UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA



FACULTAD DE MEDICINA

CAUSAS Y EFECTOS DEL AUMENTO DE SÍFILIS EN LA ARGENTINA

CAUSES AND EFFECTS OF THE INCREASE OF SYPHILIS IN ARGENTINA

NOMBRE DEL AUTOR: GUIDO MANZONE
TUTOR: DR. EDUARDO VEDOVATO
HOSPITAL SANTOJANNI

RESUMEN

Introducción: Desde el año 2013, los casos de Sífilis se incrementaron en la Argentina a causa de la disminución en el uso del preservativo, consecuencia de la falta de Educación Sexual en la Argentina.

El objetivo del presente trabajo es analizar estas causas desde el punto de vista epidemiológico y social.

Materiales y métodos: Se realizaron búsquedas en las bases de datos de: NCIB, SCielo, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Infoleg, ECDC, Fundación Huésped, Organización FEIM.

Se realizó una encuesta a hombres y mujeres de entre 20 y más de 46 años.

Resultados: Se evaluaron artículos donde se describieron diferentes aristas de la temática; y se analizaron los resultados de la encuesta realizada para este trabajo.

Discusión y Conclusión: La disminución del uso de preservativo por falta de educación sexual es la causa principal del aumento de la Sífilis en la Argentina. Analizado lo expuesto en este trabajo, considero que la educación tanto de instituciones educativas como de los cuerpos médicos de los centros de salud, es la clave para controlar la enfermedad.

Palabras claves: sífilis, VIH, Educación Sexual, Enfermedades de transmisión sexual, concientización, prevención.

ABSTRACT

Introduction: Since 2013, cases of syphilis increased in Argentina because of the decrease in the use of condoms, a consequence of the lack of Sexual Education in Argentina.

The objective of this paper is to analyze these causes from the epidemiological and social point of view.

Materials and methods: We searched the databases of: NCIB, SCielo, World Health Organization, National Ministry of Health and Social Development, Infoleg, FEIM Organization, ECDC, Fundación Huésped.

And was made a survey was conducted on men and women between 20 and over 46 years.

Results: Articles were evaluated where different aspects of the subject were described; and the results of the survey conducted for this work were analyzed.

Discussion and Conclusion: The decrease in the use of condoms due to lack of sexual education is the main cause of the increase in syphilis in Argentina. Analyzed the obtained data in this work, consider that the education of both educational institutions and the medical society in the health centers, is the key to controlling the disease.

Keywords: syphilis, HIV, Sex Education, Sexually transmitted diseases, awareness, prevention.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad producida por la bacteria Treponema Pallidum, una bacteria perteneciente al Orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae.
Desde los comienzos se consideró una enfermedad estigmatizante. En los territorios de la actual Italia, Reino Unido y Alemania se la conocía como “la enfermedad francesa”, en Francia se conocía como “la enfermedad napolitana”, en Rusia le asignaron el nombre de “la enfermedad polaca”, en Polonia la llamaron “la enfermedad alemana”, en Dinamarca, Portugal y norte de África la llamaban "enfermedad española / castellana" y los turcos la llamaron "enfermedad cristiana". Además, en el norte de la India, los musulmanes culpaban a los hindúes de la expansión de la enfermedad. Así, los hindúes culparon a los musulmanes.[1]

Fue nombrada por primera vez por el médico y poeta Girolamo Fracastoro (Ver Anexo I - Imagen 1), quien en el año 1530 publicó “Syphilis sive Morbus Gallicus” (Ver Anexo I - Imagen 2), un poema de tres libros, en el que en uno de ellos narra la historia de un pastor llamado Syphilus, un seguidor del Rey Alcihtous. Que, enojado con el Dios Apolo por resecar los árboles, decide abandonar la fe en este Dios y adorar al Rey Alcihtous por lo que el Dios decide castigar a toda la población con una enfermedad llamada como Sífilis en referencia al nombre del pastor.

En la búsqueda por el origen de la sífilis se han propuesto tres hipótesis. La “hipótesis colombina”, en el que se postula que la enfermedad pudo haber ingresado a Europa desde América en el año 1493 en los viajes de Colón. La “hipótesis precolombina” postula que la enfermedad ya se encontraba en el viejo mundo antes de los viajes de Colón[2]. Una tercera hipótesis, la “hipótesis unitaria”, postula la idea de la existencia de enfermedades causadas por treponemas tanto en el Viejo como en el Nuevo Mundo, antes de Colón, y el surgimiento de una nueva variante, más contagiosa, sobre todo en Europa, la sífilis venérea.[3]

Albrecht Dürer, un artista alemán, representó en grabados de madera, por primera vez en Europa, en 1496, la imagen de un mercenario cuya piel tiene llagas de múltiples chancros (Ver Anexo I - Imagen 3). Al lado de la imagen se encuentra escrito un texto del médico Theodorus Ulsenius advirtiendo sobre la nueva enfermedad, describiendo también sus signos y síntomas, mencionando que la enfermedad no es curable y estableciendo un vínculo directo entre la epidemia y la gran conjunción astrológica en 1484.

Entre las muchas terapias utilizadas a lo largo de la historia, cabe destacar el mercurio, el guayaco, los yoduros, arsénico y el bismuto hasta 1943 cuando se introdujo la penicilina, lo que supuso un punto de inflexión en el tratamiento de la enfermedad, al pasar a ser la medicación de elección.
El mercurio es un diurético potente que produce salivación importante cuando se administra a dosis tóxicas. Los tratamientos con mercurio habían sido postulados

[1] National Center for Biotechnology Information (2014). Estados Unidos. Brief History of Syphilis. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956094/
[2] Scientific Electronic Library Online (2014). Brasil. Sífilis en la Ciudad de México: análisis osteopatológico. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592015000200005
[3] Scientific Electronic Library Online (2014). Brasil. Sífilis en la Ciudad de México: análisis osteopatológico. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592015000200005

por Guy de Chauliac (1300-1368), uno de los grandes cirujanos de la Edad Media. Tanto Dioscórides (40-90), como Galeno (129-216), se habían mostrado claramente opuestos a su utilización, aunque en el ambiente de la medicina árabe lo utilizó en algunas enfermedades de la piel, como la lepra, con buenos resultados, lo que contribuyó a su uso. A comienzos del siglo XVI, la enfermedad se había propagado por casi toda Europa, tanto la enfermedad como el uso del mercurio. Destacados defensores del mismo fueron Girolamo Fracastoro (1493-1542), quien consideró a este medicamento el único medio para eliminar las lesiones, así como Paracelso (1493-1541), que criticó el uso del guayaco por inútil y costoso, defendió el tratamiento con mercurio, siendo uno de los primeros en utilizarlo. No obstante, recomendó su uso externo y con precaución. Pronto se reconoció la toxicidad y dudosa eficacia del mercurio, lo que hizo que surgieran opositores a su uso, los cuales señalaron tanto la toxicidad del mercurio como la frecuencia de las recidivas. A pesar de la negativa de muchos médicos a usarla y de que muchos de los pacientes fallecieron de envenenamiento por el mercurio, éste se utilizó durante siglos como terapia de la sífilis.

Por último, desde 1504, se recurrió a las fumigaciones con cinabrio (sulfuro de mercurio). Para ello, el paciente se colocaba en una cabina sobre una estufa que producía un gran calor en la que eran forzados a respirar el vapor mercurial. Esto provocó en muchos pacientes, especialmente en asmáticos y tísicos, sofocaciones, lipotimias, caída de los dientes, producción de abundante saliva, viscosa y fétida, ataques de asma, bronquitis, catarro pulmonar, dolores de cabeza, además de cuadros muy graves de convulsiones o parálisis e incluso la muerte por intoxicación. Esto hizo que se cambie el método de aplicación y, hacia 1776, se diseñó una nueva cabina, en la que solo el cuerpo estaba incluido en la caja dejando la cabeza fuera, evitando la inhalación de vapores mercuriales. Al finalizar el siglo XVIII, el mercurio era considerado el medicamento de elección frente a la sífilis por la mayor parte de los médicos.

En el siglo XIX, a pesar de que algunos médicos que se negaban a utilizarla, su aceptación era todavía generalizada. Las vías de administración se multiplicaron, convirtiéndose así en un recurso indispensable. Alfred Fournier (1832-1914) (Ver Anexo I - imagen 4), un médico dermatólogo especializado en enfermedades de transmisión sexual defendía el uso del mercurio como tratamiento frente a la Sífilis. La duración de los tratamientos mercuriales aumentó a lo largo de este periodo, creando pérdida de confianza en los tratamientos y un incremento de la ansiedad colectiva suscitada por la enfermedad. Por ende, el uso del mismo fue decreciendo, aunque se sostuvo hasta la llegada de la penicilina.[4]

En 1889, surgieron los primeros avances científicos sobre las propiedades anti sifilíticas del bismuto, aunque recién hasta en 1914, cuando Benjamin Sauton estudió su acción sobre espirilos y tripanosomas, no pudiendo hacerlo específicamente sobre el treponema de la sífilis, a causa de su fallecimiento durante la primera guerra mundial. En 1921, Robert Sazerac y Constantin Levaditi, demuestran la gran eficacia del bismuto sobre las infecciones treponémicas, así como una baja toxicidad, lo que hizo que pronto se dejará de usar casi por completo al mercurio como tratamiento principal frente a la enfermedad.

[4] National Center for Biotechnology Information (2018). Estados Unidos. Evolución del tratamiento de la Sífilis a lo largo de la historia. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254479/

En 1928, Alexander Fleming (Ver Anexo I - Imagen 5), realizando investigación en la bacteria Staphylococcus Aureus descubrió que una de la placa de ensayo se habían contaminado con un hongo llamado Penicilium Notatum y que esta producía un halo de inhibición sobre la bacteria así fue como se realizó el descubrimiento de la penicilina. En 1943 se produjo un punto de inflexión en la historia del tratamiento de la sífilis, pues John Mahoney, Richard Arnold y AD Harris utilizaron por primera vez la penicilina en el tratamiento de cuatro pacientes, administrándola cada cuatro horas durante ocho días y logrando con ello su curación. Poco después, en Estados Unidos, la penicilina pasó a ser el tratamiento de elección en la mayor parte de los casos de sífilis, siendo ya el medicamento disponible más eficaz para el tratamiento de la enfermedad en cualquiera de sus formas.

Etiología

El organismo causante de la sífilis es el Treponema pallidum subsp pallidum. Este microorganismo es una bacteria móvil espiroforme (con forma de hilo en espiral), perteneciente al orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae, género Treponema. Su diámetro es de 0,10 a 0,18 micrómetros y su longitud entre 6 y 20 micrómetros. El promedio de torsiones de espiral de un T. pallidum es de 6 a 14. Su movilidad, como sacacorchos, está dado por endoflagelos, que le permiten una rápida rotación, torcerse y doblarse en ángulos. [5]

Epidemiología

Las formas de contagio sexual se producen por el contacto de la piel con la secreción que generan los chancros, o por contacto con los clavos sifilíticos de la persona enferma, al realizar sexo oral sin preservativo por contacto con chancros en la boca, pene o vagina o a través del beso si hay lesiones sifilíticas en la boca. Si la madre está infectada puede transmitirles a sus hijos a través de la placenta (sífilis congénita) o a través del canal de parto (sífilis connatal). En ambos casos, el bebé puede morir pronto o desarrollar sordera, ceguera, perturbaciones mentales, parálisis o deformidades.

Durante la fase inicial el sujeto enfermo tiene un alto riesgo de contagiar ya que la úlcera venérea contiene múltiples treponemas, pero se sostiene que después de cuatro años el individuo infectado no puede difundir más el microorganismo mediante relaciones sexuales. En las relaciones entre hombre y mujer es más fácil que se contagie el hombre. El período en el que más personas se contagian es entre los 20 y los 25 años de edad según las OMS. [6]

Cuadro Clínico

Sífilis temprana

La sífilis primara contiene una lesión fundamental que es el chancro (Ver Anexo I - Imagen 6) una úlcera indolora, única (70%), genital o extra genital, según el sitio de inoculación, de fondo limpio, base y bordes indurados. En dos tercios, adenopatía regional no dolorosa ni supurativa. Resuelve espontáneamente en 3 a 6 semanas.

---

[5] National Center for Biotechnology Information (1999). Estados Unidos. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC88914/

[6] Organización Mundial de la Salud (2019). Infecciones de transmisión sexual. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)

La sífilis secundaria es producto de la diseminación, las lesiones aparecen entre las 4 y 8 semanas de la lesión primaria. Un tercio de las veces puedes coexistir con el chancro. Las manifestaciones en el 90%, compromiso de piel y faneras: Rash (inicio en tronco y raíz de miembros y se extiende afectando palmas y plantas, ver Anexo I - Imagen 7),- condilomas planos muy contagiosos, en pliegues, que coalescen. Linfoadenopatias generalizada en el 50-60% (ganglios epitrocleares), síntomas constitucionales 70% (fiebre, astenia, faringitis, artralgias), compromiso del sistema nervioso central en el 40% (cefalea, meningismo, uveítis, etc). [7]
Tras la sífilis secundaria, el paciente entra en un período de latencia durante el cual el diagnóstico sólo se puede hacer mediante pruebas serológicas. Este período se divide, a su vez, en latente precoz y en latente tardío. La recaída en una sífilis secundaria es más probable en esta fase precoz y se produce como resultado de una depresión del sistema inmunológico. [8]

Sífilis Tardía
La Sífilis latente es el período en el que hay una ausencia de manifestaciones clínicas, que no implica que haya falta de progresión de la enfermedad, pero durante el cual las pruebas antitreponémicas específicas son positivas. Durante la sífilis latente puede producirse una recaída y, por lo tanto, el paciente es infeccioso; es más frecuente en el primer año, y cada recurrencia será menos florida. Se puede dividir en Latente temprana aquella que se produce dentro del primer año y latente tardía que se produce después del año.
La sífilis latente tardía es una enfermedad inflamatoria poco progresiva que puede afectar cualquier órgano. Esta fase suele ser referida como neurosífilis (paresias, tabes dorsal, sífilis meningovascular, sífilis cardiovascular (aneurisma aórtico) o goma (infiltrados de monocitos y destrucción tisular en cualquier órgano). (Ver Anexo I - Imágenes 8-9)

Diagnóstico
Para el diagnóstico de la sífilis, tradicionalmente, se utilizan tres métodos: por examen directo, mediante microscopía en campo oscuro y por fluorescencia directa; mediante serología y por cultivo en células epiteliales de conejo. Por serología se tienen dos tipos de pruebas, las pruebas no treponémicas como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test) y RPR (rapid plasma reagin) y las pruebas treponémicas como FTA-ABS (fluorescent Treponemal antibody absorption) o como MHA-TP (microhemaglutinación para T. pallidum).

Microscopía de campo oscuro: Es la prueba de elección para la sífilis primaria sintomática. Los Treponemas, morfológicamente, son espiroquetas muy delgadas y helicoidales, que miden 0,1 µm por 5 a 15 µm; para estos gérmenes es necesario un microscopio que tenga campo oscuro. T. pallidum se diferencia de otros microorganismos de forma espiral porque son más delgados, sus espirales son muy regulares y presentan un movimiento característico en tirabuzón.
En la inmunofluorescencia directa, mediante este examen, se puede detectar la presencia de subespecies de T. pallidum en tejidos, fluidos corporales, secreciones y exudados de lesiones. Se necesita un microscopio de fluorescencia, equipado con

[7] Medicina interna de todos los días - Clínica médica del Hospital Italiano 2016
[8] Scientific Electronic Library Online (2008). Brasil. Sífilis: la gran simuladora. http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v12n2/v12n2a06.pdf

un condensador de campo oscuro y con lámpara para iluminación de fluorescencia. La prueba permite diferenciar los Treponemas patógenos de los no patógenos, por una reacción de antígeno-anticuerpo. Esta prueba es comparable en sensibilidad con la microscopía de campo oscuro, pero es de mayor especificidad.

Las pruebas serológicas son de dos tipos: no treponémicas y treponémicas. Las pruebas no treponémicas son usadas para tamización, son económicas y, también, sirven para evaluar la eficacia del tratamiento. Sus limitaciones consisten en baja sensibilidad en sífilis primaria temprana, con prueba de campo oscuro positiva, en sífilis tardía y la posibilidad de fenómeno de prozona o de resultados falsos positivos. Las pruebas treponémicas emplean como antígeno a T. pallidum, subespecie pallidum, y detectan anticuerpos específicos antitreponémicos. Se le utiliza para verificar cuando las pruebas no treponémicas son reactivas o como pruebas confirmatorias cuando el cuadro clínico es sugestivo, pero la serología es negativa, como ocurre en la sífilis tardía. En el 85% de los pacientes con sífilis con tratamiento exitoso, estas pruebas se mantienen reactivas por varios años.

VDRL: El suero del paciente es inactivado a 56 °C por 30 minutos; si se usa líquido cefalorraquídeo sólo se debe centrifugar. Luego, la muestra se mezcla con un antígeno, que es una solución salina tampón de cardiolipina y lecitina adosadas a partículas de colesterol. Esta prueba se puede realizar en lámina y observarse al microscopio como un precipitado de partículas finas (floculación), o se puede realizar en un tubo de ensayo y leerse macroscópicamente. Los resultados de la prueba de VDRL en lámina se informan cómo no reactivos (no hay floculación), débilmente reactivos (ligera floculación) y reactivos (floculación definitiva). Todos los sueros reactivos se diluyen seriadamente, a cada dilución se le realiza la prueba de VDRL, y se registra el título máximo obtenido.

FTA-ABS: Es un método directo de observación, que se utiliza como confirmación cuando una de las pruebas no treponémicas es positiva. Es el método de elección para el diagnóstico de la sífilis primaria a partir de las dos semanas después del contagio. Se utiliza suero inactivado por calor, que se coloca sobre una lámina donde se encuentra T. pallidum en suspensión. El conjugado consiste en antiglobulina humana (IgG o IgM) con isotiocianato de fluoresceína, el que se diluye seriadamente hasta 1:800 o más. Luego de un tiempo de incubación, se observa al microscopio de fluorescencia en una habitación oscura. La reacción se reporta en cruces, de 1 a. La FTA-ABS-DS tiene una sensibilidad de 100% para la sífilis secundaria y la sífilis latente, y 95% para la sífilis tardía porque utiliza en su proceso doble conjugado fluorescente; el primero, anti-IgG humana conjugada con rodamina y, el segundo, fluoresceína antitreponémica que tiene función de contracolor y facilita la visualización.

Prueba rápida para reaginas plasmáticas (RPR): Las reaginas presentes en el suero de individuos infectados con Treponema pallidum, se detectan por acción de las mismas con antígeno de cardiolipina, lecitina y colesterol adsorbido sobre partículas de carbón. La reacción produce una aglutinación visible macroscópicamente, favorecida por las partículas de carbón.

ELISA: Durante la infección por T. pallidum se producen anticuerpos inespecíficos contra antígenos comunes a todas las espiroquetas y anticuerpos específicos contra T. pallidum. En la enfermedad temprana los anticuerpos son IgM, luego, rápidamente aparecen anticuerpos IgG que son los predominantes durante el tiempo. Las pruebas de ELISA detectan tanto IgM como IgG o ambas, con una sensibilidad de 99% a 100% y con una especificidad de 94% a 99%. La sensibilidad para IgM disminuye en la sífilis avanzada.
La prueba de PCR que detecta ADN de T. pallidum tiene 78% de sensibilidad y 100% de especificidad. Es de gran utilidad en el diagnóstico de la sífilis cuyo diagnóstico representa dificultad, como son sífilis congénita y la sífilis tardía, y en detectar infección persistente en individuos que han recibido tratamiento ineficaz.[9]

Tratamiento

Sífilis temprana: Primaria o secundaria. Penicilina G 2,4 millones UI única dosis IM. En paciente alérgicos 100 mg doxiciclina cada 12 horas por 14 días. Control serológico a los 3 y 6 meses.

Sifilis tardia: Latente temprana, tardía o duración desconocida: Penicilina G 2,4 millones Ul IM en 3 dosis separadas por 1 semana. A los pacientes con sífilis tardía se les debe realizar PL. Si no hay compromiso del SNC, igual tratamiento que para la sífilis latente mientras que si el LCR es positivo, penicilina G sódica (EV) 3 a 4 millones UI cada 4 horas por 10 a 14 días y seguimiento cada 6 meses por 3 años.
En pacientes VIH positivos siempre se debe realizar PL. El tratamiento es igual que para la sífilis latente y seguimiento a los 3, 6, 9, 12 y 24 meses.
Las personas expuestas a pacientes con sífilis primaria, secundaria o latente deben ser tratadas aunque sean seronegativas.[10]

Prevención

La infección por Treponema Pallidum se da por contacto directo con el chancro sifilítico, esto quiere decir que la transmisión se produce en los estadios primarios y secundarios de la enfermedad es por ello que la única forma de disminuir el riesgo de contraer sífilis es a través del uso del preservativo de forma correcta y consistente. También, en el caso de las mujeres embarazadas, controlando el embarazo, realizando las pesquisas prenatal, tanto a la madre como a su pareja y neonatal para, en caso de tener sífilis, evitar la transmisión al bebé. [11]
Ley Nacional de Educación - 26.206 [12]
Promulgada: diciembre 27 de 2006

ARTÍCULO 11. — Los fines y objetivos de la política educativa nacional son:

---

[9] Scientific Electronic Library Online (2008). Brasil. Sífilis: la gran simuladora http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v12n2/v12n2a06.pdf
[10] Medicina interna de todos los días- Clínica médica del Hospital Italiano 2016
[11] Fundación Huésped. Argentina. Sífilis. https://www.huesped.org.ar/informacion/otras-infecciones-de-transmision-sexual/sifilis/
[12] Infoleg - Información Legislativa (2006). Argentina. LEY DE EDUCACIÓN NACIONAL. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/123542/norma.htm

a) Asegurar una educación de calidad con igualdad de oportunidades y posibilidades, sin desequilibrios regionales ni inequidades sociales.
b) Garantizar una educación integral que desarrolle todas las dimensiones de la persona y habilite tanto para el desempeño social y laboral, como para el acceso a estudios superiores.
c) Brindar una formación ciudadana comprometida con los valores éticos y democráticos de participación, libertad, solidaridad, resolución pacífica de conflictos, respeto a los derechos humanos, responsabilidad, honestidad, valoración y preservación del patrimonio natural y cultural.
d) Fortalecer la identidad nacional, basada en el respeto a la diversidad cultural y a las particularidades locales, abierta a los valores universales y a la integración regional y latinoamericana.
e) Garantizar la inclusión educativa a través de políticas universales y de estrategias pedagógicas y de asignación de recursos que otorguen prioridad a los sectores más desfavorecidos de la sociedad.
f) Asegurar condiciones de igualdad, respetando las diferencias entre las personas sin admitir discriminación de género ni de ningún otro tipo.
g) Garantizar, en el ámbito educativo, el respeto a los derechos de los/as niños/as y adolescentes establecidos en la Ley Nº 26.061.
h) Garantizar a todos/as el acceso y las condiciones para la permanencia y el egreso de los diferentes niveles del sistema educativo, asegurando la gratuidad de los servicios de gestión estatal, en todos los niveles y modalidades.
i) Asegurar la participación democrática de docentes, familias y estudiantes en las instituciones educativas de todos los niveles.
j) Concebir la cultura del trabajo y del esfuerzo individual y cooperativo como principio fundamental de los procesos de enseñanza-aprendizaje.
k) Desarrollar las capacidades y ofrecer oportunidades de estudio y aprendizaje necesarias para la educación a lo largo de toda la vida.
l) Fortalecer la centralidad de la lectura y la escritura, corno condiciones básicas para la educación a lo largo de toda la vida, la construcción de una ciudadanía responsable y la libre circulación del conocimiento.
m) Desarrollar las competencias necesarias para el manejo de los nuevos lenguajes producidos por las tecnologías de la información y la comunicación.
n) Brindar a las personas con discapacidades, temporales o permanentes, una propuesta pedagógica que les permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos.
ñ) Asegurar a los pueblos indígenas el respeto a su lengua y a su identidad cultural, promoviendo la valoración de la multiculturalidad en la formación de todos/as los/as educandos/as.
o) Comprometer a los medios masivos de comunicación a asumir mayores grados de responsabilidad ética y social por los contenidos y valores que transmiten.
p) Brindar conocimientos y promover valores que fortalezcan la formación integral de una sexualidad responsable.
q) Promover valores y actitudes que fortalezcan las capacidades de las personas para prevenir las adicciones y el uso indebido de drogas.
r) Brindar una formación corporal, motriz y deportiva que favorezca el desarrollo armónico de todos/as los/as educandos/as y su inserción activa en la sociedad.
s) Promover el aprendizaje de saberes científicos fundamentales para comprender y participar reflexivamente en la sociedad contemporánea.

t) Brindar una formación que estimule la creatividad, el gusto y la comprensión de las distintas manifestaciones del arte y la cultura.
u) Coordinar las políticas de educación, ciencia y tecnología con las de cultura, salud, trabajo, desarrollo social, deportes y comunicaciones, para atender integralmente las necesidades de la población, aprovechando al máximo los recursos estatales, sociales y comunitarios.
v) Promover en todos los niveles educativos y modalidades la comprensión del concepto de eliminación de todas las formas de discriminación.

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL - Ley 26.150 [13]
Establecerse que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Creación y Objetivos de dicho Programa.
Sancionada: octubre 4 de 2006
Promulgada: octubre 23 de 2006

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley: PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL
ARTÍCULO 1º — Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.
ARTÍCULO 2º — Créase el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con la finalidad de cumplir en los establecimientos educativos referidos en el artículo 1º las disposiciones específicas de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable; Ley 23.849, de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño; Ley 23.179, de Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que cuentan con rango constitucional; Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y las leyes generales de educación de la Nación.
ARTÍCULO 3º — Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:
a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas;
b) Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral;
c) Promover actitudes responsables ante la sexualidad;
d) Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular;
e) Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

[13] Infoleg - Información Legislativa (2006). Argentina. PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL INTEGRAL http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm

ARTÍCULO 4º — Las acciones que promueva el Programa Nacional de Educación Sexual Integral están destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

ARTICULO 5º — Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal garantizarán la realización obligatoria, a lo largo del ciclo lectivo, de acciones educativas sistemáticas en los establecimientos escolares, para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad sociocultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.

ARTÍCULO 6º — El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología definirá, en consulta con el Consejo Federal de Cultura y Educación, los lineamientos curriculares básicos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, de modo tal que se respeten y articulen los programas y actividades que las jurisdicciones tengan en aplicación al momento de la sanción de la presente ley.

ARTÍCULO 7º — La definición de los lineamientos curriculares básicos para la educación sexual integral será asesorada por una comisión interdisciplinaria de especialistas en la temática, convocada por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con los propósitos de elaborar documentos orientadores preliminares, incorporar los resultados de un diálogo sobre sus contenidos con distintos sectores del sistema educativo nacional, sistematizar las experiencias ya desarrolladas por estados provinciales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipalidades, y aportar al Consejo Federal de Cultura y Educación una propuesta de materiales y orientaciones que puedan favorecer la aplicación del programa.

ARTICULO 8º — Cada jurisdicción implementará el programa a través de:

a) La difusión de los objetivos de la presente ley, en los distintos niveles del sistema educativo;

b) El diseño de las propuestas de enseñanza, con secuencias y pautas de abordaje pedagógico, en función de la diversidad sociocultural local y de las necesidades de los grupos etarios;

c) El diseño, producción o selección de los materiales didácticos que se recomiende, utilizar a nivel institucional;

d) El seguimiento, supervisión y evaluación del desarrollo de las actividades obligatorias realizadas;

e) Los programas de capacitación permanente y gratuita de los educadores en el marco de la formación docente continua;

f) La inclusión de los contenidos y didáctica de la educación sexual integral en los programas de formación de educadores.

ARTICULO 9º — Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, con apoyo del programa, deberán organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los padres o responsables que tienen derecho a estar informados. Los objetivos de estos espacios son:

a) Ampliar la información sobre aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de niños, niñas y adolescentes;

b) Promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva del niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas;

c) Vincular más estrechamente la escuela y la familia para el logro de los objetivos del programa.
ARTÍCULO 10. — Disposición transitoria:
La presente ley tendrá una aplicación gradual y progresiva, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en aspectos curriculares y de capacitación docente.
La autoridad de aplicación establecerá en un plazo de ciento ochenta (180) días un plan que permita el cumplimiento de la presente ley, a partir de su vigencia y en un plazo máximo de cuatro (4) años. El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología integrará a las jurisdicciones y comunidades escolares que implementan planes similares y que se ajusten a la presente ley.
ARTÍCULO 11. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.
DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS CUATRO DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL SEIS.
— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.150 —
ALBERTO E. BALESTRINI. — DANIEL O. SCIOLI. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable [14]
El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de ley:
Artículo 1º.- Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.
Artículo 2º.- Serán objetivos de este programa: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; **e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias**; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.
Artículo 3º.- El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.
Artículo 4º.- La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).
Artículo 5º.- El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para: a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de efectores y agentes de salud; b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación

[14] Fundación para el estudio e investigación de la mujer. Argentina. LEY NACIONAL 25.673 http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Ley_Programma_de_Salud_Sexual_Procreacion-Responsable_Doc.pdf

responsable en la comunidad educativa; c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa; d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

Artículo 6º.- La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá: a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquéllos aprobados por la ANMAT; c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

Artículo 7º.- Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prestaciones médicas y en el nomenclador farmacológico. Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

Artículo 8º.- Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa. Artículo 9º.- Las instituciones educativas públicas de gestión privada, confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

Artículo 10º.- Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley.

Artículo 11.- La autoridad de aplicación deberá: a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa; b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro Nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo 12.- El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 –Ministerio de Salud – Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

Artículo 13.- Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

Artículo 14.- Comuníquese al Poder Ejecutivo. Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los treinta días del mes de octubre del año dos mil dos.

Ley Nacional de SIDA - Nº 23.798 y su Decreto reglamentario N°1244/91[15]

Sancionada: Agosto 16 de 1990. Promulgada de Hecho: Setiembre 14 de 1990

ARTICULO 1º — Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

ARTICULO 2º — Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda: a) Afectar la dignidad de la persona; b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación; 5 c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva; d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación argentina; e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

ARTICULO 3º — Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

ARTICULO 4º — A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán: a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1º, gestionando los recursos para su financiación y ejecución; 6 LEY NACIONAL DE SIDA Nº 23.798 Y SU DECRETO REGLAMENTARIO N°1244/91 b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales; c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad; d) Cumplir con el sistema de información que se establezca; e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley; f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

[...]

ANEXO I DEL DECRETO NRO. 1244/91 REGLAMENTACION DE LA LEY Nº 23.798 ARTICULO 1º — Incorpórase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el MINISTERIO DE CULTURA

[15] Ministerio de Salud de la Nación (1990). Argentina. Ley Nacional de SIDA. http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/2-informacion-general/pdf/2014-11_ley-nacional-sida.pdf

Y EDUCACION, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.
[...]

Boletín Epidemiológico Nacional N° 35, Diciembre 2018 [16]

- Resumen de indicadores sobre la situación del VIH, sida y la sífilis en la Argentina
- Situación y respuesta a las infecciones de transmisión sexual

[...]

[16] Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018). Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001385cnt-2018-12-20_boletin-epidemiologico-vih-sida-its_n35.pdf

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente trabajo es: identificar las causas, desde el punto de vista epidemiológico y social, del aumento de los casos de Sífilis en la Argentina en los últimos años a partir del año 2013.

La hipótesis que se presenta es: el aumento de los casos de Sífilis se debe a la disminución en el uso del preservativo, consecuencia de la falta de educación sexual y campañas de concientización en la Argentina.

Se analizarán efectos y causas del contagio de la Sífilis por la disminución del uso del preservativo y la falta de educación sexual y concientización por parte de las instituciones y el Estado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización del presente trabajo, cuyo objetivo es realizar un análisis epidemiológico y social, se procuraron y analizaron artículos tanto médicos, como legales y sociales, para así lograr un conocimiento general de la situación de la enfermedad.

NCIB: Brief History of Syphilis; Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features.

SCielo: Análisis osteopatológico; Sifilis, la gran simuladora

Organización Mundial de la Salud: Infecciones de transmisión sexual

ECDC: Sífilis y sífilis congénita en Europa

Infoleg: Ley de Educación Sexual Integral (ESI) en Argentina

Fundación Huésped: Sífilis

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación: Guía de "Diagnóstico y tratamiento de sífilis. Recomendaciones para equipos de salud"; Boletín epidemiológico de VIH e ITS. Ley de SIDA.

Ministerio de educación de la Ciudad de Buenos Aires: Ley 2.110

Organización FEIM: Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Asimismo, se realizó una encuesta a 71 personas de entre 20 y más de 46 años donde se consultó sobre el uso del preservativo, el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual, la realización de análisis de detección de VIH y Sífilis y la influencia de la educación sexual en el cuidado de la salud.

Las variables planteadas fueron preguntas cerradas con opciones para facilitar el análisis de los datos:
Edad

a) 20-25
b) 26-30
c) 31-35
d) 36-40

e) 41-45
f) Más de 46

Género

a) Femenino
b) Masculino
c) Prefiero no decirlo

Método anticonceptivo utilizado

a) DIU
b) Anticonceptivos orales
c) Preservativo
d) Ninguno
e) Otro

Motivo del uso

a) Prevenir enfermedades de transmisión sexual
b) Cuidarme del embarazo
c) Otra

¿Te hiciste test de detección de Sífilis?

a) Si
b) No

¿Te hiciste test de detección de VIH?

a) Si
b) No

¿Tuviste Educación Sexual en el colegio?

a) Si
b) No

¿Crees que la información que brindan los medios de comunicación y las instituciones sobre las enfermedades de transmisión sexual es suficiente?

a) Si
b) No

Aids Healthcare Foundation Argentina (AHF Argentina): encuesta sobre uso del preservativo.

Palabras claves de la búsqueda: sífilis, VIH, Educación Sexual integral, Enfermedades de transmisión sexual, etiología, diagnóstico, tratamiento, prevención, cuadro clínico, preservativo, ley, transmisión.

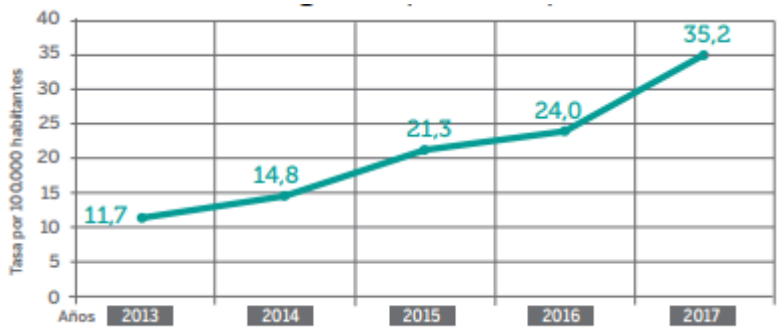
RESULTADOS OBTENIDOS

La Sífilis es una enfermedad producida por la bacteria Treponema Pallidum, una bacteria perteneciente al Orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae. Este microorganismo es una bacteria móvil espiroforme (con forma de hilo en espiral), perteneciente al orden Spirochaetales, familia Spirochaetaceae, género Treponema. Su diámetro es de 0,10 a 0,18 micrómetros y su longitud entre 6 y 20 micrómetros.

Las formas de contagio sexual se producen por el contacto de la piel con la secreción que generan los chancros, o por contacto con los clavos sifilíticos de la persona enferma, al realizar sexo oral sin preservativo por contacto con chancros en la boca, pene o vagina o a través del beso si hay lesiones sifilíticas en la boca. Si la madre está infectada puede transmitirles a sus hijos a través de la placenta (sífilis congénita) o a través del canal de parto (sífilis connatal). En ambos casos, el bebé puede morir pronto o desarrollar sordera, ceguera, perturbaciones mentales, parálisis o deformidades.

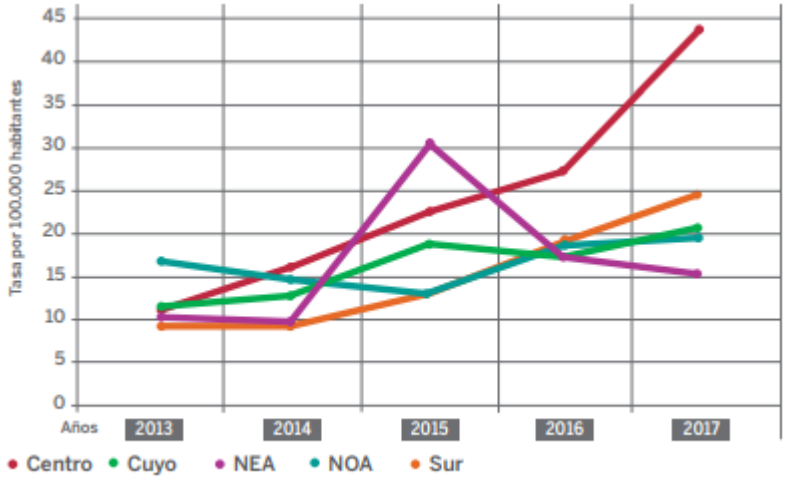
Según indica el Boletín Epidemiológico Nacional N° 35 publicado en diciembre de 2018, durante los últimos años, en todo el mundo y en especial en América latina y el Caribe, se ha observado un aumento en la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), con un claro predominio de la sífilis por sobre las otras. Nuestro país, que no está al margen de este contexto regional, también observa una tendencia en aumento de esta patología, cuyas tasas en población general y congénita constituyen un indicador indirecto del avance de otras ITS.

Asimismo, las estadísticas del Hospital Muñiz dan cuenta de ese avance: en los 10 años transcurridos entre 1998 y 2008 registraron 1.541 casos de sífilis temprana (dentro del primer año de adquirida la infección), una cifra cercana a los 1.236 diagnosticados entre 2014 a 2017. El promedio anual de estos tres años arroja 412 nuevos diagnósticos. Sólo en 2018 hubo 481 casos y entre enero y agosto de 2019, 376 casos.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, módulo de vigilancia clínica (C2).

Gráfico 1: Evolución de tasa de notificación de sífilis temprana y sin especificar en varones y mujeres por 100.000 habitantes, Argentina (2013-2017).
El Gráfico muestra que la tasa se ha triplicado en cinco años.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, módulo de vigilancia clínica (C2).

Gráfico 2: Evolución de la sífilis notificación temprana en ambos sexos y sin especificar según región de notificación, Argentina (2013-2017).
En el gráfico se muestra la tasa de incidencia por regiones. La región que representa un aumento de hasta 4 veces es la zona centro que incluye el Gran Buenos Aires y CABA.

Lo que sucede en Argentina se replica a nivel mundial. En Europa, por ejemplo también se registra un aumento en la última década. En 2017, la tasa aumentó un 70% respecto de 2010. Y por primera vez desde inicios del milenio, en este continente se registraron más casos de sífilis que nuevas infecciones por VIH, según un informe del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC). [17]

Causas y consecuencias

El uso de medidas preventivas como el preservativo muestra una importante caída en los últimos años. La encuesta realizada en 2017 a más de 30 mil personas de 14 provincias del país por Aids Health Foundation Argentina, arroja que sólo el 14,5% de los consultados lo utiliza siempre en una relación sexual, el 65% en algunas oportunidades y el 20,5% nunca.

Asimismo, según los resultados arrojados por una encuesta realizada por Fundación Huésped y Unicef, en la Argentina, la edad promedio de iniciación sexual es de 15 años. 6 de cada diez adolescentes se iniciaron sexualmente con una edad promedio de 15 años.

[17] https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Syphilis-and-congenital-syphilis-in-Europe.pdf

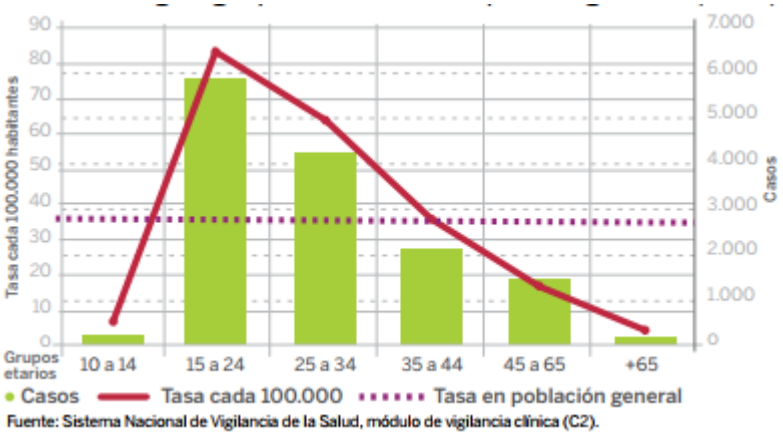


Gráfico 3: Tasas de notificación de sífilis por 100.000 habitantes según grupo de edad, total país, Argentina 2017

Según el Boletín Epidemiológico Nacional, en el último tercio del siglo XX, hubo un descenso permanente de la incidencia de sífilis, asociado a las medidas preventivas que se generalizaron con la epidemia del VIH. Sin embargo, en los últimos años se observa una tendencia en aumento. Las razones que explicarían este hecho incluyen, entre otros, la reducción de las medidas de protección en las relaciones sexuales. Este cambio de tendencias ha coincidido con la mejoría en el pronóstico de las personas con VIH tras la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARV), que parece haber llevado a una cierta “relajación” en las medidas de prevención. Todos los grupos etarios se ven afectados por las ITS, pero la mayor repercusión en cuanto a morbimortalidad se manifiesta en la población sexualmente activa.

Los datos arrojados en la encuesta realizada para esta Tesis muestran que de 71 encuestados, el 55% utilizan preservativo y sólo el 21% lo utiliza solamente para prevenir enfermedades de transmisión sexual. (Gráfico 4 y 5)



Gráfico 4: método anticonceptivo utilizado



Gráfico 5: motivo uso del preservativo

De quienes aseguraron usar preservativo, el 58% son hombres y el 41% mujeres. (Gráfico 6)



Gráfico 6: género encuestados

Asimismo, del total de encuestados, sólo el 26% asegura haberse realizado el test de detección de la Sífilis y el 25% nunca se realizó un test de detección de VIH.

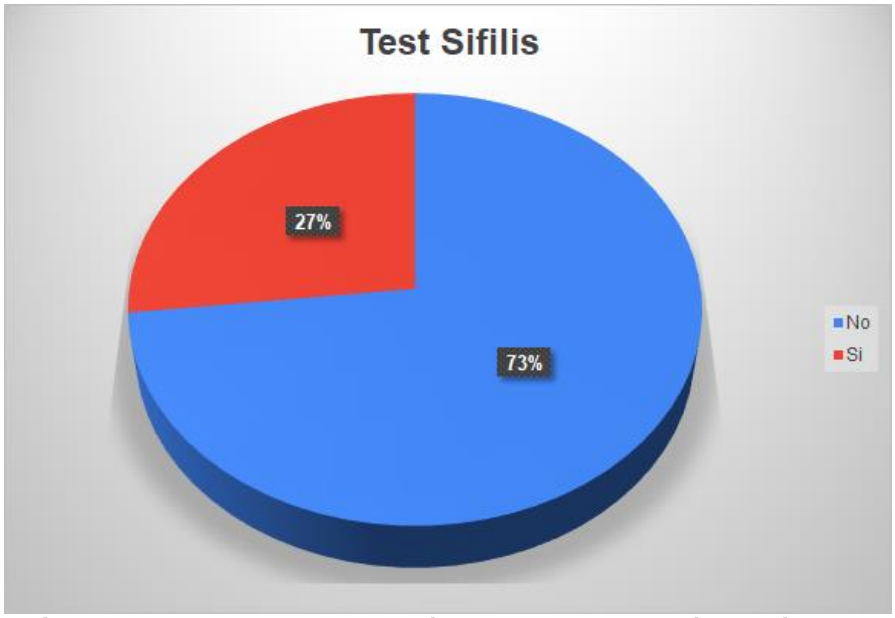


Gráfico 7: porcentaje de realización de test de detección de sífilis

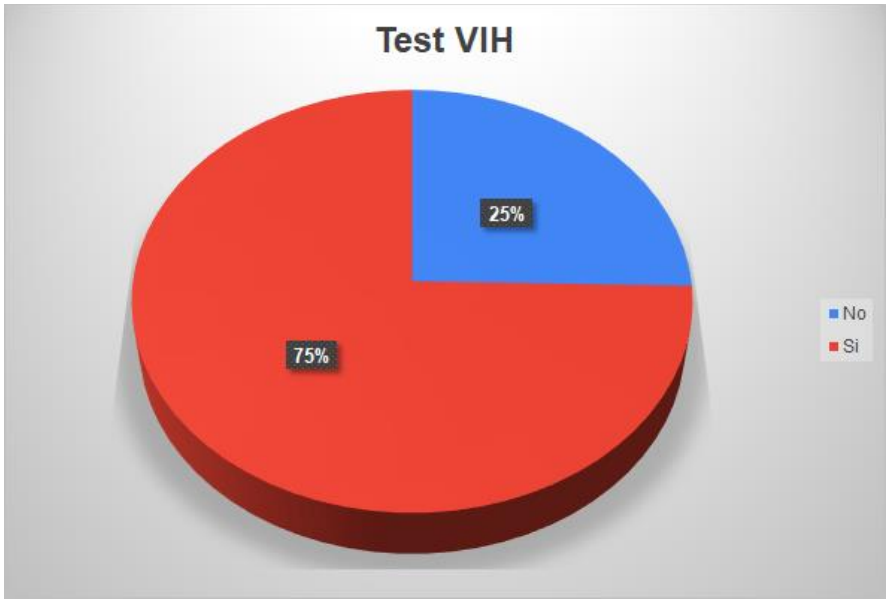
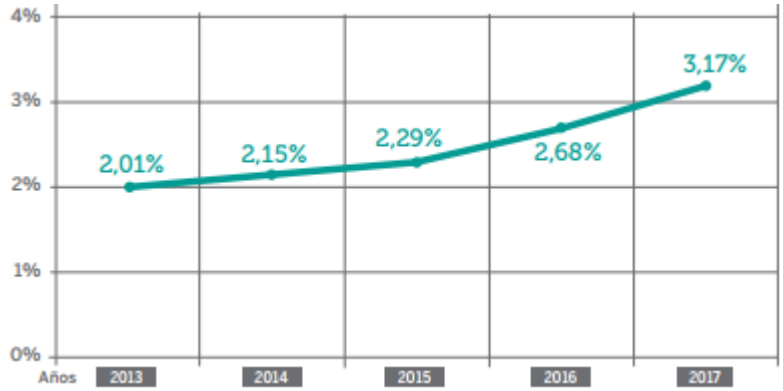


Gráfico 8: porcentaje de realización de test de detección de sífilis

Sífilis congénita

Según el Boletín Epidemiológico Nacional N° 35, en el período 2013-2017, se produjo un aumento del 2,01% al 3,17% en la detección de la Sífilis mujeres embarazadas.

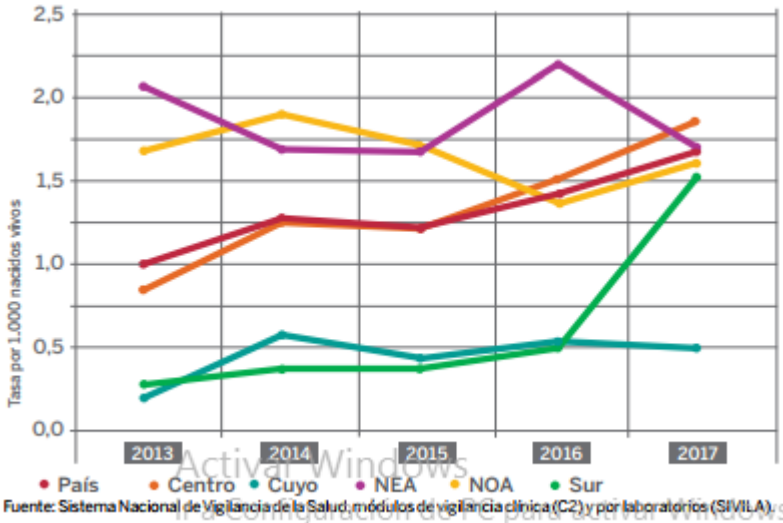


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, módulo de vigilancia por laboratorios (SIVILA).

Gráfico 9: Porcentaje de positividad de pruebas no treponémicas de sífilis en embarazadas, Argentina (2013-2017)

En el presente gráfico se presenta la evolución de los estudios de tamizaje con pruebas no treponémicas en mujeres embarazadas durante el primer control prenatal o durante algún control no especificado. Es decir que se excluyen los controles ulteriores. El indicador permite aproximarse a la prevalencia en esta población centinela.

Asimismo, en el período 2013-2017, la tasa de Sífilis congénita a nivel nacional muestra un ascenso año a año, fundamentalmente en la región Centro. Mientras que en 2013 era de 1 caso cada mil nacidos vivos, en 2017 ascendió a 1,7.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, módulos de vigilancia clínica (C2) y por laboratorios (SIVILA).

Gráfico 10: Evolución de la tasa de sífilis congénita por mil nacidos vivos, según región y total país, Argentina (2013-2017)

El gráfico muestra que todas las regiones, a excepción de Cuyo, presentan tasas superiores a 1,5 casos cada mil nacidos vivos en 2017.
En 2017, la región Centro y el NEA son las que presentan las tasas más altas de sífilis congénita, con 1,9 y 1,7 niños cada mil nacidos vivos respectivamente, seguidas del NOA (1,6), el Sur (1,5) y Cuyo (0,5). Las provincias patagónicas son las que dieron el salto más alto en este período, pasaron de 0,5 en 2013 a 1,5 en

2017, aunque este crecimiento pueda también ser atribuido a una mejora en el reporte.

Marco legal en Argentina

El **Programa Nacional de Educación Sexual Integral**, nació en el año 2006 a cargo del Ministerio de Educación de la Nación, con el fin de brindar herramientas a los docentes sobre la temática.

A su vez, **Ley Nacional de Educación** - 26.206, promulgada en el mismo año 2006, establece en su Artículo 11:
p) Brindar conocimientos y promover valores que fortalezcan la formación integral de una sexualidad responsable.

Asimismo, **La Ley Nacional de SIDA, Nº 23.798,** fue sancionada y promulgada en 1990, con el fin de declarar de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

En su artículo 4, inciso F, establece:
f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.
Y en el Anexo I, Artículo 1° del Decreto 244/91 de reglamentación de la Ley, establece: Incorpórase la prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

Por su parte, la **Ley 25.673, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**, promulgada en noviembre de 2002, establece diferentes objetivos en su Artículo 1, entre otros ellos son:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- Promover la salud sexual de los adolescentes;
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Según la encuesta realizada para esta tesis (71 encuestados), sólo el 31% tuvo educación sexual en la escuela.



Gráfico 11: % encuestados que recibieron educación sexual en la escuela

Cabe destacar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existe desde 2010 la **Ley de Educación Sexual Integral**, que establece la enseñanza de Educación Sexual Integral en todos los niveles obligatorios y en todas las modalidades del sistema educativo público de gestión estatal y de gestión privada y en todas las carreras de formación docente, dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. [18]

Asimismo, el 94% asegura que la información que brindan los medios de comunicación y las instituciones sobre las enfermedades de transmisión sexual no es suficiente.

[18] Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2010). Argentina. LEY DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley2110.pdf

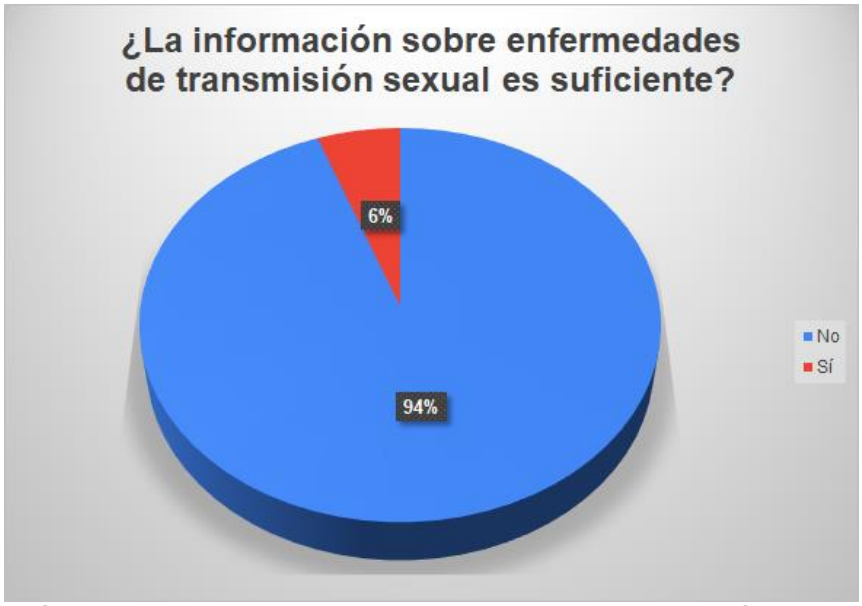


Gráfico 12: % encuestados que creen que la información de medios e instituciones sobre enfermedades de transmisión sexual es suficiente.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tanto los datos del Sistema de Vigilancia del Sistema de Salud argentino, como las estadísticas del Hospital Muñiz, y a nivel mundial, los valores arrojados por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, sostienen que la Sífilis es una enfermedad que volvió a ser una preocupación en los sistemas de salud de los países debido a su incremento en casos diagnosticados.

El análisis de diferentes artículos evaluados para el presente trabajo, arroja una causa clara de esta tendencia en aumento: el uso del preservativo disminuye debido a la falta de información sobre la prevención y consecuencias de la enfermedad, tanto en instituciones educativas como médicas.

Asimismo, esta tendencia coincide con la introducción del tratamiento antirretroviral, que produjo una mejoría en el pronóstico de las personas que viven con VIH, mejorando su calidad y esperanza de vida. Esto pudo haber generado cierta “relajación” en las medidas de prevención, fundamentalmente en el uso del preservativo, sobre todo en los más jóvenes.

Este dato, coincide también con los resultados de una encuesta realizada por Fundación Huésped y Unicef, que indica que 6 de cada diez adolescentes se iniciaron sexualmente con una edad promedio de 15 años.

Una encuesta realizada en 2017 a más de 30 mil personas por la ONG Aids Health Foundation (Argentina) arrojó que sólo el 14,5% de los consultados utiliza el preservativo siempre en una relación sexual, el 65% en algunas oportunidades y el 20,5% nunca. Asimismo, según la Secretaría de Salud más del 98% de las nuevas infecciones por VIH se producen por relaciones sexuales sin protección.

El VIH sigue siendo la protagonista de las Enfermedades de Transmisión Sexual en la Argentina, tanto en la promoción de medidas de prevención, como en la escasa

educación sexual que se brinda en las escuelas e instituciones médicas, dejando en un segundo plano enfermedades como la Sífilis, que como se expuso, presenta un incremento en los últimos años.

De hecho, la única Ley relativa a estas enfermedades y que promueve la educación y concientización, es la Ley Nacional de SIDA (23.798), dejando de lado el resto de las enfermedades.

En la encuesta realizada para esta tesis, este dato se ve reflejado cuando se consulta sobre la realización del test de detección de ambas enfermedades, donde el 75% se realizó alguna vez el test de VIH y sólo el 27% de Sífilis.

El descuido por parte del Estado y las instituciones en la concientización sobre la Sífilis, entiendo es la causa principal de su incremento. No existe en la Argentina una Ley de Educación Sexual Integral que además establezca la obligatoriedad de la realización de campañas de prevención y educación para la sociedad, a pesar de proyectos presentados que aún no fueron promulgados.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existe una ley para este fin, que se focaliza en Ley de Educación Sexual Integral, que establece la enseñanza de Educación Sexual Integral en todos los niveles obligatorios y en todas las modalidades del sistema educativo público de gestión estatal y de gestión privada y en todas las carreras de formación docente, dependientes del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta Ley se centra en las aulas y no menciona la realización de campañas de concientización a nivel general.

A nivel nacional, la Ley 26.150 crea en 2006 el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, que también centra su atención en las aulas y en herramientas para los educadores, dejando de lado la sociedad en general y su concientización.

A pesar de estas reglamentaciones, en la encuesta realizada en este trabajo, la falta de educación sexual se refleja claramente: de 71 encuestados, sólo el 31% tuvo educación sexual en la escuela. Y el 94% asegura que la información que brindan los medios de comunicación y las instituciones sobre las enfermedades de transmisión sexual no es suficiente.

La falta de educación sexual y campañas de concientización, así como la “pérdida del miedo al VIH” lleva a la disminución del uso del método de prevención por excelencia: el preservativo. El aumento de la Sífilis es el fiel reflejo de esta tendencia que según los datos relevados, sigue creciendo.