

# Disparidades en la incidencia de sífilis congénita en Colombia 2005 a 2011: Un estudio ecológico

## Congenital syphilis incidence disparities in Colombia 2005 to 2011: an ecological study

Juan P. Alzate-Granados, Nubia F. Sánchez-Bello, Ana C. Amaya-Arias, Fernando Peralta-Pizza y Javier Eslava-Schmalbach

Instituto de Investigaciones Clínicas. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. [jpalzategr@unal.edu.co](mailto:jpalzategr@unal.edu.co), [nfsanchezb@unal.edu.co](mailto:nfsanchezb@unal.edu.co), [acamayaa@unal.edu.co](mailto:acamayaa@unal.edu.co), [fperaltap@unal.edu.co](mailto:fperaltap@unal.edu.co), [jheslavas@unal.edu.co](mailto:jheslavas@unal.edu.co)

Recibido 3 Septiembre de 2011/Enviado para Modificación 13 Diciembre 2011/Aceptado 21 Abril 2012

### RESUMEN

**Objetivo** La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Las intervenciones que disminuyan la incidencia de la sífilis congénita contribuyen con dos de las metas de desarrollo del milenio (MDG). Existen métodos de diagnóstico y tratamiento para manejar la sífilis congénita, aunque, existen variaciones en seroprevalencia y el número de casos anuales mundialmente, la situación sigue siendo preocupante. El objetivo del estudio fue describir las disparidades por Departamentos en la incidencia de sífilis congénita, en Colombia durante el período 2005 a 2011.

**Metodología** Se tomaron los registros del sistema de vigilancia del Instituto Nacional de Salud (INS), y de nacidos vivos (NV) y necesidades básicas insatisfechas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística—DANE de los años 2005 a 2011.

**Resultados** En Colombia la Incidencia global aumento de 2,15 casos por 1 000 NV en el año 2005, (1 550 casos), hasta 3,28 Casos por 1 000 NV 2011 (2 078 casos), alejándose cada vez más de la MDG (0,5 por 1 000 NV).

**Conclusiones** El número creciente de casos de sífilis congénita indica que sigue siendo un problema prioritario de salud pública, que el Sistema General de Seguridad Social en Salud no ha sido capaz de resolver, a pesar del aumento de cobertura y recursos que éste ha tenido en los últimos años, lo que exige una re-evaluación del impacto real que el Sistema ha tenido sobre los resultados en salud.

**Palabras Clave:** Sífilis congénita, desigualdades en la salud, sistemas de salud, incidencia (*fuente: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** Syphilis is a systemic, infecto-contagious, sexually-transmitted disease caused by the spirochete bacterium *Treponema pallidum*. Interventions reducing congenital syphilis incidence represent two of the Millennium Development Goals (MDG). Diagnostic and treatment methods are available for managing congenital syphilis; even so, variations occur in seroprevalence and the number of annual cases worldwide, so the situation continues to be worrying. This study was aimed at describing disparities per department regarding congenital syphilis incidence in Colombia from 2005 to 2011.

**Methodology** Colombian Institute of Health (Instituto Nacional de Salud-INS) surveillance system records and Colombian Statistics Department (Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE) records of live births (LB) and basic unsatisfied needs (BUN) from 2005 to 2011 were analyzed.

Results Overall incidence in Colombia rose from 2.15 cases per 1,000 LB in 2005, (1,550 cases) to 3.28 cases per 1,000 LB in 2011 (2,078 cases), thereby moving further away from the MDG (0.5 per 1,000 LB).

**Conclusions** The growing number of cases of congenital syphilis indicates that this continues being a priority problem for public health and that the Overall Healthcare-related Social Security System (OHSSS) has not been able to resolve it, in spite of increased coverage and the resources which this entity has received during the last few years. Such situation demands a re-evaluation of the OHSSS's real impact on public healthcare results.

**Key Words:** Congenital syphilis, healthcare inequality, healthcare system, incidence (source: *MeSH, NLM*).

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, sistémica, de transmisión sexual causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, se transmite a través de micro abrasiones en las mucosas o en la piel y se disemina a otros tejidos, puede afectar a las mujeres embarazadas y transmitirse al feto (1).

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima, que aproximadamente dos tercios de los casos de sífilis gestacional resultan en sífilis congénita o en aborto espontáneo (1-2). Aproximadamente 2,1 millones de mujeres embarazadas tendrán sífilis activa cada año, si no reciben un tratamiento adecuado, un 69 % de estas mujeres tendrán un embarazo con desenlace adverso como muerte perinatal o fetal (3).

La transmisión antes del cuarto mes de gestación es rara por lo que si la madre recibe tratamiento antes de este mes, influyendo en el acceso temprano a controles prenatales, es más probable que no haya daño fetal (4-6).

La OMS define sífilis congénita como: todo niño, aborto o mortinato cuya madre tiene evidencia clínica y/o con prueba treponémica o no

treponémica positiva o reactiva durante la gestación, parto o puerperio, que no haya sido tratada o haya sido tratada inadecuadamente, neonato con títulos de RPR/VDRL cuatro veces mayor que los títulos de la madre, niño con manifestaciones clínicas sugestivas de sífilis congénita (SC) al examen físico y/o evidencia radiográfica de SC y/o resultado positivo de una prueba treponémica o no treponémica, fruto de la gestación con demostración de *Treponema pallidum* por coloración o procedimiento específico, en lesiones, placenta, cordón umbilical o material de autopsia (4).

Las intervenciones orientadas a disminuir la incidencia de la sífilis congénita contribuyen con dos objetivos del milenio: reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna; es una enfermedad prevenible, podría eliminarse con el diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz de las pacientes infectadas (1,7). Actualmente existen métodos tanto de diagnóstico como de tratamiento para manejar la sífilis congénita, sin embargo, existen variaciones en la seroprevalencia y número de casos anuales alrededor del mundo incluido Colombia. La mayor seroprevalencia se encuentra en América, seguida de África y Europa; se estima que la importancia clínica del número previsto de casos, disminuiría con los programas de tamizaje (8).

El problema en América Latina ha sido definido como un “problema grave de solución sencilla” ya que hace más de medio siglo existen recursos para detectar y tratar la sífilis (5). Se menciona además que este problema solo podrá ser solucionado emprendiendo acciones en los grupos vulnerables como trabajadoras sexuales, consumidores de drogas y poblaciones móviles (5).

Desde 1995 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su 116ª Reunión del Comité Ejecutivo creó un plan para erradicar la sífilis, por lo que se retoma el tema en el 2003. El objetivo de eliminación de la sífilis congénita consiste en reducir la incidencia a 0,5 o menos casos por mil nacidos vivos. Para lograr dicho objetivo se hace necesario que más del 95 % de las mujeres en gestación infectadas debían ser tratadas reduciendo así la prevalencia de sífilis gestacional en 1 % o menos (1).

La sífilis continúa teniendo un gran impacto negativo en la región de América Latina. La aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud (5). En Colombia se han hecho estudios respecto al número de casos y la incidencia de sífilis congénita en distintos departamentos. De acuerdo con informes del Instituto Nacional de Salud (INS) en Colombia, los

Departamentos de San Andrés, Vaupés y Amazonas no presentaron ningún caso, mientras que Bogotá, Valle y Tolima son los que más casos registran. A pesar de los avances tecnológicos logrados en cuanto a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, aparecen aumentos en el número de casos (9).

En el mundo, las personas socialmente desfavorecidas enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio-económicas de las personas. Aun así, las políticas de salud han predominado en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud. Por esto las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo no han permitido alcanzar las metas de salud trazadas para lograr los Objetivos para el Milenio. Existe evidencia de acciones posibles para disminuir las inequidades en salud relacionadas con el acceso, oportunidad, calidad e integralidad de la atención en salud para la madre y el recién nacido. Es claro que la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los determinantes sociales de la salud, permiten reducir inequidades (10-12).

Para el año 2004, la comunidad afroamericana de Estados Unidos aportaba el 41 % de los casos reportados de sífilis primaria y secundaria, y la tasa de sífilis congénita de la comunidad afroamericana era 16 veces mayor que la tasa reportada en la comunidad blanca (13). Se aclara además que mientras se han hecho avances, la sífilis sigue siendo un problema entre las comunidades afroamericanas que viven en pobreza en la región sur de Estados Unidos (13).

Dado que hay muy poca evidencia científica en nuestro medio que estudien las inequidades en la incidencia de sífilis congénita, no se conoce si existen disparidades claras entre la incidencia de casos entre departamentos de la población Colombiana definiendo disparidad, según la OMS, como las diferencias en salud que están vinculadas con alguna situación de desventaja social o económica como la raza, etnia, religión, nivel socioeconómico, género, salud mental, orientación sexual, o ubicación geográfica (14).

A través de la información obtenida se puede comprender un poco más esta situación y proponer alternativas de solución más puntuales y viables que contribuyan a disminuir las brechas que existen entre la incidencia, las inequidades en salud y las necesidades de la región en general y cada departamento o ciudad en particular.

## MÉTODOS

Estudio ecológico de múltiples grupos. Se tomó la información de los casos de sífilis congénita, reportados mediante el Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS) (15). La definición de sífilis congénita de este sistema es aquella en el que la madre con sífilis transmite la infección durante la gestación por vía hematógena-placentaria o durante el parto, al feto o recién nacido. El registro de nacidos vivos se tomó del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE en la sección de Estadísticas Vitales para los años 2005 a 2011 (16).

Se compiló la información en Microsoft Excel 2007. Se calculó la incidencia acumulada de sífilis congénita por departamentos para los años 2005 a 2011 como el cociente entre los casos de Sífilis congénita en un determinado departamento de Colombia por cada 1 000 nacidos vivos en el mismo departamento de Colombia reportado por la autoridad sanitaria nacional.

Para evaluar las inequidades en la incidencia de Sífilis Congénita, se calculó el exceso de riesgo que tiene un recién nacido de tener Sífilis Congénita en cada Departamento de Colombia, comparado con tener Sífilis Congénita estando en el Departamento con la menor Incidencia en ese año. Se calculó a través del indicador “fracción atribuible (FA)”, que se encontró como el mejor indicador para evaluar la inequidad en salud entre los países (17).

La fracción atribuible fue calculada así:

$$FA = \left( \frac{A - B}{A} \right) * 100$$

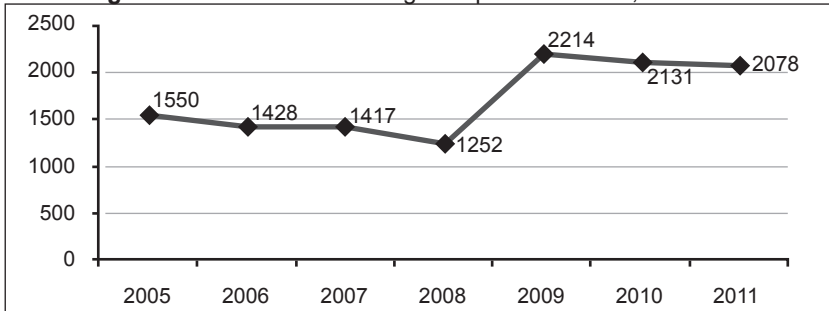
Donde A es la incidencia de cada Departamento colombiano, y B es la “mejor” incidencia en Colombia para ese año, es decir la más baja en cada año. Se excluyeron del análisis los Departamentos que no tuvieron datos, asumiendo que los niveles de cero casos, correspondieron a sub-registro.

Se consultó, en el censo de 2005, el aparte de Necesidades Básicas insatisfechas (NBI) para observar si había alguna correlación entre las inequidades encontradas por Departamentos con el NBI de los mismos con la Incidencia de Sífilis Congénita, mediante la prueba Rho de Spearman (18). Este análisis específico, se hizo únicamente para el año 2005. El análisis se realizó con el paquete estadístico STATA v.11.2.

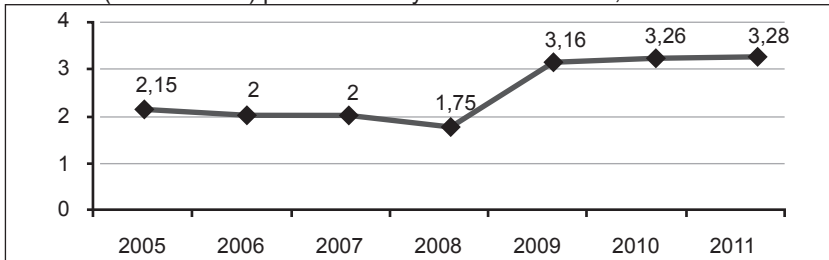
## RESULTADOS

En Colombia la Incidencia global aumento de 2,15 casos por 1 000 nacidos Vivos (NV) en el año 2005, (1 550 casos), hasta 3,28 Casos por 1 000 nacidos vivos en 2011 (2 078 casos) (Figura 1 y 2).

**Figura 1.** Casos de Sífilis congénita para Colombia, 2005-2011



**Figura 2.** Incidencia de Sífilis congénita para Colombia (datos crudos) por 1 000 NV y número de casos, 2005-2011



Los Departamentos con mayor número de casos fueron el Valle con 289 casos en 2005, Bogotá D.C en 2006 con 260 casos, 2007 con 248 casos, 2008 con 307 casos, en 2009 el Departamento de Antioquia con 477 casos, y finalmente para los años 2010 y 2011 el Departamento con mayor número de casos fue el Valle del Cauca con 500 y 539 casos respectivamente.

Para el año 2005 San Andrés y Vaupés no registraron, ni Vichada, Vaupés, Guainía y San Andrés, para el 2006, San Andrés y Vaupés para 2007, Amazonas, San Andrés y Vaupés para 2008, Guainía, Vaupés y Vichada para 2009 y 2010 y Guaviare y Vichada para 2011.

**Tabla 1.** Tasa de Incidencia sífilis congénita, por Departamentos 2005-2011; casos por 1 000 NV

Departamento	Años							Proporción de personas con NBI (%)
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Amazonas	2,31	4,15	2,16	0,00	7,48	2,28	3,86	30,83
Antioquia	2,98	2,18	1,71	0,43	5,54	5,66	2,02	15,90
Arauca	4,12	2,79	4,32	4,52	3,6	4,42	5,38	32,01
Atlántico	0,58	1,4	1,00	0,55	2,41	2,07	2,41	23,82
Bogotá D. C.	1,81	2,1	1,94	2,38	2,41	2,03	1,77	9,16
Bolívar	1,48	1,89	1,66	1,51	2,53	2,70	2,65	40,26
Boyacá	1,17	1,56	1,12	0,73	1,17	0,96	1,17	14,10
Caldas	1,62	0,74	1,42	1,96	0,17	1,1	1,33	13,29
Caquetá	1,11	1,54	1,93	0,28	1,21	1,37	3,38	33,48
Casanare	2,07	1,53	0,97	2,42	1,38	2,73	3,64	26,16
Cauca	2,79	3,97	0,39	1,8	1,28	2,54	4,65	24,27
Cesar	0,49	0,57	1,22	0,7	1,67	2,86	2,76	35,80
Choco	5,2	5,98	0,39	1,17	9,04	16,26	27,79	81,94
Córdoba	0,8	0,25	2,86	1,31	4,17	4,51	3,74	42,68
Cundinamarca	1,51	1,82	1,33	0,93	0,77	1,16	0,97	15,42
Guainía	3,85	0,00	6,05	5,37	0,00	0,00	5,12	45,66
Guaviare	0,58	4,89	1,28	1,24	6,2	5,24	0,00	34,02
Huila	3,69	2,1	2,01	1,24	1,83	1,41	1,29	21,80
La Guajira	0,53	0,66	0,75	0,87	2,15	3,04	1,22	40,47
Magdalena	2,19	0,42	1,94	2,01	1,71	3,21	2,38	40,08
Meta	3,94	3,48	4,24	3,66	5,62	5,61	4,11	20,41
Nariño	2,94	1,47	1,88	0,14	2,77	4,02	4,55	26,09
N. Santander	2,72	1,76	1,84	1,01	0,82	1,92	2,24	26,54
Putumayo	3,77	0,6	1,47	1,36	1,58	1,04	2,56	15,28
Quindío	6,34	3,00	3,81	3,5	5,23	6,64	7,22	13,06
Risaralda	1,01	0,93	1,49	1,3	2,56	4,42	5,15	50,83
San Andrés	0,00	0,00	0,00	0,00	4,54	2,43	4,49	26,54
Santander	1,49	2,53	0,77	1,11	2,13	0,92	0,70	13,54
Sucre	4,3	3,89	6,11	3,21	3,4	4,45	4,78	46,60
Tolima	1,07	0,96	2,29	3,56	3,84	3,94	4,05	19,68
Valle	4,54	3,11	3,52	3,62	5,95	8,93	9,79	14,06
Vaupés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,74	40,26
Vichada	1,38	0,00	1,56	2,68	0,00	0,00	0,00	41,94
Global	2,15	2,00	2,00	1,75	3,16	3,26	3,28	19,66

Fuente: Autores a partir de: Registros del sistema de vigilancia del Instituto nacional de salud (INS) y Registro de nacidos vivos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE Estadísticas Vitales.

Para evaluar la inequidad en la Incidencia de sífilis congénita se calculó la fracción atribuible que arrojó excesos de riesgos de un 92,7 % de tener Sífilis Congénita en Quindío para el año 2005, comparado con el Departamento con menos casos de ese año que fue el Cesar.

Para el año 2006 la fracción atribuible fue del 95,82 %, de tener sífilis congénita en Choco comparado con Córdoba, el cual fue el Departamento de referencia para ese año.

Las mayores tasas de incidencia se registraron en Quindío (6,34 por 1 000 NV) para 2005, Choco (5,98 \* 1 000 NV) para 2006, Sucre (6,11 \* 1 000 NV) en 2007, Guainía (5,37 \* 1 000 NV) para 2008, Choco para 2009, 2010 y 2011 (9,04 \* 1 000 NV, 16,26 \* 1 000 NV y 27,78 \* 1 000 NV, respectivamente) (Tabla 1).

**Tabla 2.** Tasa de Incidencia acumulada de sífilis congénita por Departamentos en Colombia – 2005 a 2011

Departamento	Incidencia acumulada Sífilis Congénita (Casos por 1000 Nacidos Vivos)
Amazonas	3,46
Antioquia	2,36
Arauca	5,88
Atlántico	1,53
Bogotá D. C.	2,07
Bolívar	2,08
Boyacá	1,13
Caldas	1,21
Caquetá	1,53
Casanare	2,13
Cauca	2,50
Cesar	1,41
Choco	8,74
Córdoba	2,52
Cundinamarca	1,22
Guainía	2,78
Guaviare	2,66
Huila	1,95
La Guajira	1,23
Magdalena	2,55
Meta	4,38
Nariño	2,47
N. Santander	1,75
Putumayo	1,78
Quindío	5,06
Risaralda	2,35
San Andrés	1,53
Santander	1,38
Sucre	4,28
Tolima	2,74
Valle	5,51
Vaupés	0,25
Vichada	0,93
Global	2,49

Fuente: Autores a partir de: Registros del sistema de vigilancia del Instituto Nacional de Salud (INS) y Registro de Nacidos Vivos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE Estadísticas Vitales

La tasa acumulada del periodo 2005-2011 mostró que el Departamento con mayor tasa de incidencia fue el Choco con 8,74 por 1 000 NV y el Departamento con menor tasa de incidencia para el periodo fue Vaupés, que reporto 0,25 casos por cada 1 000 NV (Tabla 2).

En el año 2007 el Departamento con una mayor fracción atribuible fue Sucre con un 93,62 % en comparación con Cauca que fue el referente para ese año.

Se encontró un exceso de riesgo del 97,39 % de tener casos de sífilis congénita por vivir en Guainía, en comparación con Nariño para el año 2008.

Para los años 2009 a 2011 el Departamento del Choco presenta el mayor exceso de riesgo de tener casos de sífilis congénita del 98,12 % para el



2009 (comparado con Caldas), 94,34 % y 97,48 % para 2010 y 2011 respectivamente, comparado en ambos años con Santander (Tabla 3).

**Tabla 3.** Fracción atribuible, por Departamentos 2005-2011

Departamento	Fracción Atribuible (%)						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Amazonas	78,79	93,98	81,94	-	97,73	59,65	81,87
Antioquia	83,56	88,53	77,19	67,44	96,93	83,75	65,35
Arauca	88,11	91,04	90,97	96,90	95,23	79,19	86,99
Atlántico	15,52	82,14	61	74,55	92,95	55,56	70,95
Bogotá D. C.	72,93	88,1	79,9	94,12	92,95	54,68	60,45
Bolívar	66,89	86,77	76,51	90,73	93,28	65,92	73,59
Boyacá	58,12	83,97	65,18	80,82	85,47	4,17	40,17
Caldas	69,75	66,22	72,54	92,86	Ref.*	16,36	47,37
Caquetá	55,86	83,77	79,79	50	85,95	32,85	79,29
Casanare	76,33	83,66	59,79	94,22	87,68	66,3	80,77
Cauca	82,44	93,7	Ref.*	92,22	86,72	63,78	84,95
Cesar	Ref.*	56,14	68,03	80	89,82	67,83	74,64
Choco	90,58	95,82	-	88,03	98,12	94,34	97,48
Córdoba	38,75	Ref.*	86,34	89,31	95,92	79,6	81,28
Cundinamarca	67,55	86,26	70,68	84,95	77,92	20,69	27,84
Guainía	87,27	-	93,55	97,39	-	-	86,33
Guaviare	15,52	94,89	69,53	88,71	97,26	82,44	-
Huila	86,72	88,1	80,6	88,71	90,71	34,75	45,74
La Guajira	7,55	62,12	48	83,91	92,09	69,74	42,62
Magdalena	77,63	40,48	79,9	93,04	90,06	71,34	70,59
Meta	87,56	92,82	90,80	96,17	96,98	83,60	82,97
Nariño	83,33	82,99	79,26	Ref.*	93,86	77,11	84,62
N. Santander	81,99	85,80	78,80	86,14	79,27	52,08	68,75
Putumayo	87,00	58,33	73,47	89,71	89,24	11,54	72,66
Quindío	92,27	91,67	89,76	96,00	96,75	86,14	90,30
Risaralda	51,49	73,12	73,83	89,23	93,36	79,19	86,41
San Andrés	-	-	-	-	96,26	62,14	84,41
Santander	67,11	90,12	49,35	87,39	92,02	Ref.*	Ref.*
Sucre	88,60	93,57	93,62	95,64	95,00	79,33	85,36
Tolima	54,21	73,96	82,97	96,07	95,57	76,65	82,72
Valle	89,21	91,96	88,92	96,13	97,14	89,70	92,85
Vaupés	-	-	-	-	-	-	59,77
Vichada	64,49	-	75,00	94,78	-	-	-

Fuente: Autores. A partir de: Tasas de sífilis congénita por Departamentos (15,16) \*Departamento de Referencia para ese año; -: Sin casos

No hubo una correlación entre la fracción atribuible de la razón de sífilis congénita y la proporción de población con NBI por Departamentos (Spearman rho: -0.03, p=0.84), para el 2005.

## DISCUSIÓN

Las tasas de incidencia en el país han ido en aumento, alejándose cada vez más de la meta trazada de disminuir la tasa de incidencia de sífilis congénita a 0,5 por 1 000 nacidos vivos y de los objetivos del milenio 4 y 5. En los países desarrollados se han reportado casos epidémicos de sífilis y sífilis congénita por ondas migratorias (19).

A nivel departamental, Vaupés no presentó ningún caso en la mayor parte del periodo (2005 a 2010). Antioquia, Bogotá D.C y Valle son los que más casos registran durante la mayor parte del periodo, estando Bogotá D.C siempre en los primeros lugares.

Chocó tuvo la tasa de incidencia más alta, entre 5,2 casos por 1 000 nacidos vivos en el 2005 hasta 27,78 casos por 1 000 nacidos vivos en el 2011, alejándose cada vez más del objetivo de eliminación de sífilis congénita definida para el año 2000. Esta situación hace contraste con el hecho de que la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Chocó aumentó de 61,88 % (2005) a 87,7 % (2011) según los datos de Cobertura en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (20).

Al evaluar la inequidad en la Incidencia de Sífilis Congénita con la fracción atribuible se encuentra que la mayoría de los Departamentos tienen un exceso de riesgo de más del 65 % en comparación con el mejor referente del año en el que se comparan, lo cual nos muestra una gran brecha de la existencia de sífilis congénita entre los departamentos Colombianos; adicionalmente expone quizás la diferencia en el énfasis que se pone en los programas para la prevención de enfermedades de transmisión materno-infantil en cada Departamento como son la sífilis, el VIH y la gonorrea, entre otras. La expansión y el fortalecimiento de dichos programas ofrecen la oportunidad de maximizar los recursos existentes para disminuir las inequidades en salud, y adicionalmente la morbi-mortalidad en infantes. (5).

Es probable que los Departamentos con valores de incidencia de 0, pueden no haber registrado casos o pueden haber tenido un inadecuado sistema de vigilancia epidemiológica o fallas en el sistema de notificación, lo cual no permite obtener dichos registros, como en el caso de Vaupés que tiene una tasa de Incidencia de 0 casos por 1000 NV del 2005 al 2010 en contraste con su NBI, el cual es de 54,77 % (18), esto constituye un obstáculo para cuantificar adecuadamente la magnitud del problema.

La falta de correlación entre la inequidad en la incidencia de sífilis congénita con la proporción de personas viviendo con NBI en el año 2005 puede deberse a que el indicador de NBI no se correlaciona bien con las necesidades que en materia de salud sexual y reproductiva tiene la población. Sin embargo, es destacable la ausencia de información, sobre todo en Departamentos donde hay mayor proporción de población con NBI, lo que sugiere un problema real de sub-registro de la misma, más que un

control adecuado de la enfermedad. Este elemento podría explicar mejor la falta de correlación entre la inequidad en la incidencia de sífilis congénita y las NBI, ya que el sub-registro ocurre principalmente en estas regiones donde hay mayores NBI. Como soporte a lo anterior es destacable que en países desarrollados existe evidencia de acciones encaminadas a disminuir las inequidades en salud, a través de intervenciones y políticas sanitarias que actúen sobre los determinantes sociales (21).

Se observa que la mayor presentación de inequidades en la incidencia de sífilis congénita se da en Departamentos periféricos, que históricamente han sido Departamentos marginados, con difícil acceso a la salud, a la educación, al acceso y disponibilidad de servicios básicos, como es el caso de Chocó que presenta los índices más altos de inequidad en salud, corroborando así la falta de intervención del Estado a través de la promulgación de políticas públicas adecuadas.

Sin embargo, en nuestros datos se encuentran Departamentos pobres como Vaupés y Caquetá, que aunque tienen situaciones similares a las de Chocó no registran la misma incidencia de casos de sífilis congénita. Esto también podría ser explicado por el nivel de sub-registro que ocurre principalmente en los Departamentos más pobres. En un estudio previo, se evidenció que en Colombia existe un sub-registro de la mortalidad que es diferencial por departamentos y es más importante en los Departamentos con más privación, esto sugeriría que este nivel de sub-registro de la mortalidad puede extrapolarse a un sub-registro de la morbilidad específicamente en el caso de la sífilis congénita (22). La sífilis congénita, debe concebirse como una de las problemáticas de salud pública derivadas en gran parte del impacto de los determinantes sociales, de las inequidades en salud y desigualdades sociales, por lo que requiere de acciones intersectoriales e interdisciplinarias que traten de afectar la distribución de estos determinantes en la población positivamente.

A pesar de que la sífilis congénita se trata de una enfermedad cuyo diagnóstico y tratamiento son conocidos y de bajo costo, el aumento en el número de casos a nivel departamental y nacional refleja las falencias en la ejecución sistemática de acciones en la promoción de la salud materno-fetal ya que un aumento de los casos de sífilis congénita refleja además un aumento de los casos de sífilis gestacional indicando un problema real en el acceso y calidad de los controles prenatales en el funcionamiento del SGSSS. El número creciente de casos de sífilis congénita indicaría que podrían existir problemas

relacionados con la calidad del SGSSS mas que con la cobertura del mismo, ya que para el año 2011 esta cobertura se reportó en un 90,87 % (20).

El modelo de atención del SGSSS colombiano, ha estado centrado principalmente en la enfermedad, lo que no ha favorecido la implementación de acciones que conduzcan a una afectación de los determinantes sociales o a estrategias de promoción y prevención que disminuyan el impacto de las enfermedades prevenibles y transmisibles, como ya se ha reportado por otros autores (23).

La solución implica un análisis de la problemática más profundo que incluya el papel de los determinantes sociales en las inequidades en salud encontradas en la sífilis congénita en Colombia, la mejoría del sistema de información que permita la monitoria y el seguimiento de esta y otras patologías relevantes, así como también el mejoramiento necesario en los procesos de prevención y de atención de las gestantes, sus parejas y sus hijos dentro del SGSSS. Al ser un estudio ecológico este estudio adolece de las limitaciones de este tipo de diseño relacionado principalmente con la calidad de los datos. Sin embargo, los datos utilizados para este artículo fueron obtenidos de instituciones oficiales que llevan el registro de los casos de sífilis congénita en Colombia, aunque como se menciono anteriormente los niveles de sub-registro que se han encontrado en Colombia relacionados con la mortalidad especialmente en los Departamentos más pobres podrían reflejarse también en un nivel de sub-registro de esta patología en esos mismos Departamentos, lo que sugiere que una interpretación cuidadosa de todos los resultados ♦

## REFERENCIAS

1. OMS. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. Bull World Health Organ 2008.
2. Ho EL, Lukehart SA. Syphilis: using modern approaches to understand an old disease. J Clin Invest. 2011 Dec; 121(12):4584-92.
3. Hawkes S, Matin N, Broutet N, Low N. Effectiveness of interventions to improve screening for syphilis in pregnancy: a systematic review and meta-analysis The Lancet Infectious Diseases - 1 September 2011; 11 (9): 684-691.
4. Valderrama J, Urquia MA, Galván OG, Simán SR, Osimani ML, Abreu H, et al. Sífilis materna y sífilis congénita: definiciones de caso. Boletín Epidemiológico OPS, 2005; 26 (1):13-16.
5. Valderrama J, Zacarías F, Mazin R. Sífilis materna y congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev. Panamericana de Salud Pública. 2004;16(3):211-217
6. Evento de vigilancia: Sífilis Gestacional y Congénita Primer semestre de 2007. INS -Subdirección de Vigilancia y Control [Internet]. Disponible en <http://www.ins.gov.co> Consultado Abril 2012.

7. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N, Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bull World Health Organ.* 2004 Jun; 82(6):410-6.
8. Schmid G, Stoner B, Hawkes S, Broutet N. The Need and Plan for Global Elimination of Congenital Syphilis. *Sexually Transmitted Diseases, July Supplement 2007*; 34 (7):. S5–S10.
9. Seguimiento al sector Salud en Colombia. *Así vamos en Salud* [Internet]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org>. Consultado Abril 2012.
10. World health Organization [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html). Consultado Abril 2012.
11. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 2008 [Internet]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701spa.pdf>. Consultado. Abril 2012.
12. Amartya S. ¿Por qué la Equidad en Salud? *Rev. Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2002; 11(5/6): 302-309.
13. McRae D. Overcoming the Epidemics: Racial Disparities in HIV and STDs. *Health Policy Associate, National Black Caucus of State Legislators* [Internet] Disponible en <http://www.healthystates.csg.org/>. Consultado Abril 2012.
14. World health Organization [Internet]. Disponible en <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>. Consultado Abril 2012.
15. Registros del sistema de vigilancia del Instituto Nacional de Salud (INS) [Internet]. Disponible en <http://www.ins.gov.co>. Consultado Abril 2012.
16. Registro de nacidos vivos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE Estadísticas Vitales [Internet]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co>. Consultado Abril 2012.
17. Eslava-Schmalbach J, Alfonso H, Gaitán H, Agudelo C. Epidemiological estimators' power of rating inequality in health in high-income OECD countries, 1998-2002. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2008; 10 (Suppl 1): 3 -14.
18. Necesidades Básicas Insatisfechas-NBI, por total, cabecera y resto, según municipio y nacional . Censo general 2005. [Internet]. Disponible en URL: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=307&Itemid=124](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=307&Itemid=124) Consultado Agosto de 2012.
19. Simms I, Ward H. Congenital syphilis in the United Kingdom. *Sex Transm Infect.* 2006. 82(1): 1.
20. Ministerio de la protección Social. Cobertura en Salud. [Internet] Disponible en <http://www.minsalud.gov.co>. Consultado Agosto 2012
21. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Public Health. Lancet* 2005; 365: 1099–104.
22. Eslava-Schmalbach JH, Rincón CJ, Guarnizo-Herreño CC. Inequidad de la expectativa de vida al nacer por sexo y departamentos de Colombia. *Biomédica.* 2012; 33 (3).
23. Palomino D, Vargas O. La enfermedad respiratoria crónica: reflexiones en el contexto del sistema de salud colombiano. *Rev. Cienc. Salud.* 2007; 5(2): 106-115.