

Sífilis congénita durante la pandemia por COVID-19

Sr. Director de la Revista Médica del Uruguay

En febrero de 2023, el Ministerio de Salud Pública dio a conocer la Auditoría de Sífilis Gestacional y Congénita del año 2020, que demuestra una grave situación, que a nuestro juicio constituye una verdadera emergencia sanitaria ⁽¹⁾.

Es importante hacer notar que este no es solo un problema de Uruguay. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe (ALC) están preocupados por la temática y se han reportado graves situaciones en las cuales la desigualdad está presente como condición fundamental ⁽²⁾, como lo reporta, entre otros organismos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁽³⁾.

En Uruguay, un reporte de 2018⁽⁴⁾ indicaba una marcada disminución de la sífilis congénita en los sectores más vulnerados en sus derechos que se asisten en el subsector público del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), especialmente en Montevideo. Por su parte, en el sector privado se ha mantenido por debajo del objetivo de eliminación desde hace años.

Sin embargo, los datos reportados por la auditoría de marras, indican un incremento en 2019, aumento que se consolida en su tendencia en 2020, cuestión en la que queremos focalizar el análisis. Así, la auditoría evalúa la situación en el quinquenio 2015 - 2020. La evolución de la sífilis congénita (en número de recién nacidos con VDRL + en sangre de cordón umbilical) se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Tasa de sífilis congénita por subsector de asistencia del SNIS.

Sífilis congénita (casos/100.000 RNV)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Subsector público	3,6	3,2	2,7	2,9	4,9	7,1
Subsector privado	0,6	0,3	0,2	0,3	0,6	0,6

Con respecto a la mortalidad por sífilis congénita, la auditoría reporta siete muertes fetales y dos muertes neonatales en el subsector público.

Analizando la localización geográfica, y haciendo foco en el subsector público, la evolución 2015-2019 muestra que promediamente fue en Montevideo donde más aumentó esta afección.

La prevalencia de la sífilis congénita constituye un indicador de inequidad en la salud. La prevalencia de la afección se amplifica en las situaciones de intersección de vulneración de derechos y discriminación de género, siendo uno de los problemas identificados la escasa adherencia al tratamiento y seguimiento de los varones. Las fallas en este sentido y la imposibilidad del sistema de salud de garantizar una atención oportuna a las parejas sexuales explican en gran parte los recontagios de las embarazadas aun luego de tratamientos correctos ^(5,6).

Se conoce que los principales factores de riesgo para desarrollar sífilis congénita son: mal control obstétrico (< 5 controles); realización de pruebas de diagnóstico de sífilis y tratamiento tardíos; no captación de la pareja; variables asociadas a vulnerabilidad social: pertenencia a minoría étnica, uso de drogas, violencia, menor nivel educativo, menor proporción de pareja estable y de embarazo planeado y mayor consumo de drogas, incluido el alcohol. Estas pacientes, además, tienen escaso acceso al primer nivel de atención (PNA), donde estén garantizados los atributos de la atención primaria: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad, continuidad. El retraso en el cambio de modelo de atención del SNIS nos enfrenta a un PNA muchas veces débil y desestructurado en otras, con un gran debilitamiento durante la pandemia. Un aspecto identificado a corregir es que la atención está centrada en los problemas y no en las personas, esto también se expresa en los resultados.

Tomando en cuenta los datos presentados por la rectoría sanitaria, y basándonos en nuestra práctica académica en la Maternidad Augusto Turenne del Centro Hospitalario Pereira Rossell, que oficia de centro centinela en esta temática, donde observamos desde 2021 y hasta el presente una agravación de esta situación, es que consideramos nuestra obligación ética de denunciar esta problemática.

Creemos que este incremento se debe al efecto desigual de las crisis económica, social y psicológica de las mujeres que se atienden en el subsector público y que superponen niveles de vulneración de derechos.

Pensamos que es urgente estructurar un plan de impacto específico para minimizar esta situación, contemplando acciones en tres niveles: a) el nivel de las usuarias y comunidad de protección del embarazo en el sector público con

visión de derechos y perspectiva de género; b) el nivel del sistema sanitario donde es imprescindible que los protocolos de actuación den cuenta del seguimiento de las situaciones de alta vulneración de derechos con foco en garantizar la continuidad asistencial; c) el nivel de los equipos de salud para mejorar la formación y controlar el performance de éstos, incorporando los derechos sexuales y reproductivos a la práctica clínica en la atención integral a la salud de las personas y mejorado la capacidad y efectividad de la acción de los equipos multidisciplinarios.

Por último, la sífilis congénita se asocia a otros problemas de salud sexual y reproductiva reportados en la emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19: aumento del parto pretérmino, aumento de la restricción de crecimiento fetal⁽⁷⁾, aumento de mortalidad materna en la pandemia (año 2022, variante P1 COVID)⁽⁸⁾. Todas estas situaciones han aumentado en el subsector público y no así en el sector privado del SNIS. Esto constituye lo que denominamos “injusticia reproductiva”, ya que no se está asegurando los derechos sexuales y reproductivos básicos, entre ellos el derecho a la maternidad segura en los sectores más vulnerables de nuestro país. Todas estas afecciones comienzan aun antes del embarazo, y, por lo tanto, la denominación de estas políticas debería ser de embarazo y primera infancia y no solo de primera infancia. Se requiere ampliar las estrategias, con foco en la salud integral de las personas en todas las etapas del ciclo vital. Es necesario favorecer el empoderamiento de las personas y comunidades. Si bien este aspecto está consagrado en la ley de creación del SNIS, se ha desestimado el potencial que tiene la comunidad organizada en la resolución de los problemas de la salud.

Prof. Dr. Leonel Briozzo.

Clínica Ginecotológica A.
FMED - UDELAR.

Prof. Agda. Dra. Clara Niz.

Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria.
FMED - UDELAR.

Prof. Dr. Fernando Silveira.

Departamento de Neonatología.
FMED - UDELAR.

Bibliografía:

1. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Auditoria Sífilis gestacional y congénita.** Montevideo: MSP, 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/servicios/auditoria-sifilis-gestacional-congenita> [Consulta: 12 abril 2022].
2. **Otálora-Fajardo A, Eslava-Schmalbach J. Desigualdades en la incidencia de sífilis congénita relacionada con las condiciones de vida.** Bogotá Colombia 2013-2014. *Cad Saúde Colet* 2020; 28(4):510-7. doi: 10.1590/1414-462X202028040441.
3. **Organización Panamericana de la Salud. Ante tendencia de aumento de sífilis y sífilis congénita en algunos países de las Américas, la OPS pide reforzar acciones de salud pública.** Washington. DC: OPS, julio 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-7-2022-ante-tendencia-umento-sifilis-sifilis-congenita-algunos-paises-americas-ops-pide> [Consulta: 16 febrero 2023].
4. **Cabrera S, Silveira MF, Visconti A, García F, Aguirre R, Ponce de Leon RG, et al. Lessons about the reliability of congenital syphilis and vertical HIV transmission data learned from case reviews in Uruguay: a cross-sectional study.** *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19(1):400. doi: 10.1186/s12884-019-2516-z.
5. **Rocha AFB, Araújo MAL, Miranda AE, de Leon RGP, da Silva Jr GB, Vasconcelos LDPG. Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study.** *BMC Health Serv Res* 2019; 19(1):65. doi: 10.1186/s12913-019-3910-y.
6. **Gómez Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción.** *Rev Panam Salud Pública* 2002; 11(5/6):454-61. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/454-61> [Consulta: 24 marzo 2023].
7. **Briozzo L, Tomasso G, Trujillo J, Viroga S, Pintos J, Nozar F, et al. COVID-19 mitigation measures increase preterm birth and low birth weight in the public healthcare system in Uruguay.** *Int J Gynaecol Obstet* 2023. doi: 10.1002/ijgo.14778.
8. **Briozzo L, Tomasso G, Ponzó J, Sicca N, Viroga S, Nozar F, et al. Mortalidad materna por COVID-19: la emergencia dentro de la emergencia sanitaria.** *Rev Lat Perinat* 2021; 24(3):215-21. Disponible en: <https://enperspectiva.uy/wp-content/uploads/2022/06/Mortalidad-materna-COVID.-Rev.-Latino-america-Perinatol.-2021-24.3-1.pdf> [Consulta: 7 marzo 2023].