. Cuaderno UNFPA. Serie Divulgación nov. 2009; 3(4).
- 25) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Área Mujer Niñez. Normas de atención integral de la salud en la adolescencia. Montevideo: MSP; ago. 2003.
- 26) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Código nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria. Montevideo: MSP; may. 2004.
- 27) (27) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Dpto. de Epidemiología. Guías para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. Montevideo. MSP/OPS; feb. 2006.
- 28) López Gómez A, Benia W, Contera M, Güida C. (coord.) I Encuentro Universitario en Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología, Universidad de la República. UNFPA, Montevideo, 2003. Montevideo: UNFPA; 2003.
- 29) IMM. Red de Merco-ciudades. Unidad temática género y municipio. Comisión de la Mujer, Fundación Friedrich Ebert en Uruguay, FESUR. Ciudades planificando la igualdad. Montevideo: FESUR; ago. 2001.
- 30) López Gómez A, Benia W, Güida C, Contera M. Del modelo materno infantil al modelo en salud sexual y reproductiva: tensiones, obstáculos y perspectivas. Montevideo: Facultad de Psicología/UNFPA; 2003.

- 31) CLADEM Uruguay, MYSU. Derechos sexuales y derechos reproductivos: diagnóstico nacional y balance regional: campaña para la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Montevideo: CLADEM/MYSU; 2003.
- 32) López Gómez A, Quesada S. Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a equipos técnicos de los Centros CAIF. Montevideo: Gurises Unidos/UNFPA/Plan CAIF; feb. 2002.
- 33) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Prioritario ITS/SIDA. Programa Prioritario ITS/SIDA Montevideo: MSP; 2005.
- 34) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Prioritario ITS/SIDA. Avances en el plan estratégico nacional quinquenal 2005-2010" del Programa Prioritario de ITS/SIDA. Montevideo: MSP; 2010.
- 35) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Prioritario ITS/SIDA. Infecciones de transmisión sexual (ITS): pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. Montevideo: MSP/OPS; 2005.
- 36) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Uruguay: Montevideo: MSP; 2006.
- 37) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay. Montevideo: MSP/UNFPA/ OPS; ago. 2006.
- 38) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de la Mujer y Género. Guías en salud sexual y reproductiva: capítulo normas de atención a la mujer embarazada. Montevideo: MSP; 2007.
- 39) Benia W, Hopenhaym M, Rieppi L, Melgar S. (ed). Creciendo en Salud. Jornadas de Atención Primaria de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel. RAP-ASSE. Montevideo. 2009. Montevideo: MSP; 2009. p 24, 124-125.
- 40) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Adolescente. Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Montevideo: MSP; 2009.
- 41) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud Adolescente. Programa Nacional de Salud Adolescente. Uruguay 2007. Montevideo: MSP; 2007.
- 42) Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Mujeres. Primer plan nacional de igualdad de oportunidades y derechos para mujeres y hombres. Montevideo: MIDES; 2007.
- 43) Intendencia Municipal de Montevideo. Comisión de Equidad y Género. 2º Plan de igualdad de oportunidades y derechos entre mujeres y varones: Montevideo 2007 – 2010. Montevideo: IMM. AECl; 2007.
- 44) ASEPO, MYSU. Monitoreo de las Metas UNGASS en salud sexual y reproductiva: perspectiva desde la sociedad civil. Montevideo: ASEPO; 2008.
- 45) MYSU. Informe 2008 Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo: MYSU; 2008.
- 46) MYSU Informe 2009 Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo: MYSU; 2009.
- 47) MYSU. ¿Qué es la sífilis? [en línea] [consultado 2011 mar. 25]. URL disponible en: <http://www.mysu.org.uy/IMG/pdf/sifilis.pdf>
- 48) Ciliano M. Sífilis congénita: situación actual en la población usuaria del CHPR: monografía de Postgrado de Neonatología. Montevideo: Facultad de Medicina/UdelAR; 2005.
- 49) Correa S, Petchesky R. Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. In Sen G. et al (eds) Population policies reconsidered. NY: International Women Health Coalition; 1994 p. 107-128.

- 50) Burstin V, Abracinskas L, López Gómez A. Violencia contra las mujeres y VIH – Sida: dos caras de una misma realidad: estudio en Uruguay. Montevideo: MYSU/FEIM; 2009.
- 51) Valderrama J. Metodología para estudios de subnotificación de sífilis en embarazadas. Washington: OPS; 2005.



PARTE 2

**EL SISTEMA INFORMÁTICO
PERINATAL COMO HERRAMIENTA
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
DE LA SÍFILIS CONGÉNITA.**

**POTENCIALIDADES Y OPORTUNIDADES
PERDIDAS EN URUGUAY.**

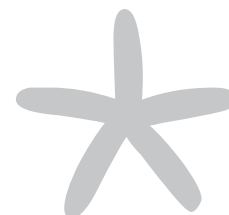
WILSON BENIA

AGRADECIMIENTOS

Revisión técnica del documento
Dra. Suzanne Serruya. CLAP/SMR/ FCH/OPS

Expertos que han realizado apoyo técnico
Dr. Ricardo Fescina. CLAP/SMR/ FCH/OPS
Dr. Bremen De Mucio. CLAP/SMR/ FCH/OPS
Dr. Pablo Durán. CLAP/SMR/ FCH/OPS

Profesionales y funcionarios que han sido entrevistados.
Dr. Gerardo Martínez. CLAP/SMR/ FCH/OPS
Dra. Calíope Ciriacos MSP
Dra. Teresa Puppo. MSP
TRM Marines Figueroa. MSP
Dra. Mónica Pujadas. MSP
Ing. Heber Damián. MSP
Dr. José Vázquez. CHPR-ASSE
Dr. Rafael Aguirre. RAP-ASSE



RESUMEN EJECUTIVO

La sífilis congénita en la última década se ha reinstalado progresivamente en la agenda de los gobiernos de la región y de los organismos internacionales como un problema de salud pública reemergente. Ello ha determinado la puesta en marcha del "Plan para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas" y más recientemente la "Iniciativa regional para la Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe".

En el año 2008, investigaciones realizadas a partir de datos del Sistema Informático Perinatal del Centro Hospitalario Pereira Rossell por el Programa Nacional de Salud de la Niñez del MSP, en colaboración con el CLAP/SMR, evidenciaron una incidencia creciente de gestantes y recién nacidos con VDRL reactivo, que pasó del 1.3% de las embarazadas en el año 2003 al 3% en el 2007, y del 1.4% al 2.1% de recién nacidos con serología positiva en los mismos años. Asimismo se reportó una importante subnotificación en todo el país con 66 casos de sífilis congénita notificados al MSP en el año 2006, mientras que los registros de ese año en el SIP mostraban 117 casos identificados sólo en el CHPR.

Los objetivos planteados en el presente estudio fueron: analizar la utilización en el país del SIP para la vigilancia centinela de Sífilis Materna y Sífilis Congénita; elaborar una aproximación a la situación epidemiológica del Uruguay respecto a la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, a partir de datos emanados del SIP y realizar recomendaciones para la optimización del SIP como herramienta de vigilancia, monitoreo y evaluación.

La metodología aplicada integró diferentes componentes: revisión documental (Publicaciones del CLAP referidas al SIP, Decretos y Resoluciones del MSP), entrevistas con informantes clave (CLAP, ASSE, MSP) y análisis de la Base de Datos SIP del año 2008.

Los resultados más relevantes mostraron una cobertura del SIP del 86,4% de los nacimientos de todo el país, con un déficit de cobertura predominantemente en el interior del país a expensas sobre todo de las maternidades del subsector público. Si bien el llenado de la HCPB está incluida en las metas prestacionales exigida a los prestadores integrales y auditada por la JUNASA, no está previsto su volcado a una base de datos, y es heterogéneo el diseño de los formularios usados en las diferentes maternidades.

La prevalencia de serología luética positiva en embarazadas tamizadas antes de las 20 semanas alcanzó el 1% en todo el país, con sus niveles más altos en el subsector público de Montevideo que ascendió al 2%. Llama la atención la baja cobertura de tamizaje luego de las 20 semanas de gestación que ascendió al 42,5% a nivel general, y al 75,8% en el subsector público de la capital.

La incidencia de VDRL positivo en sangre de cordón de RN ascendió al 1,1% a nivel nacional, con un rango cuyos extremos se observaron en la capital con el 0,2% en el subsector privado y el 3,7% en el subsector público, constatándose que en ningún subsector del sistema sanitario los valores de incidencia se ubican dentro de las metas de eliminación planteadas por la OPS de 0,5 por mil RN.

Entre las principales recomendaciones se plantea: la implantación del uso de la versión SIP 2010 a nivel nacional, la modificación de la meta prestacional incluyendo el cargado de los datos en una base de datos del SIP y la reactivación de un comité nacional y departamental de supervisión y análisis de los datos del SIP, en la órbita de la DIGESA; asimismo desarrollar líneas de trabajo tendientes a la sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud, respecto a la problemática de la sífilis congénita y su prevención.

INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita en la última década se ha reinstalado progresivamente en la agenda de los gobiernos de la región y de los organismos internacionales como un problema de salud pública reemergente. Ello ha determinado la puesta en marcha del "Plan para la eliminación de la sífilis congénita en las Américas" y más recientemente la "Iniciativa regional para la Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe". (1)(2)(3)(4)(5)

Los documentos internacionales jerarquizan los sistemas de vigilancia centinela para un adecuado monitoreo de las tendencias de la enfermedad, así como para la evaluación del impacto de las medidas de intervención implementadas.

En Uruguay el problema fue visibilizado con claridad en 2008 a partir de una investigación realizada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), por el Programa Nacional de Salud de la Niñez del Ministerio de Salud Pública (MSP) en colaboración con el Centro Latinoamericano de Perinatología-Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) (6). A partir de datos del SIP se puso en evidencia una incidencia creciente de gestantes y recién nacidos con VDRL reactivo, que pasó del 1.3% de las embarazadas en el año 2003 al 3% en el 2007, y del 1.4% al 2.1% de recién nacidos con serología positiva en los mismos años.

Se planteaba además la importante subnotificación en todo el país (solo 66 casos notificados al MSP en el año 2006), que no permitía cuantificar la magnitud del problema. En este contexto el análisis de la información registrada en el SIP (117 casos identificados en 2006 en el CHPR) permitió identificar a la SC como un problema creciente y prioritario de Salud Pública.

Estudios posteriores muestran que una importante subnotificación aún existe a pesar de la vigencia del decreto 64/004 que establece la notificación obligatoria e inmediata a Vigilancia Epidemiológica del MSP de todos los óbitos y RN con SC. De un total de 58 recién nacidos con serología positiva identificados en el CHPR entre octubre de 2007 y enero de 2008, solamente el (44,6%) fueron notificados al Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública. (7)

El Sistema Informático Perinatal es considerado un instrumento de gran importancia para la vigilancia centinela de diversos aspectos considerados estratégicos para lograr el control y la eliminación de la Sífilis Congénita: la detección precoz y el tratamiento oportuno de la Sífilis durante el embarazo, el tamizaje en la primera consulta prenatal, la promoción del inicio temprano del control prenatal y la disminución de reinfección mediante el tratamiento de las parejas sexuales y la consejería sobre ITS y uso del preservativo. (8) (9)

Implantado por ley en todas las maternidades del país desde 1986, el SIP se ha constituido en una fuente de información de gran potencialidad. Se presume una escasa utilización para el monitoreo y la orientación de intervenciones eficaces para la prevención de la SC. Mensurar la magnitud de esta subutilización, sus determinantes y las oportunidades perdidas que genera, puede contribuir a revertir esta realidad.

OBJETIVOS

El presente trabajo se propone los siguientes objetivos.

- 1.1 Elaborar una aproximación a la situación epidemiológica del Uruguay respecto a la Sífilis Gestacional y la Sífilis Congénita, a partir de datos emanados del SIP.
- 1.2 Analizar los niveles de utilización del Sistema Informático Perinatal para la vigilancia centinela de Sífilis Materna y Sífilis Congénita, vigentes en el país.
- 1.3 Realizar recomendaciones para la optimización del Sistema Informático Perinatal como herramienta de vigilancia, monitoreo y evaluación.

MARCO CONCEPTUAL

LA SÍFILIS CONGÉNITA: UN PROBLEMA REEMERGENTE.

La Sífilis congénita es identificada en el momento actual como un relevante problema de salud pública de la región de América Latina y el Caribe (ALC), en un contexto de aumento creciente de la problemática de las ITS en general y el HIV-SIDA en particular.

Desde el punto de vista epidemiológico la sífilis gestacional es el determinante próximo más relevante para la sífilis congénita. En América Latina y el Caribe la mediana de seroprevalencia en mujeres embarazadas se ha ubicado en 3.9%, con un rango entre países de 0,7% a 7.2% (1).

Se estimó para el año 2002 que en la Región de ALC más de 300.000 mujeres seropositivas no recibieron tratamiento durante el embarazo; promediando los resultados de varios estudios y modelos sobre los efectos adversos de las sífilis materna no tratada, podría afirmarse que un tercio de sus hijos habrían nacido con sífilis congénita y un tercio habrían terminado como abortos espontáneos o muertes fetales a consecuencia de la infección (5)

Información actualizada en los países de la región del MERCOSUR sobre la prevalencia de Sífilis en embarazadas y/o púérperas muestra un rango entre 0.2% (Chile, 2008) y 3,8% (Paraguay, 2008). (11)

Estimaciones recientes plantean que en 2007 en ALC alrededor de 164.000 niños nacieron con sífilis congénita (1). En al menos 7 países de la región, la SC configura un problema de salud pública, con niveles de incidencia superiores al 0.5 casos por 1000 nacidos vivos, que es la tasa de incidencia que la OMS se ha planteado como meta para el control de la enfermedad y lograr generaciones libres de sífilis congénita. (1) Los países del MERCOSUR y asociados han reportado recientemente datos muy diversos de incidencia de sífilis congénita con un rango que va del 0.39 por mil (Chile, 2008, Notificación obligatoria) al 26 por mil en un hospital público del Uruguay (2008, datos SIP). (11)

Entre los aspectos que contribuyen a mantener el problema se destacan: escaso interés de los decisores de políticas, subnotificación y baja demanda de los usuarios. La falta de datos sobre las tasas de sífilis gestacional y congénita, contribuye a la baja prioridad que se le da a la enfermedad como problema de salud pública. (3) Ante esto las herramientas pertinentes son la abogacía y sensibilización, la vigilancia epidemiológica, y la educación para la salud a nivel poblacional.

Diversas iniciativas han intentado dar respuestas operativas ante esta problemática, desde el Plan de Acción para la Eliminación de la Sífilis Congénita durante la 116ª Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS, hasta la Estrategia para la Eliminación Mundial de la Sífilis congénita lanzada por OMS en 2006, retomada por la Iniciativa Conjunta (2009), que plantean como pilares para la eliminación de la SC el compromiso sostenido de las instancias políticas, la mejora del acceso a servicios materno infantiles de calidad, asegurar las pruebas de detección a las mujeres embarazadas y sus parejas, y el establecimiento de sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación. (3)

La atención prenatal adecuada se sigue considerando como el camino privilegiado para abatir los índices de sífilis congénita, con sus diversos componentes: captación precoz de la gestante; adecuado control del embarazo (al menos 5 controles prenatales); realización de VDRL/RPR y test rápidos combinados en primera consulta, idealmente en el primer trimestre, y realización de VDRL/RPR en el entorno de la semana 28, tercer trimestre; consejería y tratamiento adecuado a la gestante seropositiva y de sus compañeros sexuales.

Es relevante el adecuado monitoreo de estos componentes de la atención prenatal como un modo de evaluar los niveles de riesgo de una población para el crecimiento de la sífilis gestacional y la sífilis congénita.

LA VIGILANCIA EN SALUD COMO ESTRATEGIA DE SALUD PÚBLICA.

La OMS ha jerarquizado la importancia del desarrollo y fortalecimiento de sistemas de vigilancia, seguimiento y evaluación de las intervenciones, al señalarlo como uno de los pilares fundamentales de la estrategia para la eliminación de la sífilis congénita. (3) Se ha destacado la conveniencia de complementar los dispositivos de vigilancia en base a la notificación obligatoria de casos, con componentes complementarios de vigilancia centinela a partir de registros continuos, que a través de cortes periódicos sobre la realidad, permitan visualizar la evolución y las tendencias de la enfermedad y así como el impacto de las acciones dirigidas a mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de atención.

La sífilis congénita es una enfermedad de notificación obligatoria en la mayoría de los países de la región en el momento actual. El "Reglamento Técnico MERCOSUR de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades y Brotes entre los Estados Partes del MERCOSUR", la incluye expresamente como enfermedad priorizada sobre la que se deben desarrollar procedimientos mínimos armonizados para intercambio de información y adopción de medidas de control. (12)

En el Uruguay a partir la ordenanza del año 2009 que modifica el Decreto del Poder Ejecutivo N° 64/004, se incluye en el Código Nacional de enfermedades de Notificación Obligatoria la notificación de:

- Todo caso sospechoso o confirmado de sífilis en todas sus manifestaciones incluyendo: sífilis congénita, sífilis de la embarazada, sífilis del adulto,
- Todo caso de óbito fetal.
- La sífilis congénita integra las enfermedades que deben ser notificadas dentro de las 24 horas posteriores a su detección. (14) (15)

EL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL: HERRAMIENTAS EN EVOLUCIÓN.

La versión de la HCPB de 1990 reservaba para la sífilis un campo en el apartado de Embarazo Actual, donde se podía consignar si el VDRL era positivo o negativo y la fecha de realización, y un campo en el apartado de Recién Nacido donde se podía consignar el resultado positivo o negativo del VDRL. (16).

La puesta en funcionamiento del SIP, su utilización en numerosos estudios científicos, la evaluación de las prácticas de uso de sus componentes (CP, HCPB), así como la inclusión de nuevas problemáticas relevantes en la atención de la salud perinatal, fueron determinando la necesidad de incorporar nuevos campos y variables al SIP, evidenciando la gran plasticidad de los instrumentos para adaptarse a las nuevas necesidades. En lo que respecta al campo de la sífilis en particular, la versión 2010 de la HCPB incluye un conjunto de campos muy relevantes en el apartado de Embarazo Actual: Prueba treponémica y no treponémica, realización de las mismas antes o después de las 20 semanas, semana de realización de las pruebas, resultado positivo, negativo o sin dato, tratamiento de la embarazada y semana de realización del mismo según que el VDRL se haya realizado antes o después de las 20 semanas, y tratamiento de la pareja antes y después de las 20 semanas (Figura 1). Asimismo en el apartado de Recién Nacido se incluye la realización de la prueba de VDRL y del tratamiento. (9)

La versión 2010 brinda así un conjunto de variables de gran relevancia para el monitoreo y evaluación de la situación epidemiológica de la sífilis materna y la sífilis congénita, en orden a la Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe.

SÍFILIS - Diagnóstico y Tratamiento												
no treponémica			Prueba treponémica				Tratamiento				Tto. de la pareja	
-	+	s/d	-	+	s/d	n/c	no	si	s/d	n/c	no	si
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
< 20 sem			semanas				semanas				s/d n/c	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
< 20 sem			semanas				semanas				no si	
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
> 20 sem			semanas				semanas				s/d n/c	

FIGURA 1. Sector de la HCPB versión 2010, correspondiente a Sífilis.

EL SIP Y LA NORMATIVA URUGUAYA.

El Sistema Informático Perinatal (SIP), está en uso en Uruguay desde 1985. En el año 1990 se dispuso el uso obligatorio de todos los componentes del SIP en todas las instituciones de salud, públicas y privadas, a través del decreto del Poder Ejecutivo 410/90, a instancias del Dr. Roberto Caldeyro Barcia como director del Programa Materno Infantil del MSP. (13) El decreto expresa que el no cumplimiento de lo establecido, aparejará la aplicación de sanciones por parte del MSP, si bien no se explicita el carácter o modalidad de las mismas.

METODOLOGÍA

REVISIÓN DOCUMENTAL.

- Publicaciones del CLAP referidas al SIP.
- Decretos y Resoluciones del Ministerio de Salud Pública.

ENTREVISTAS CON INFORMANTES CLAVE

- CLAP: referente de SIP. Dr. Gerardo Martínez.
- ASSE:
 - Dirección CHPR, Hospital de la Mujer. Dr. José Vásquez. Subdirector Hospital de la Mujer, encargado del procesamiento de los datos del SIP.
 - Red de Atención del Primer Nivel. RAP-ASSE. Dr. Rafael Aguirre. Referente de la Unidad de Reconversión del Modelo de Atención (URMA).
- MSP:
 - Vigilancia Epidemiológica, Dra. Mónica Pujadas.
 - División Información Poblacional, TRM Marines Figueroa, Sr. Heber Damián.
 - Dirección de Metas Prestacionales, Dra. Caliope Ciríacos.

ANÁLISIS DE LA BASE DE DATOS SIP

Se realizó el análisis de la base de datos SIP disponible, de mayor alcance nacional y más recientemente consolidada, a efectos de obtener indicadores seleccionados. Con estos requerimientos se pudo disponer de la base de datos del SIP del año 2008, sobre la cual se aplicó un plan de análisis previamente establecido.

RESULTADOS

EL SIP EN LA REALIDAD ACTUAL DEL MSP.

En el organigrama ministerial diferentes organismos tienen vinculación con el SIP: la Unidad de Información Nacional en Salud (UNIS), el Área de Metas Prestacionales, la Unidad de Estadísticas Vitales, y una Oficina SIP que tiene tareas específicas referidas al seguimiento del envío de las bases de datos y su consolidación.

Su trabajo permite que el Uruguay continúe siendo uno de los pocos países que cuenta con una base de datos perinatales a escala nacional que contiene la información clínica, habiendo sido uno de los primeros en la región en alcanzar ese objetivo (13)

Las bases de datos de las maternidades son organizadas de forma tal que es posible obtener reportes de nivel nacional, según departamento o del conjunto del Interior del país, y según subsector público o privado.

A su vez, todos los efectores de Primer Nivel (Centros de Salud, Policlínicas de ASSE, Municipales o comunitarias por convenio) y los servicios hospitalarios que realizan control de embarazos, disponen de un código que se consigna en la HCPB, que permite identificar el efector o conjunto de efectores que presenta un determinado perfil de resultados en los indicadores analizados. Esto es de vital importancia a efectos de introducir medidas correctivas en orden a mejorar la calidad de la atención, o definir líneas de acción para intervenir sobre problemas específicos.

La Oficina SIP del MSP no realiza análisis rutinarios y programados de la información. En los últimos años no se ha publicado un análisis oficial de datos del SIP a nivel país. Ocasionalmente los responsables de programas del MSP (Mujer y Género, Sida), solicitan reportes sobre conjuntos específicos de variables. Habitualmente las solicitudes ocurren una vez al año.

Hasta el año 2007 las bases de datos consolidadas en un única base de dato país, eran entregadas anualmente al CLAP.

Se está trabajando en la implementación del "SIP electrónico" por medio de un soporte web.

En el año 2007 se creó la Comisión Nacional para la Eliminación de la Sífilis Congénita, integrada por representantes del Programa Nacional de la Niñez, del Programa Nacional de ITS/SIDA, y la División Epidemiología del MSP. Desde ese ámbito se ha recurrido a información proveniente del SIP, particularmente la generada en el CHPR, la mayor maternidad del país que opera como puesto vigilancia centinela de varios aspectos de salud materno infantil.

El proceso de reforma del sector salud ha incorporado las denominadas metas prestacionales, que son exigencias que el organismo rector del Sistema Nacional Integrado de Salud, la Junta Nacional de Salud (JUNASA), impone a los prestadores integrales. Su cumplimiento es condición para el desembolso de una parte del pago (componente variable por metas) que sumada a la cápita definida por edad y sexo, conforma la totalidad de lo que se le paga a los prestadores por cada afiliado. Una de las metas prestacionales definidas a partir de año 2007 es el llenado de la HCPB del SIP en el 100% de las mujeres asistidas. Las instituciones públicas y privadas son auditadas periódicamente en lo que respecta al llenado de **todos** los campos de la HCPB y acerca del **porcentaje** de embarazadas con la HCPB realizada. La auditoría incluye la contrastación de los contenidos de la hoja de HCPB con los datos registrados y los documentos presentes en la historia clínica de la paciente, por ejemplo los datos de laboratorio. La constatación de incumplimientos o la obstaculización de las auditorías devienen en el no pago de la proporción de la cápita prevista en vinculación a esta meta prestacional (53 pesos uruguayos es el monto a pagar por la Meta 1, con componentes relacionados a recién nacidos y embarazos; 4,5 pesos uruguayos corresponden específicamente al componente vinculado a la HCPB)²; de este modo se operacionalizan de algún modo aquellas sanciones previstas en el decreto 410/90.

En los procesos de auditorías se han constatado diversas situaciones irregulares que configuran transgresiones a la normativa, a veces por omisión y en otros casos por intentos de parte de la institución de no perder el pago por esta meta prestacional:

- Vacíos importantes de datos, particularmente en los campos vinculados al RN, cuyo llenado es básicamente responsabilidad de pediatras y neonatólogos en el ámbito hospitalario.
- Discordancias entre los datos consignados en la HCPB y los datos presentes en la HC; por ejemplo resultado del VDRL consignado en la HCPB, sin correlato documental en la HC.

² La cápita de una mujer en edad reproductiva en el primer semestre de 2010 asciende a 1.031 pesos uruguayos, por lo tanto lo que se paga por HCPB es alrededor del 0,4 % de la cápita. En una institución con 1000 embarazadas en control en un mes (dato que también deben remitir las instituciones en el marco de las metas prestacionales), el monto retenido asciende a 4500 \$ al mes lo que significa unos 2800 dólares al año.

- Algunos ginecólogos no llenan la HCPB en la primera consulta, sino cuando obtienen los resultados de la primer rutina solicitada a la embarazada. Esto puede alterar resultados de indicadores como vinculados a la fecha de captación o realización de VIH o VDRL en el primer trimestre.
- Constatación de que no es el profesional tratante quien llena la HCPB, sino que es otro funcionario quien tiene asignada la tarea de transcribir los datos de la HC a la HCPB.

Debe señalarse que la meta prestacional no exige, y por ende no es objeto de auditoría, el volcado de los datos de la HCPB a una base de datos del SIP. Esto circunscribe el efecto de la exigencia de esta meta al ámbito de la práctica clínica, debilitando su impacto en lo que respecta a evaluación de la calidad de atención y monitoreo de la situación epidemiológica de la población atendida.

Sin embargo fue posible detectar que algunas instituciones utilizaban en lugar de la HCPB suministrada por el MSP (versión 2007), fotocopias de antiguas versiones más simples, que incluyen menos campos y por ende menos tiempo de digitación.

En lo que respecta a sífilis esto significa un empobrecimiento de los datos recogidos pues es un campo de datos que ha venido siendo mejorado en las sucesivas versiones del SIP.

LA COBERTURA DEL SIP EN EL URUGUAY

En el año 2008 el Departamento de Información Poblacional del MSP recibió 47.428 registros de nacidos vivos en el Uruguay. La cobertura de registros de HCPB a nivel de todo el país es muy alta, ascendiendo al 86,4% (Cuadro 1), siendo menor en el interior del país (73,8%) respecto de Montevideo.

La contrastación de los datos de nacidos vivos con los registros del SIP con el dato del departamento de precedencia consignado, que se presenta en el Cuadro 1, muestra un doble nivel de dificultades: un bajo nivel de cobertura de registros SIP en algunos departamentos (Artigas 33,7%), y en otros casos un número de registros en el SIP superior al número de nacimientos. Respecto a esta última situación, una proporción podría estar vinculada a la atención de urgencia de la embarazada en una maternidad con posterior traslado a otra, generando registros en ambas; es posible identificar las maternidades que originan el fenómeno, pero las debilidades del órgano rector para incidir en las instituciones prestadoras de servicios, ha impedido identificar adecuadamente sus causas y modificar esta realidad.

CUADRO 1. Distribución de nacimientos y registros del SIP según región y departamento. Uruguay. 2008.

Departamento	Registros SIP	Nacimientos	Nivel de Cobertura
Total del País	40975	47428	86,4
Montevideo	23904	24288	98,4
Interior	17071	23140	73,8
Artigas	365	1082	33,7
Canelones	2129	2841	74,9
Cerro Largo	697	1325	52,6
Colonia	1330	1425	93,3
Durazno	349	747	46,7
Flores	220	295	74,6
Florida	811	701	115,7
Lavalleja	521	681	76,5
Maldonado	1556	2280	68,2
Paysandú	1679	1842	91,2
Río Negro	819	924	88,6
Rivera	1154	1701	67,8
Rocha	467	838	55,7
Salto	1013	2184	46,4
San José	832	901	92,3
Soriano	1157	1330	87,0
Tacuarembó	1274	1404	90,7
Treinta y Tres	698	639	109,2

Fuente: Dpto. Información Poblacional. Oficina SIP. DIGESA. MSP. 2010

La baja cobertura del SIP en algunos departamentos del interior es a expensas de las maternidades públicas; según información del MSP aproximadamente el 70% de las maternidades del sector público cumple con el decreto 410/90 respecto al envío de las bases de datos del SIP a la Unidad correspondiente del MSP. El cumplimiento de esa norma en el sector privado se aproxima al 100%. El estímulo económico de la meta prestacional podría estar generando mayor efecto en el sector privado; la modalidad de distribución del presupuesto en los servicios públicos, no reconoce logros de cada unidad ejecutora.

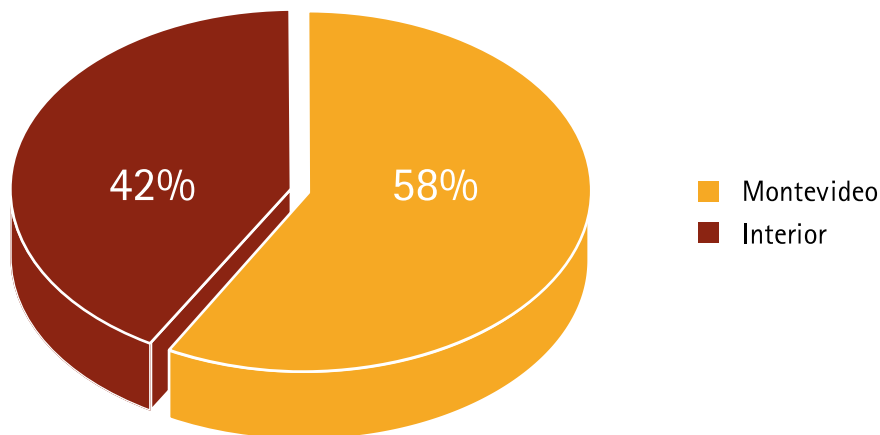
Sin embargo, se observan variaciones entre los diferentes departamentos del país, constatándose en algunos casos comportamientos similares en las maternidades públicas y privadas de cada departamento.

EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de la base de datos de nivel nacional del SIP correspondiente al año 2008 (última consolidada con datos de todas las maternidades del país), muestra que sobre un total de 40.975 mujeres registradas, la mayor proporción de nacimientos se registraron en Montevideo alcanzando el 58% (Gráfica 1), y en lo que

respecta a **subsector de cobertura formal** predominó el subsector público de Montevideo con el 30% (Gráfica 2, Tabla 1). La baja proporción de registros provenientes del **subsector público del interior**, se vincula al incumplimiento de la normativa vigente por parte de maternidades de ASSE del interior del país. Desde los órganos de rectoría centrales o las Direcciones departamentales del MSP parece no haber conocimiento o dispositivos para intervenir, a efectos introducir medidas correctivas sobre el prestador público.

GRÁFICA 1. Mujeres registradas según región de procedencia. SIP. Uruguay. 2008.
N=40975



GRÁFICA 2. Mujeres registradas según región y subsector de cobertura formal. SIP. Uruguay. 2008.
N=40975

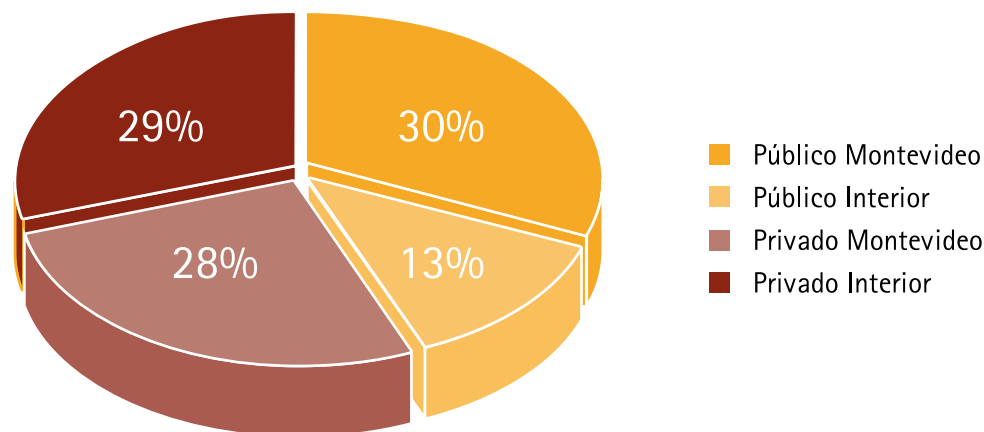


TABLA 1. Mujeres registradas según subsector de cobertura formal. SIP. Uruguay. 2008

Subsistema de Cobertura formal	Nº	%
Público Montevideo	12538	30,5
Público Interior	5317	12,9
Privado Montevideo	11366	27,6
Privado Interior	11754	29,0
Total Uruguay	40975	100,0

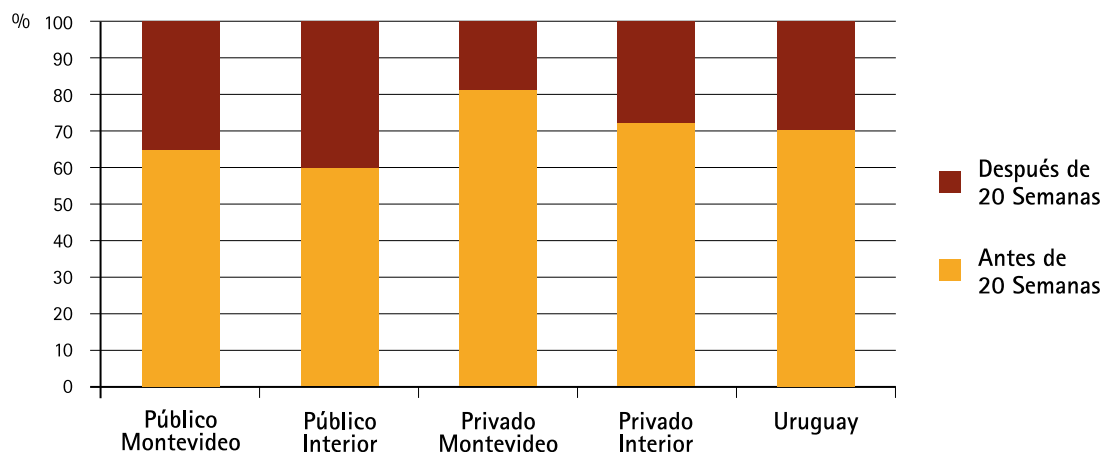
N= 40975

El análisis de algunos indicadores relevantes para la prevención de la sífilis congénita mostró que la **captación antes de las 20 semanas** de embarazo alcanzó el 70,7% a nivel del país (Gráfica 3; Tabla 2); la mayor proporción de embarazadas que tomaron contacto con el sistema de salud tardíamente después de las 20 semanas de gestación, se observó en el subsector público del interior con un 39,3%.

TABLA 2. Distribución de mujeres según semana de captación del embarazo. Uruguay. 2008

TOTAL DEL PAÍS		
	Nº	%
Captadas antes de las 20 semanas	28951	70,7
Captadas luego de las 20 semanas	12024	29,3
Total	40975	100,0
Subsector PÚBLICO Interior		
Captadas antes de las 20 semanas	3226	60,7
Captadas luego de las 20 semanas	2091	39,3
Total	5317	100,0
Subsector PRIVADO Interior		
Captadas antes de las 20 semanas	8520	72,5
Captadas luego de las 20 semanas	3234	27,5
Total	11754	100,0
Subsector PÚBLICO Montevideo		
Captadas antes de las 20 semanas	8010	63,9
Captadas luego de las 20 semanas	4528	36,1
Total	12538	100,0
Subsector PRIVADO Montevideo		
Captadas antes de las 20 semanas	9195	80,9
Captadas luego de las 20 semanas	2171	19,1
Total	11366	100,0

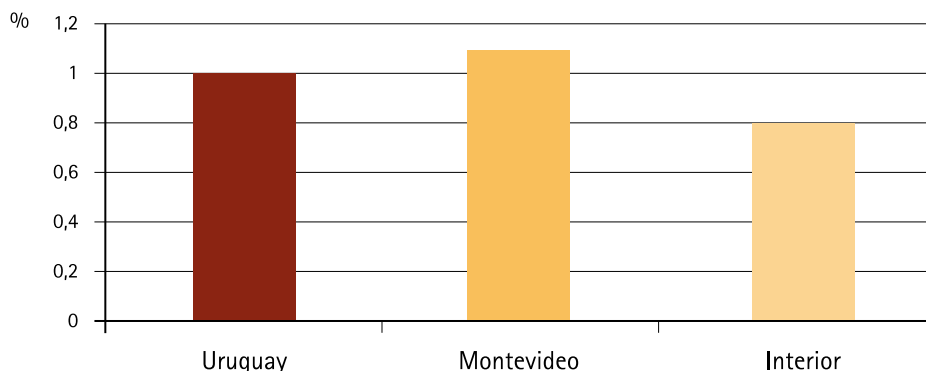
GRÁFICA 3. Mujeres registradas según subsistema y semana de captación. SIP. Uruguay. 2008.
N=40975



El índice de **analfabetismo** entre las mujeres registradas alcanzó solamente el 0,4% del total de embarazadas.

Respecto a la **prevalencia de sífilis entre las embarazadas captadas precozmente** (antes de las 20 semanas) es posible tener una aproximación a través de la proporción de mujeres con VDRL positivo, entre las registradas en la base de datos SIP, con datos válidos. En todo el país 269 mujeres fueron positivas al tamizaje con VDRL, lo cual constituye el 1% de las embarazadas con registros de la primera consulta de control antes de las 20 semanas. Asimismo se observó que los casos con serología luética positiva fueron más frecuentes en Montevideo (1,1%), respecto del interior del país. (Gráfica 4)

GRÁFICA 4. Mujeres captadas antes de las 20 sem. con VDRL positivo según región. SIP. Uruguay. 2008.
N= 28951



El análisis de la proporción de casos VDRL positivo entre las mujeres captadas precozmente según región y subsistema de cobertura formal, sugiere que el problema de la sífilis gestacional se concentra más entre las **mujeres montevidneas con cobertura del subsector público**, donde la frecuencia llegó al 2% con 158 casos.(Gráfica 5; Cuadro 2). Esto orienta los esfuerzos de prevención y detección precoz fundamentalmente hacia las mujeres con cobertura de ASSE, Sanidad Policial, Sanidad Militar, BPS y Hospital de Clínicas, y

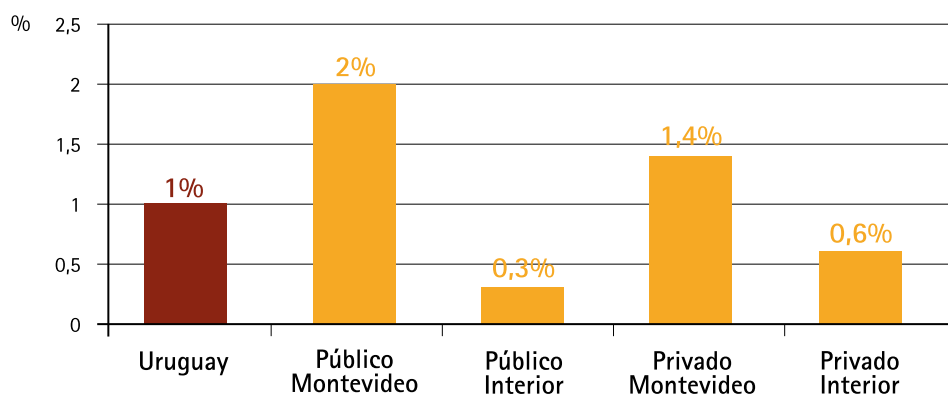
desafía particularmente a las estructuras del Primer Nivel de atención en lo que respecta al diagnóstico, tratamiento oportuno y seguimiento de las embarazadas y sus parejas.

CUADRO 2. Distribución de mujeres captadas antes de las 20 semanas según resultados de VDRL realizado, por región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008

Subsector de cobertura	Resultados del VDRL (%)			Mujeres tamizadas N°	Mujeres VDRL + N°
	+	-	s/d		
Subsector Público Montevideo	2,0	97,3	0,7	7957	158
Subsector Privado Montevideo	0,3	98,4	1,3	8817	25
Subsector Público Interior	1,4	97,1	1,5	3021	41
Subsector Privado Interior	0,6	98,7	0,7	8159	45
Total del País	1,0	98,0	1,0	27954	269

N= 28951

GRÁFICA 5. Mujeres captadas antes de las 20 sem. con VDRL positivo por región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008. N=28951



73

En relación a la **confirmación con FTA** de los casos VDRL +, se constataron diversos inconvenientes. El análisis de los datos evidencia que 547 mujeres presentaron un VDRL +, pero solo en 425 casos (78%) fue posible discriminar si la determinación se realizó antes o después de las 20 semanas. A su vez, solo en el 15% de los registros de mujeres con resultados positivos en el tamizaje, hay datos consignados del resultado del FTA, lo cual evidencia que los estudios confirmatorios no se realizaron o no se marcaron en la HCPB

El formulario en uso (Versión 2007) no permite un adecuado registro de los estudios de FTA, ya que no es posible diferenciar si están referidos a un VDRL previo o posterior a las 20 semanas de gestación.

Asimismo, la base de datos del año 2008 no permite obtener información respecto a que proporción de mujeres con serología positiva recibieron **tratamiento**, ya que está estructurada según el formato de SIP 2007, en el cual no es posible discriminar si el tratamiento realizado corresponde a casos detectados antes o después de las 20 semanas.

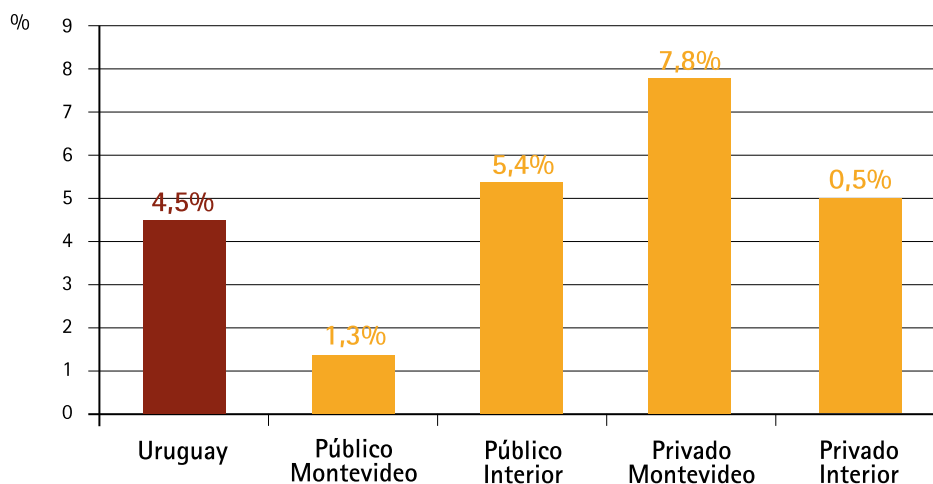
Otro indicador relevante es la proporción de registros en que el dato sobre el **resultado del VDRL no aparece consignado**, porque no se hizo y así aparece marcado, o el formulario de la HCPB está sin dato en este campo, evidenciando la ausencia de datos de tamizaje para sífilis en las mujeres captadas precozmente.

CUADRO 3. Distribución de mujeres captadas antes de las 20 semanas sin datos de tamizaje para sífilis por región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008

Subsector de cobertura	Mujeres sin datos de tamizaje		Total de mujeres captadas < 20 sem
	Nº	%	
Subsector Público Montevideo	109	1,3	8010
Subsector Privado Montevideo	496	5,4	9195
Subsector Público Interior	251	7,8	3226
Subsector Privado Interior	422	5,0	8520
Total del País	1278	4,5	28951

N= 28951

GRÁFICA 6. Mujeres captadas antes de las 20 sem. sin datos de tamizaje para sífilis por región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008.
N= 28951



En la Gráfica 6 se puede apreciar que el subsector público de Montevideo es el que logró mayor cobertura de tamizaje antes de las 20 semanas, mientras que el subsector público del interior se presentó como el más deficitario en este aspecto con un 7,8% de mujeres sin resultado de VDRL, lo cual corresponde a 251 embarazadas (Cuadro 3). El subsector privado mostró guarismos similares a este respecto en Montevideo y el interior del país, en el entorno del 5% (Cuadro 3).

El hecho de que un conjunto importante de embarazadas tome contacto con el sistema de salud antes de las 20 semanas de gestación, y en su HCPB no esté consignado el resultado de la realización del VDRL, significa una importante oportunidad perdida para estas mujeres de prevenir una posible sífilis congénita en su descendencia.

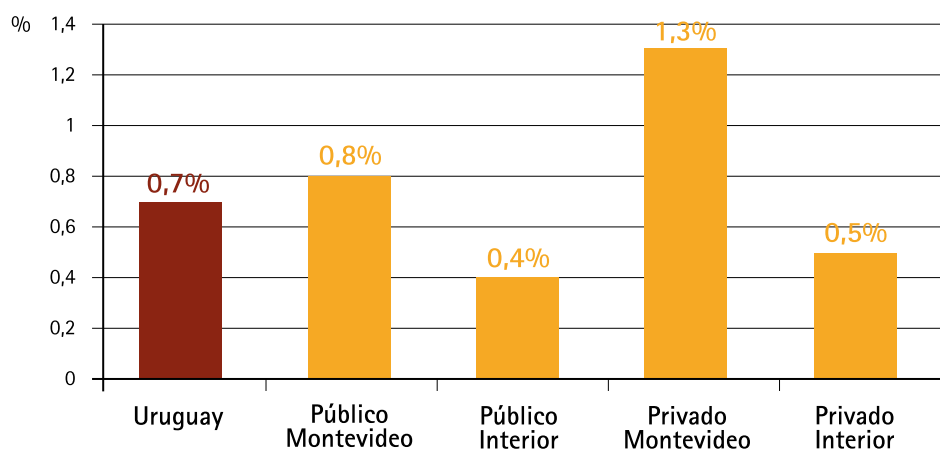
Las pautas de atención indican la realización de un segundo estudio serológico para sífilis en el tercer trimestre del embarazo, período en que es mayor la TMI. (17)(18) El análisis de los datos del año 2008, mostró que 157 mujeres registradas en el SIP en todo el país (0,7%), presentaron un **VDRL positivo luego de las 20 semanas**. La Gráfica 7 muestra que la frecuencia de embarazadas con serología positiva fue mayor en el subsector público del Interior del país, alcanzando el 1,3% del total de mujeres registradas (Cuadro 4).

CUADRO 4. Distribución de mujeres según resultados de VDRL después de las 20 sem, por región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008

Subsector de cobertura	Resultados del VDRL (%)			Mujeres con datos consignados N°	Mujeres VDRL + N°
	+	-	n/r*		
Subsector Público Montevideo	0,8	97,7	1,5	3088	25
Subsector Privado Montevideo	0,4	98,3	1,3	7317	32
Subsector Público Interior	1,3	92,7	6,0	3698	46
Subsector Privado Interior	0,5	97,7	1,8	10007	54
Total del País	0,7	97,1	2,2	24110	157

N total SIP 2008 = 40975
* n/r: no realizado

GRÁFICA 7. Mujeres registradas con VDRL positivo después de las 20 sem. por región y sistema de cobertura. SIP. Uruguay. 2008. N=40975



Es relevante la constatación de que en todo el país en el 42,5% de las HCPB **no está consignado el resultado del VDRL luego de las 20 semanas** siendo el guarismo más alto el observado en el subsector público de Montevideo (75,8%). (Cuadro 5). Llama la atención que en aproximadamente en una de cada 3 HCPB tanto del subsector privado de Montevideo, como del subsector público del interior, no está registrado el dato, si bien en este último es ligeramente menor la falta de datos. (Gráfica 8).

CUADRO 5. Distribución de mujeres registradas sin datos de tamizaje para sífilis después de las 20 sem. por región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008

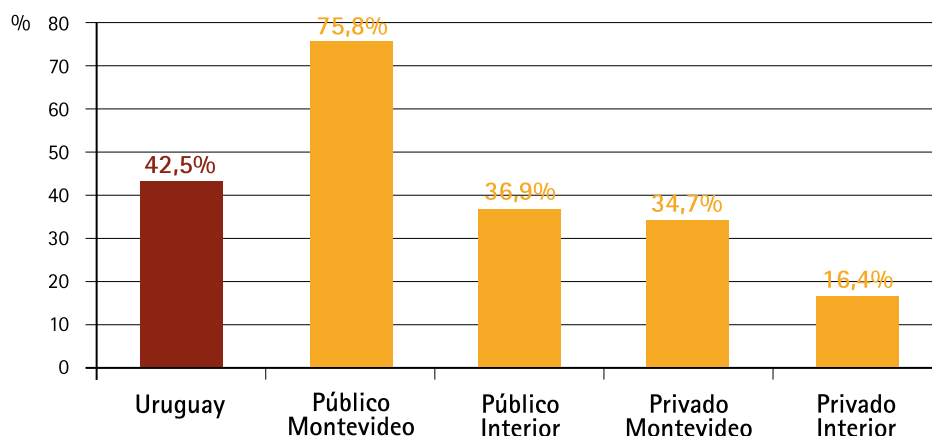
Subsector de cobertura	Mujeres sin datos de tamizaje		Total de mujeres registradas Nº
	Nº	%	
Subsector Público Montevideo	9495	75,8	12538
Subsector Privado Montevideo	4138	36,4	11366
Subsector Público Interior	1842	34,7	5317
Subsector Privado Interior	1928	16,4	11754
Total del País	17403	42,5	40975

N= 40975

Algunos casos de ausencia de datos de VDRL en el tercer trimestre pueden corresponder a partos prematuros, pero mayoritariamente esta información evidencia transgresiones a la normativa vigente que pueden ser de índole diversa, tanto en lo que respecta al cumplimiento de las pautas de tamizaje de sífilis durante el embarazo, así como de las ordenanzas vinculadas al llenado de la HCPB. Los datos que se presentarán respecto a la incidencia de sífilis congénita sugieren que estamos más bien ante fallas de tamizaje, que ante un mero subregistro. Desde el punto de vista de la salud pública, permite visualizar otra oportunidad perdida para las intervenciones preventivas oportunas.

GRÁFICA 8. Mujeres registradas sin tamizaje para sífilis después de las 20 sem. según subsistema de cobertura. SIP. Uruguay. 2008.

N=40975



Los anticuerpos IgG de la madre con sífilis atraviesan la placenta por lo tanto en el recién nacido pueden ser positivas las pruebas treponémicas y no treponémicas como el VDRL. (17) El diagnóstico serológico de sífilis congénita reviste ciertas complejidades, pero el dato de un VDRL positivo en el RN es muy relevante para su diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado.

Desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica el resultado del VDRL del RN es un indicador aproximado de la incidencia de sífilis congénita.

A partir de los registros del SIP, podemos afirmar que en el año 2008 se detectaron en el país **315** recién nacidos VDRL positivos, configurando una tasa de incidencia aproximada de sífilis congénita de 1,2%. La meta planteada para la eliminación de la sífilis congénita exige valores menores al 0,5 por mil; los datos del 2008 indican una tasa de incidencia en Uruguay del 12 por mil (Tabla 3). Los niños atendidos por el subsector público de Montevideo aparecen como los probablemente más afectados, ya que allí la frecuencia de VDRL positivo alcanzó el 3,7% de los RN, lo que significa el 37 por mil. (Gráfica 9, Tabla 4).

Si bien esta información sugiere que en las poblaciones de la capital del país atendidas por el subsector público, se presenta el mayor "ambiente luético", se observa también una frecuencia de VDRL positivo en RN en el subsector privado del interior del 0,5%, o sea del 5 por mil, que es 10 veces mayor a la meta sanitaria deseada.

Asimismo, si se tiene en cuenta que en el año 2008 fueron notificados **259** casos de SC a la Unidad de Vigilancia en Salud (DIGESA – MSP), los datos indican que se mantiene un importante déficit en la notificación de casos por parte de los profesionales de la salud y las instituciones.

TABLA 3. Recién nacidos con VDRL positivo según región. SIP. URUGUAY. 2008

Región	Nº de registros	Registros con datos consignados Nº	Nº de RN con VDRL +	Tasa de incidencia %
Montevideo	23904	14326	255	1,8
Interior	17071	12960	60	0,5
Uruguay	40975	27282	315	1,2

N = 40975

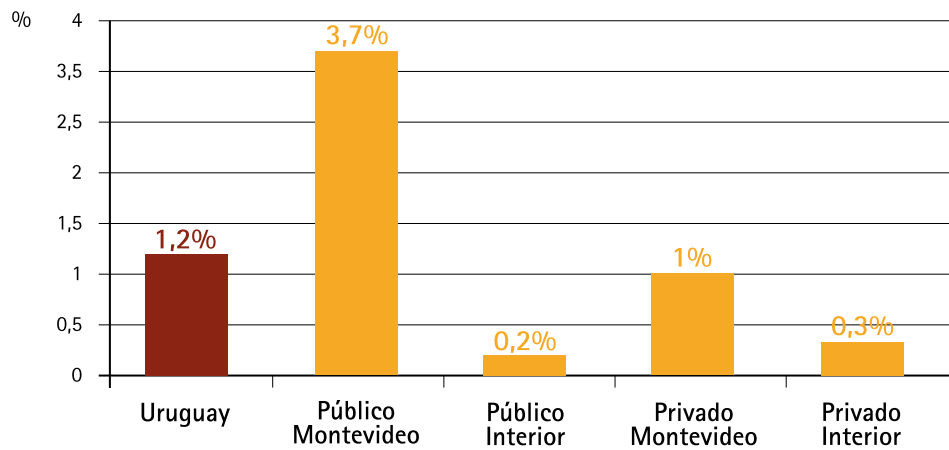
77

TABLA 4. Incidencia de Recién nacidos con VDRL positivo sobre el total de registros con VDRL realizado en RN, según región y subsector de cobertura. SIP. URUGUAY. 2008

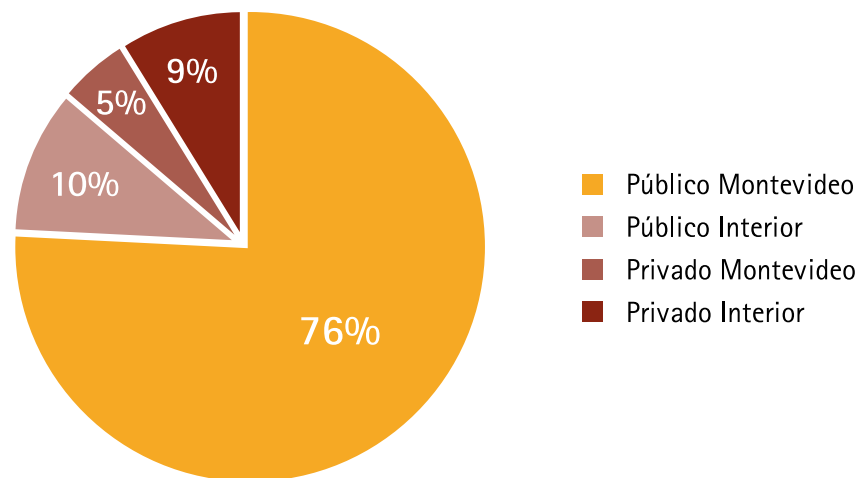
Subsector de cobertura	Total de registros con datos consignados de VDRL realizado en RN	Nº de RN con VDRL +	Tasa de incidencia %
Público Montevideo	6496	239	3,7
Público Interior	3275	32	1,0
Privado Montevideo	7830	16	0,2
Privado Interior	9685	28	0,3
Uruguay	27286	315	1,2

N = 40975

GRÁFICA 9. Recién nacidos VDRL positivos según región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008.
N=40975



GRÁFICA 10. Recién nacidos VDRL positivos según región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008
N= 315



En la Gráfica 10 se puede observar que más del 75% de los casos registrados de recién nacidos VDRL positivos, se concentran en Montevideo, particularmente en la población con cobertura del subsector público. Debe señalarse también que esta distribución puede estar determinada por el hecho de que se constató una ausencia de registro del dato de VDRL en RN en el 38,5% de las HCPB provenientes de maternidades del subsector público del interior (Gráfica 11, Tabla 5). En el total del país la ausencia de datos de resultados de tamizaje en el RN alcanza casi el 33,4% de los registros, confirmando lo planteado por los referentes institucionales entrevistados, particularmente los vinculados a las auditorías relacionadas con las metas prestacionales. Se constata nuevamente la pérdida de una oportunidad para la detección precoz y el tratamiento oportuno.

GRÁFICA 11. Recién nacidos sin datos de VDRL según región y subsector de cobertura. SIP. Uruguay. 2008
N=40975

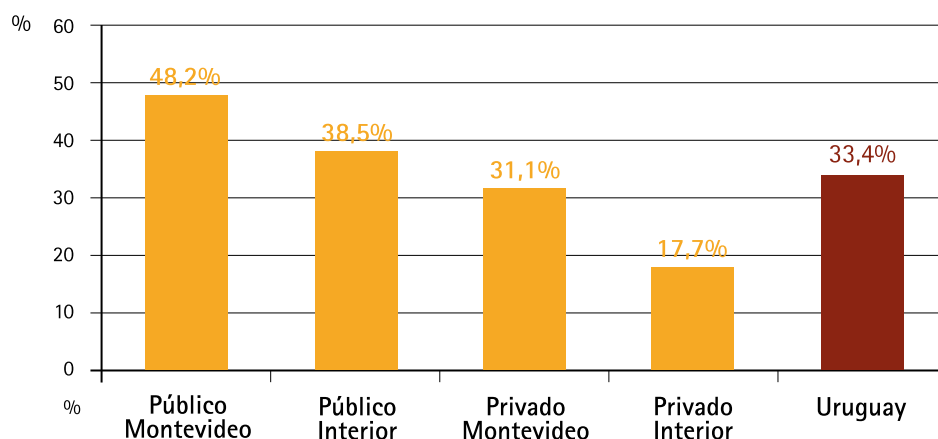


TABLA 5. Proporción de Recién nacidos con serología luética sin dato según región y subsector de cobertura. SIP. URUGUAY. 2008

Subsector de cobertura	Total de registros	RN con VDRL sin dato consignado	
		Nº	%
Público Montevideo	12537	6042	48,2
Público Interior	5317	2049	38,5
Privado Montevideo	11366	3540	31,1
Privado Interior	11755	2079	17,7
Uruguay	40975	13710	33,4

N total SIP 2008 = 40975

El SIP permitió detectar 159 mujeres **analfabetas** en el año 2008. Entre este grupo de embarazos la incidencia de **VDRL positivo en los recién nacidos alcanzó el 2,5%** (cuatro casos), confirmando la asociación entre bajo nivel educativo y presencia de ITS. El análisis de otras variables de interés es posible con los instrumentos brindados por el SIP.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las tasas de prevalencia de serología positiva para sífilis de las mujeres embarazadas uruguayas se ubican en valores intermedios si se considera el rango de valores reportados por los países de la región, constatándose guarismos más elevados en las gestantes de Montevideo con cobertura del subsector público, tamizadas antes de las 20 semanas. Los datos deben ser considerados una aproximación ya que en el 80% de los casos se carece de información sobre el resultado de estudios confirmatorios con estudios treponémicos, y una proporción indeterminada de resultados positivos podría corresponder a huellas serológicas de sífilis antiguas ya tratadas no activas. Asimismo, se percibe una importante carencia de registros de resultados de tamizaje luego de las 20 semanas, que alcanza sus niveles más altos en el subsector público de Montevideo.

Sin embargo, los resultados obtenidos de tamizaje de serología luética en sangre de cordón de recién nacidos, ubican a Uruguay con valores muy superiores a la meta planteada por la Estrategia de Eliminación de la SC en la región. Particularmente el sector público de Montevideo muestra valores muy elevados del orden del 37 por mil, aunque también aquí debe señalarse que es una aproximación ya que no son casos confirmados y una importante proporción de registros no tiene consignados los datos de tamizaje para sífilis. De todos modos, puede afirmarse que la sífilis congénita en Uruguay, según los datos del SIP, es un importante problema de salud pública.

La información obtenida a partir de un análisis directo de la base de datos del 2008, permite arribar a la conclusión general de que la normativa vigente respecto a las pautas de tamizaje para sífilis en embarazadas y recién nacidos, no se cumple adecuadamente por parte de los profesionales responsables de la atención obstétrica y perinatal. Asimismo se puede inferir que los organismos con función rectora al respecto, no tienen la posibilidad o no han desarrollado los mecanismos de monitoreo y aplicación de medidas correctivas en forma eficaz.

En un contexto nacional de generalización del uso del SIP en las 97 maternidades del país, y con una normativa vigente que regula el uso del mismo, se constatan un conjunto de oportunidades perdidas para la detección precoz y la atención oportuna de casos de sífilis gestacional y un número indeterminado de casos de sífilis congénita no detectados por falta de tamizaje, o al menos ausencia de datos registrados respecto al tamizaje en los recién nacidos.

El uso en Uruguay de la versión 2007 de los instrumentos del SIP, priva al país de contar con un conjunto muy valioso de datos respecto a la sífilis gestacional, que sí se podrían obtener con la versión 2010, que incluye nuevos campos muy útiles para el monitoreo y la evaluación de la atención brindada a las gestantes y sus parejas.

Asimismo se constata un bajo índice de uso de la base de datos del SIP de nivel nacional para el monitoreo de calidad de la atención obstétrica y perinatal, desaprovechando también su potencialidad para la vigilancia epidemiológica de la sífilis. Solo en el puesto de vigilancia centinela del CHPR el SIP es utilizado adecuadamente en esta función, pero brinda una información que no se puede extrapolar a todo el territorio nacional.

Otro aspecto que merece ser destacada es que las propias metas prestacionales que exigen el llenado completo de la HCPB no exigen complementariamente el cargado de los datos a una base de datos y una evaluación de calidad de la misma. Esto pone en evidencia que se ha privilegiado el valor del SIP y sus instrumentos en el campo de la gestión clínica, en detrimento de su jerarquización como herramienta de vigilancia epidemiológica y monitoreo poblacional.

Es posible entonces delinear algunas **recomendaciones** a ser planteadas a las autoridades sanitarias nacionales:

- Actualizar la capacitación de los técnicos y profesionales de la salud del país, a efectos de sensibilizarlos ante el problema de salud pública que configura la sífilis en general y la sífilis congénita en particular, con énfasis en la vigencia de la normativa existente en el país al respecto.
- Generalizar la utilización de la versión SIP 2010, que es la más potente como instrumento de vigilancia epidemiológica de la situación de sífilis gestacional y congénita.
- Implementar la realización de informes periódicos con una frecuencia al menos cuatrimestral, como instrumentos de vigilancia centinela para monitorear los indicadores vinculados a la sífilis gestacional y congénita, en los diferentes regiones y subsectores público y privado del sistema sanitario.
- Determinar la reactivación de un comité nacional y a nivel departamental de supervisión y análisis de los datos del SIP, en la órbita de la DIGESA, dotándolos de las herramientas institucionales necesarias para exigir el cumplimiento de la normativa vigente.
- Implementar la modificación de la meta prestacional vinculada a las HCPB, incluyendo el cargado de los datos en una base de datos del SIP y aumentando el pago por el cumplimiento de este componente de la meta 1.
- Diseñar un paquete de indicadores a partir de los datos del SIP, como instrumento continuo de monitoreo de la calidad de los servicios de salud, publicando periódicamente sus resultados, para conocimiento del conjunto de las instituciones, profesionales de la salud y usuarios.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- 1) Organización Panamericana de la Salud, UNICEF. Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: documento conceptual. Montevideo. CLAP/SMR; set. 2009. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1569).
- 2) Alonso, Mónica. Estrategia de monitoreo regional: Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Montevideo: CLAP/SMR; dic. 2009. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1574).
- 3) Organización Mundial de la Salud. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategias para la acción. Ginebra: OMS; 2008.
- 4) Valderrama J. Metodología para estudios de subnotificación de sífilis en embarazadas. Washington: OPS; 2005.
- 5) Valderrama J, Zacarías F. Eliminación de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe: marco de referencia para su implementación. Washington: OPS; 2005.
- 6) Hortal M, Iraola I, Agorio C, De Mucio B, Fescina R. Sífilis congénita: Un problema tan antiguo como actual. Rev Med Urug 2008; 24(2):146-149.
- 7) Agorio C, Mucio B, Iraola I, Hortal M. Sífilis congénita: auditorías en tiempo real. Rev Med Urug 2009; 25 (4): 219-223

- 8) Fescina RH, Butrón B, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Camacho V, Simini F, Mainero L. Sistema Informático Perinatal: Historia Clínica Perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2007. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1563).
- 9) Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Mainero L, Rubino M. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1572).
- 10) Simini F. Sistema Informático perinatal, experiencias y perspectivas para el Uruguay. Montevideo: CLAP; 1991: (CLAP. Publicación Científica; 1229).
- 11) Comisión Intergubernamental de VIH MERCOSUR. OPS. Informe Jornada de análisis, diagnóstico y recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis. Montevideo. CLAP/SMR; set. 2009.
- 12) MERCOSUR/XXIX SGT N° 11/P. Res. N° 03/07. Reglamento técnico MERCOSUR de vigilancia epidemiológica y control de enfermedades priorizadas y brotes entre los estados partes del MERCOSUR. Asunción, 26/X/2007. Asunción: MERCOSUR; 2007.
- 13) Simini F. Sistema Informático Perinatal en el Uruguay; 15 años de datos 1985 – 1999. Montevideo: CLAP; jun 2001. (CLAP. Publicación científica; 1485).
- 14) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Código nacional sobre enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria. Montevideo: MSP; may. 2004.
- 15) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. Dpto. de Epidemiología. Guías para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. Montevideo: MSP/OPS; feb. 2006.
- 16) Simini F, López R, Díaz A. G, Schwarcz R. Procesamiento de datos del Sistema Informático Perinatal. Montevideo: CLAP; set. 1992. (CLAP. Publicación Científica; 1207).
- 17) González Montero R, Serruya S, eds. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1570).
- 18) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Prioritario ITS/SIDA. Infecciones de transmisión sexual (ITS): pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico. Montevideo: MSP/OPS; 2005.

PARTE
3

**PLAN DE IMPACTO PARA
DISMINUIR LA TRANSMISIÓN
VERTICAL DE SÍFILIS**

(URUGUAY 2010-2015)

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
ÁREA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

MONTEVIDEO - URUGUAY

AUTORIDADES

Ec. Daniel Olesker
Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Venegas
Subsecretario

Esc. Julio Martínez
Director General de Secretaria

Dr. Leonel Briozzo
Director
Departamento de Programación
Estratégica en Salud

Dra. Leticia Rieppi
Coordinadora
Área Salud Sexual y Salud Reproductiva

Lic. María Luz Osimani
Responsable
Programa de ITS - HIV

EQUIPO TÉCNICO A CARGO DE LA ELABORACIÓN

Dra. Leticia Rieppi
Coordinadora
Área Salud Sexual y Salud Reproductiva

Lic. Enf. Inés Bausero
Responsable
Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer
DPES

Dr. Rafael Aguirre
Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer
DPES

Dra. Yelena Ramírez
Programa Nacional de Salud a la Niñez
DPES

Dra. Libia Cuevas
Consultoría Apoyo UNPFA

Dra. Susana Cabrera
Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva
DPES

Dr. Gustavo Giachetto
Responsable
Programa Nacional de Salud de la Niñez
DPES

Dr. John Aldao
Área Niñez y Adolescencia. ASSE

Dra. Giselle Tomasso
Área de Salud Sexual y Salud Reproductiva
DPES

Dra. Jahel Vidal
Programa ITS - VIH
DPES

AGRADECIMIENTOS

UNPFA

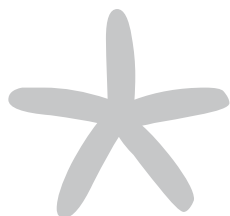
Lic. Valeria Ramos

CLAP

Dr. Ricardo Fescina. CLAP/SMR/ FCH/OPS

Dra. Suzanne Serruya. CLAP/SMR/ FCH/OPS

Dr. Bremen De Mucio. CLAP/SMR/ FCH/OPS



JUSTIFICACIÓN

La Sífilis Congénita constituye un problema de salud pública en el Uruguay, al igual que en el resto de los países de América Latina y el Caribe. Es una infección de transmisión sexual que es curable en casi en el 100% de los casos, cuando se realiza el tratamiento y seguimiento oportunos. Las formas de transmisión son esencialmente sexual y vertical (madre-hijo).

La sífilis congénita provoca abortos, óbitos y aumento de la morbimortalidad perinatal. Además, existe un incremento de la morbimortalidad infantil y materna, siendo una causa evitable de la misma.

La información disponible evidencia que las dificultades para abatir la transmisión vertical se encuentran vinculadas a las barreras para el control del embarazo oportuno y de calidad. A su vez una alta tasa de reinfecciones en las mujeres embarazadas, sugiere que otro de los impedimentos para reducir la SC se encuentra en la falta de tratamiento de los contactos sexuales.

Las acciones que deberán instituirse incluyen: diagnóstico oportuno, tratamiento precoz, control y seguimiento, así como la investigación, evaluación y tratamiento los contactos sexuales.

La incidencia de test no treponémicos (VDRL Y RPR) positivos en las mujeres embarazadas, así como en sangre de cordón, ha ido en aumento en los últimos años, tanto en el sector público como en el privado. Este aumento fue cuantitativamente mayor en el sector público, constituyendo una situación de dramática inequidad que castiga esencialmente a la población en situación de vulnerabilidad social y económica.

El plan surge como herramienta para abordar esta problemática. Las acciones estarán dirigidas a abatir la transmisión de la sífilis y el HIV en el entendido que se trata de ITS que afectan gravemente la salud de la población y en donde la transmisión vertical lleva a graves consecuencias en la salud feto-neonatal. Esta transmisión puede ser evitada con acciones adecuadas que hacen al control del embarazo y la pesquisa -tratamiento de estas infecciones. Este plan de impacto enfatizará sus acciones en evitar la sífilis congénita, incluyendo además el diagnóstico, consejería, derivación y tratamiento de la embarazada HIV positiva. Así mismo se establecen acciones para abatir el contagio de estas ITS en la población general, como medida de fondo para evitar estas infecciones y reducir con ello su transmisión vertical. Pondrá énfasis en las acciones del primer nivel y en establecer una adecuada referencia y contrarreferencia de los casos.

OBJETIVO GENERAL

- Contribuir a la eliminación de la transmisión vertical de la sífilis y HIV cumpliendo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Promover una evaluación preconcepcional en toda mujer que desea embarazo.
2. Aumentar la captación precoz y correcta atención del embarazo y puerperio.
3. Universalizar el tratamiento de la pareja de la embarazada en la que se diagnostica la sífilis.
4. Realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado del recién nacido con sífilis.

5. Establecer una línea de base de SC y un mecanismo de seguimiento de la misma.
6. Establecer estrategias de monitoreo de la sífilis y establecer un grupo de trabajo que coordine este plan, evalúe su desarrollo y recomiende las modificaciones necesarias para optimizar las acciones.
7. Establecer acciones de promoción y prevención de salud sobre control de embarazo, prevención ITS y cuidados del recién nacido.

POBLACIÓN OBJETIVO

Mujeres en edad reproductiva, mujeres embarazadas, población infantil de 0 a 1 año de vida.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN URUGUAY

Uruguay no cuenta con un registro de los casos de SC según las definiciones operacionales del CDC. Esto hace que para evidenciar la situación epidemiológica de esta enfermedad se deban utilizar los registros de serología luética materna y en sangre de cordón. A este respecto, desde el año 2000 se comprueba un aumento de la misma en las embarazadas de todo el país, y en especial las usuarias del subsector público de asistencia médica (ver tabla I), llegando a presentar la misma un 3.5% de las mujeres que tienen su hijo durante el 2008 y son usuarias del CHPR (Hospital de la Mujer). En lo que refiere a la serología luética positiva en sangre de cordón el aumento es similar, pasando de ser un de 1.4% en el 2003, a un 2.7% de los recién nacidos en el CHPR del 2009 (ver tabla II).

89

TABLA I. Prevalencia de serología no treponémica positiva en embarazadas Uruguay. Período 2000 – 2008

Año	Total país	Total sector público	Total sector privado	Montevideo público	Interior público
2000	0,70	1,10	0,42	1,13	1,00
2001	0,80	1,24	0,33	1,34	0,97
2002	0,83	1,34	0,42	1,45	1,17
2003	0,85	1,27	0,37	1,50	0,80
2004	0,82	1,15	0,53	1,21	0,99
2005	1,10	1,60	0,63	1,27	2,23
2006	1,15	1,77	0,56	1,81	1,65
2008	1,30	2,30	0,60	2,6	1,5

Fuente: SIP nacional 2000- 2008

La mayor prevalencia de serología luética positiva, tanto a nivel materno como en sangre de cordón, es a expensas de los usuarios del subsector público de asistencia, marcando que se trata de una infección que afecta en especial a la población con mayor vulnerabilidad socio-económica (tablas III y IV).

Tabla II. Nacimientos con serología luética positiva en sangre de cordón 2003 – 2009.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nacimientos	9200	7896	7869	8647	8191	7943	8058
Casos positivos	131	59	39	108	175	209	221
% positivos	1.4%	0.7%	0.5%	1.2%	2.1%	2.6%	2.7%

Datos SIP 2003 – 2009. Incluye nacimientos en cuido y otras instituciones con posterior derivación al CHPR

TABLA III. Nacimientos ocurridos por sector de atención según serología luética materna Uruguay 2008 *

Sector de atención	Nacimientos SIP	Serología luética sin dato	Serología luética negativa	Serología luética positiva	% de serología luética
Montevideo público	12.538	820	11.389	329	2.6%
Montevideo privado	11.366	1.225	10.086	55	0.5%
Interior público	5.317	956	4.279	82	1.5%
Interior privado	11.754	1.044	10.624	86	0.7%
Subsector público	17.855	1.776	15.668	411	2.3%
Subsector privado	23.120	2.269	20.170	141	0.6%
Total	40.975	4.045	36.378	552	1.3%

* Fuente: "Una década de Sífilis gestacional y congénita en Uruguay: 2000 – 2009". OPS – CLAP. 2010

TABLA IV. Nacimientos ocurridos por sector de atención según serología en sangre de cordón Uruguay 2008

Sector de atención	Nacimientos SIP	Serología luética sin dato	Serología luética negativa	Serología luética positiva	% de serología luética
Montevideo público	12.537	6.041	6.257	239	1.9%
Montevideo privado	11.366	3.544	7.806	16	0.1%
Interior público	5317	2.050	3.235	32	0.6%
Interior privado	11.757	2.082	9.645	28	0.2%
Subsector público	17.854	8.091	9.492	271	1.5%
Subsector privado	23.121	5.626	17.451	44	0.2%
Total	40.975	13.717	26.943	315	0.8%

Esta información es relevante, puesto que se puede considerar que existe una epidemia que afecta, en especial, al sector público y se concentra esencialmente en el área metropolitana de Montevideo. Las acciones sanitarias, por lo tanto, se deben reforzar en la población usuaria de sector público del Sistema Nacional Integrado de Salud y en especial la que vive en dicha área.

La situación planteada constituye una emergencia sanitaria y hace imprescindible establecer un PLAN DE IMPACTO. Se debe destacar que esta situación sanitaria vulnera la equidad de género y la autonomía de la mujer, y configura la identificación y tratamiento de los contactos sexuales como uno de los ejes estratégicos de acción para abatir esta patología.

La sífilis es una infección esencialmente curable, por lo que al Ministerio de Salud Pública asume la responsabilidad de tomar medidas nacionales para preservar la salud y/o la vida de la población, evitar daños mayores y resguardar los derechos humanos de su gente.

Este plan deberá ser llevado adelante por todos los servicios institucionales, con énfasis en los del primer nivel de atención, e integrando la aplicación del mismo a las acciones de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, equipos de violencia de género, etc

MARCO LÓGICO

PLAN DE IMPACTO PARA DISMINUIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE SÍFILIS (URUGUAY 2010-2015)		
COMPONENTE	ACTIVIDAD	
META 1 – DESDE LA CONSTRUCCIÓN PROGRAMÁTICA		
1. Promover una evaluación preconcepcional en toda mujer que desea embarazo	<p>Actualizar Guías Clínicas de Diagnostico y Tratamiento de sífilis, Sífilis en la embarazada y Sífilis congénita.</p>	Establecer un algoritmo para investigar sífilis de hombre y mujeres no embarazadas
2. Aumentar la captación precoz y correcto atención del embarazo y puerperio		Establecer un algoritmo para investigar sífilis en mujeres con embarazo presuntivo o confirmado
		Cumplimiento del compromiso de gestión de consulta obstétrica en las primeras 24 hrs. de solicitada
		Test rápido o BHCG con resultado en el momento en todas las puertas de emergencia con obligatoriedad de practicarlo a toda mujer que lo solicita
		Establecer un registro consolidado y personalizado de las embarazadas en control por parte de técnico o centro con registro, al menos, de: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de la nueva consulta. • Resultados de HIV y serología de sífilis • Tratamientos realizados
		Contacto con la usuaria ante la falta a la misma y ofrecer consulta a la brevedad para optimizar el control. Definir un responsable de evaluar este registro y asegurar las acciones necesarias por parte del equipo de salud
		Creación de un sistema de referencia en caso de embarazada con test rápido o Elisa para HIV positivo . Identificar referentes y determinar procesos
Tratamiento Inmediato en el Primer Nivel de atención de toda embarazada o puérpera con test rápido positivo o de RPR positivo		

3. Universalizar el diagnóstico y tratamiento de todo usuario con probable ITS y es especial la pareja de la embarazada en la que se diagnostica la sífilis	Actualizar Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de sífilis, Sífilis en la embarazada y Sífilis congénita.	Acordar con JUNASA y Dirección del SNIS incluir en el PIAS el tratamiento de la pareja de embarazada con sífilis pese a no ser usuario de la institución
4. Realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado del RN con sífilis		Incluir el tratamiento inmediato de la sífilis ante su diagnóstico en las rutinas de control de salud y carné de salud laboral
		Establecer un algoritmo para el control de RN con Sífilis Congénita Atención nutricional adecuada para hijos con madre VIH positiva
5. Establecer una línea de base de SC y un mecanismo de seguimiento de la misma	Acordar la definición operacional de SC tomando como base lo propuesto por OPS – OMS	
	Establecer un mecanismo de registro y seguimiento de SC a nivel nacional. Establecer como obligatoria la denuncia epidemiológica de SC a DEVISA y difundir esta normativa (primer semestre 2011)	
	Establecer un registro de los casos y establecer línea de base de SC a partir de cual se evalué el impacto de este plan.	
	Realizar un estudio piloto sobre la prevalencia de SC en su área de mayor prevalencia. Estudio centinela en el CHPR que implique evaluar todos los RN, óbitos y abortos que ocurren en dicho hospital.	
	Promover el uso, registro y cargado de la base de datos del SIP1 por parte de los prestadores. Códigos SIP para todos los puntos de control de embarazo	
	Crear en los laboratorios de análisis clínicos un registro de los usuarios con test de sífilis y HIV positivos. Notificación a: <ul style="list-style-type: none"> • DEVISA • Médico de referencia si corresponde • Equipo de salud que controla embarazo 	
6. Establecer estrategias de monitoreo de la sífilis y establecer un grupo de trabajo que coordine este plan, evalúe su desarrollo y recomiende las modificaciones necesarias para optimizar las acciones	Crear un grupo multidisciplinario, representativo de las principales instituciones involucradas, con capacidad de decisión política y de establecer acciones que den respuesta al problema planteado. <ul style="list-style-type: none"> • MSP- DPES <ul style="list-style-type: none"> - Área Salud sexual y reproductiva - Ciclos de vida: Programa de niñez • MSP - Dirección del SNIS • MSP - DIGESA <ul style="list-style-type: none"> - Directores Departamentales - DEVISA • JUNASA • ASSE- Área Niñez y adolescencia y Salud perinatal • RIEPS • Intendencias de áreas endémicas 	
	Definir estrategias para mejorar la notificación de los casos presuntivos y confirmados , de sífilis y de sífilis congénita	
	Crear una estrategia interinstitucional e intrainstitucional para la derivación oportuna, consejería, tratamiento y seguimiento de los casos de embarazadas HIV positivas	

7. Acciones de promoción y prevención de salud	<p>Acuerdos interinstitucionales para promover el tema control de embarazo, del niño e ITS a nivel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convenio ASSE – CAIF • Plan Ceibal • Plan de equidad • CODICEN • UDELAR <p>Escuelas de enfermería</p>
	<p>Acuerdos intrainstitucionales. Promover tema control de embarazo, del niño e ITS en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de escuelas saludables • Plan de salud rural • Plan Adolescencia • Servicios de SSYR • Unidad de Comunicación: el incluir los temas control de embarazo e ITS como prioritario en los planes publicitarios del MSP incluyendo <ul style="list-style-type: none"> - Campañas de difusión pública (radio, TV, prensa, cartelería) <p>Participaciones personales en nombre del MSP a nivel de la prensa</p>

META 2 – CONTRIBUIR A LA LUCHA POR LA EQUIDAD, LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA PARTICIPACIÓN

1. Aumentar la captación precoz y correcta atención del embarazo y puerperio	<p>Obligatoriedad de realizar, tanto en la consulta de urgencia como de policlínica, ante la constatación del embarazo en forma clínica o paraclínica (test rápido, BHCG o ecografía)</p> <ul style="list-style-type: none"> • carne de control obstétrico con anotación del primer control • test rápido de HIV y sífilis • Paraclínica necesaria (rutinas y otras) <p>Disponibilidad inmediata de penicilina benzatínica para todos los técnicos del primer nivel de atención</p>	<p>Georeferencia de los casos de sífilis congénita para enfatizar las acciones locales en coordinación con el Plan aduana – médico de referencia y familia – parteras comunitarias</p> <p>Promover la estrategia de visita domiciliaria en casos de embarazadas, RN y puérperas con ITS. Evaluación del núcleo familiar.</p> <p>Promover el uso de condones durante el embarazo estimulando la autonomía de la mujer</p>
2. Universalizar el diagnóstico y tratamiento de todo usuario con probable ITS y es especial la pareja de la embarazada en la que se diagnostica la sífilis	Accesibilidad inmediata del usuario con ITS para la consulta	
	Disponibilidad inmediata de penicilina benzatínica para todos los técnicos del primer nivel de atención	
	Promover el tratamiento por responsabilidad social y por ser una obligación ética del usuario	
3. Realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado del RN con sífilis	Promover un foro de discusión pública para la elaboración de una normativa de tratamiento obligatorio del varón	
4. Establecer estrategias de monitoreo de la sífilis y establecer un grupo de trabajo que coordine este plan, evalúe su desarrollo y recomiende las modificaciones necesarias para optimizar las acciones	Promover la implementación un registro institucional y local que facilite el seguimiento de los usuarios con ITS y sus contactos	
	Auditoría institucional de historia clínica de todos casos de sífilis congénita. Informe a MSP de los resultados incluyendo las acciones para eliminar barreras.	
5. Acciones de promoción y prevención de salud	<p>Promoción de la accesibilidad universal al preservativo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máquinas dispensadoras de preservativos • Doble método • Derecho del usuario (ley 18426 y reglamentación) <p>Campañas públicas</p>	

META 3- LA CAPACITACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD Y EL EMPODERAMIENTO CIUDADANO:

1. Aumentar la captación precoz y correcto atención del embarazo y puerperio	Test rápido de embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación del personal • por simple voluntad del usuario. 	Realizar autoadhesivos sobre los algoritmos de abordaje de la sífilis en: <ul style="list-style-type: none"> • embarazadas • población general • seguimiento de RN con SC Difundirlos y capacitar al personal
	Test rápido de sífilis y HIV <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación personal en realización y consejería • Disponibilidad del mismo, en primer nivel de atención, de áreas de alta prevalencia o acceso problemático a exámenes de laboratorio 	
	Actividades de promoción de la responsabilidad medica sobre el control del embarazo, el abordaje de las ITS y la derivación pertinente, oportuna y eficiente	
2. Universalizar el diagnostico y tratamiento de todo usuario con probable ITS y es especial la pareja de la embarazada en la que se diagnostica la sífilis.	Folletería dirigida al equipo de salud la importancia del control obstétrico y las ITS	
	Capacitación a los equipos de salud de prestadores públicos y privados. Orientando la capacitación en: <ul style="list-style-type: none"> • que es la infección • transmisión • consejería sífilis y HIV • diagnóstico • notificación a DEVISA ante caso presuntivo o confirmado 	
3. Realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado del RN con sífilis	Capacitar un equipo de salud en estrategias de captación de usuarios problemáticos con ITS.	
4. Establecer estrategias de monitoreo de la sífilis y establecer un grupo de trabajo que coordine este plan, evalúe su desarrollo y recomiende las modificaciones necesarias para optimizar las acciones	Coordinación con comisión de usuarios de actividades de monitoreo de sífilis	
5. Acciones de promoción y prevención de salud	Actividades sustentables de educación comunitaria con agenda central del MSP para el quinquenio orientada específicamente a transmitir: <ul style="list-style-type: none"> • Importancia control adecuado del embarazo • "enfermedad que se cura y prevenible de transmisión" • Línea de difusión dual: sífilis – VIH • Uso del doble método • Uso del preservativo en el embarazo. 	
	Folletos explicativos destinados a la población con imagen masculina publica.	
	Actividades de resonancia comunitaria desde los centros de salud (radios comunitarias, diarios locales, ferias de salud, comisión de usuarios)	
	Identificación de líderes comunitarios jóvenes para la promoción	
	Acuerdo con UDELAR para promover actividades de extensión con eje en salud sexual, embarazo e ITS	

INDICADORES

- % de VDRL - RPR positivo en sangre de cordón
- % de mujeres con captación precoz de embarazo
- % de mujeres con embarazo con 6 o más controles
- % de mujeres con serología completa para sífilis y HIV al término (37 o mas semanas)
- % de mujeres embarazadas con serología luética positiva y tratamiento adecuado antes del nacimiento
- % casos de sífilis congénita confirmada
- % de óbitos con causa sífilis
- % de parejas de embarazadas serología luética positiva evaluadas y/o tratadas
- % de RN con SC con TTO completo

ACTORES CLAVE

■ MSP

- **Dirección SNIS**
 - Establece metas y contratos de gestión
 - Complementación asistencial
 - Prestaciones
- **DIGESE**
 - Plan de Impacto
 - Guías
 - Difusión y Comunicación
- **DIGESA**
 - Instrumentar plan por parte de directores departamentales de salud
 - Regulaciones normativas
 - Fiscalización de las acciones
 - Acreditación de calidad de los servicios en tema ITS
 - Unidad de información

■ JUNASA

ACTORES CLAVE (CONTINUACIÓN)

■ Extra MSP

- ASSE
- Prestadores públicos no ASSE
 - Intendencias
 - Sanidad Policial
 - DNSFFAA
 - BPS
- Prestadores privados
- MIDES
- U.de la R.
- CODICEN
- Organizaciones de la Sociedad Civil
- CLAP - OPS
- UNPFA
- UNICEF

UNA DÉCADA DE **SÍFILIS** GESTACIONAL Y CONGÉNITA EN URUGUAY 2000 - 2009

La sífilis gestacional y la sífilis congénita han cobrado relevancia en la última década en Uruguay y en la región. Configuran un problema de salud pública que afecta directamente la calidad de vida de mujeres y recién nacidos. En el imaginario social la sífilis es considerada una enfermedad erradicada, lo cual refuerza las barreras para su prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno. Se pueden desarrollar políticas de evaluación permanente, sustentable y de bajo costo que permitan cumplir con las metas establecidas en la "Estrategia Regional para la Eliminación de la Transmisión materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe".

Esta publicación muestra que el uso del Sistema Informático Perinatal ha sido clave en la visibilidad del problema de la sífilis. Junto con el análisis de información epidemiológica sobre la magnitud y características del problema, se indaga el universo de significados en mujeres que tuvieron hijos con sífilis congénita. La identificación de los factores vinculados a la infección de sífilis durante el embarazo, permite conocer y analizar los determinantes sociales (género, sector socioeconómico, generación, étnico - raciales) que, al conjugarse, generan un escenario de desigualdad propicio para que ello tenga lugar. En su tercer capítulo, la publicación presenta el "Plan de Impacto para Disminuir la Transmisión Vertical de Sífilis. Uruguay 2010-2015" elaborado por el Ministerio de Salud Pública.



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA
CLAP/SMR

Con el apoyo de:

