

# Justicia reproductiva en Uruguay: resultados materno perinatales en el Sistema Nacional Integrado de Salud

Reproductive justice in Uruguay Maternal and Perinatal Outcomes in the Integrated National Health System

Justiça reprodutiva no Uruguai: resultados maternos e perinatais no Sistema Nacional Integrado de Saúde

Stephanie Viroga<sup>1</sup>, Regina Guzmán<sup>2</sup>, Josefina Tarigo<sup>1</sup>, Mijail Yapor<sup>3</sup>,  
Fernanda Nozar<sup>1</sup>, Verónica Fiol<sup>1</sup>, Leonel Briozzo<sup>1</sup>

## Resumen

**Introducción:** la justicia reproductiva es la capacidad de las personas y las sociedades de poder concretar los derechos sexuales y reproductivos. Por el contrario, la injusticia reproductiva (IR) expone la presencia de riesgos para el proceso de desarrollo durante el embarazo y la primera infancia.

**Objetivo:** describir la evolución de un conjunto de indicadores vinculados a la justicia reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay en los últimos 12 años y comparar las tendencias entre el subsector público y el subsector privado.

**Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo, de un conjunto de indicadores incluidos en los objetivos de desarrollo sostenibles (ODS) y de los objetivos sanitarios nacionales. Se analizaron razón de mortalidad materna (MM), incidencia de parto pretérmino (PPT), bajo peso al nacer (BPN) y sífilis congénita (SC), en el subsector público y privado del SNIS, durante los últimos 12 años.

**Resultados:** la razón de MM en el período de tiempo analizado ha sido siempre superior en el subsector público, salvo en el año 2015. La incidencia de PPT en el período de tiempo ha oscilado entre 8,6% y 10%. Ésta es superior en el subsector público, salvo en algunos períodos donde es mayor en el subsector privado. La incidencia de BPN es superior siempre en el subsector público, con su mayor incidencia en 2022, de 9,3. La SC siempre fue superior en el subsector público desde 1,3 a 7,1, mientras que en el subsector privado los valores van de 0,2 a 0,6.

**Conclusiones:** la diferencia en estos indicadores de salud perinatal entre los dos subsectores de atención de nuestro país refleja que a pesar de contar con un SNIS, existe una disparidad que impacta sobre los resultados de indicadores finales e intermedios, determinando así la existencia de una IR.

## Palabras clave:

Salud sexual y reproductiva  
Justicia reproductiva  
Resultados perinatales

## Key words:

Sexual and reproductive health  
Reproductive justice  
Perinatal outcomes

## Palavras chave:

Saúde sexual e reprodutiva  
Justiça reprodutiva  
Resultados perinatais

1. Clínica Ginecotológica A. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

2. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

3. Instituto de Estadística, Departamento de Métodos Cuantitativos, Facultad de Ciencias Económicas y Administración, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: Stephanie Viroga. Correo electrónico: stephyviroga@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido: 20/11/23

Aprobado: 5/4/24

Creative Commons - Attribution 4.0 International - CC BY 4.0

## Introducción

La justicia reproductiva es la capacidad de las personas y las sociedades de poder concretar los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) sin discriminaciones por su situación socioeconómica, étnico racial, ni de ningún tipo<sup>(1)</sup>. La legislación uruguaya asegura los DDSSRR en la Ley 18.426, desde el año 2008<sup>(2)</sup>.

Por el contrario, la injusticia reproductiva (IR) expone la presencia de riesgos para el proceso de desarrollo durante el embarazo y la primera infancia. Algunos de los determinantes de la salud apuntan a *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”*<sup>(3)</sup>, como son los factores socioeconómicos y culturales que generan entornos desfavorables para el desarrollo del embarazo, el nacimiento y de la primera infancia. Esto determina una vulneración de los derechos de una parte de la población.

Tomando algunas de estas definiciones conceptuales, la IR se puede conceptualizar mediante un conjunto de indicadores materno perinatales como instrumentos objetivos para valorar el progreso de los programas de salud sexual y reproductiva llevados adelante por los ministerios de Salud<sup>(4)</sup>.

De acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) 2030 se señala, en el objetivo 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades. El punto 3.1 señala la mortalidad materna (MM) como un indicador a abordar, con el fin de reducirlo a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Este es un indicador centinela de la salud sexual y reproductiva, el cual es considerado una muerte evitable. En el objetivo 3.2 se propone poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años, medido a través de la tasa de mortalidad infantil en niños menores de 5 años y la tasa de mortalidad neonatal. En esta misma línea, el ODS 3.7 hace referencia a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales<sup>(5)</sup>.

Estos grandes objetivos, medidos en tasas de mortalidad, también pueden ser analizados mediante los factores favorecedores de la ocurrencia de eventos, como puede ser el síndrome de parto de pretérmino (PPT), el cual en muchas oportunidades se ve influenciado por la discriminación socioeconómica y la vulneración de los DDSSRR. Otro indicador intermedio es el bajo peso al nacer (BPN), el que se define como el nacimiento con un peso inferior a 2.500 g. El nacimiento de pretérmino y el nacimiento de término con peso menor al esperado se denomina síndrome de restricción de crecimiento fe-

tal (RCIU). La RCIU es el principal problema perinatal en las poblaciones donde se encuentran vulnerados los derechos fundamentales.

En esta misma línea de los ODS, Uruguay planteó dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030 el abordaje y prevención de la sífilis congénita (SC). Entendiendo que se trata de una enfermedad transmisible, fácilmente detectable y con amplias posibilidades de tratamiento. Cuando coexiste la SC con otros fenómenos, amplifica las situaciones de intersección de vulneración de derechos y discriminación de género, junto con las desigualdades intrínsecas de la pobreza, las que configuran las condiciones determinantes<sup>(6)</sup>.

Todas estas situaciones clínicas, de diversa etiología y fisiopatología, tienen algo en común, su asociación causal con complejos mecanismos que tienen un denominador común: la existencia de vulneración en los derechos al acceso a la atención en salud, la violación de los derechos humanos básicos y en particular de los DDSSRR. La IR es un problema de las personas que la padecen en el presente, pero también un hándicap para el futuro. Así, por ejemplo, el PPT y la RCIU no solo incrementan la morbimortalidad neonatal e infantil, sino que por la activación epigenética del “feno-genotipo ahorrador”, aumentan el riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta. A este proceso de transmisión de las enfermedades crónicas en los contextos de vulneración de derechos por modificaciones epigenéticas, lo hemos denominado reproducción transgeneracional de las enfermedades crónicas y la pobreza<sup>(7,8)</sup>.

En Uruguay se puede describir el impacto de la IR dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), creado en 2008, donde se *“reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud”*<sup>(9)</sup>. El SNIS es un sistema de salud de cobertura universal, con un seguro nacional de salud público, el que asegura la atención de todos los residentes del territorio nacional. Los prestadores integrales del SNIS (efectores de servicios) pueden ser de naturaleza pública, compuesto por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), y los de naturaleza privada, compuesto por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), y los seguros privados integrales. A su vez, el SNIS cuenta con prestadores no integrales, como lo son Sanidad Policial, Sanidad Militar, Hospital de Clínicas - Universidad de la República, Banco de Previsión Social<sup>(9)</sup>.

Son principios rectores del SNIS la equidad, la solidaridad, la accesibilidad, por lo que el sistema desde sus inicios prevé que cualquier persona pueda acceder al prestador integral que elija; sin embargo, esta situación es determinada en muchas oportunidades por la situa-

ción socioeconómica de las personas y los hogares. En la última década se observa que el 63% de los quintiles de ingreso 1 y 2 (los más pobres) reciben atención en el subsector público, por el contrario, los quintiles de mayor ingreso (quintiles 3, 4 y 5), en el entorno del 70%, reciben atención en el sector privado<sup>(10)</sup>. La atención en salud mediada por un acceso desigual en los subsectores de atención se acentúa al considerar exclusivamente a las mujeres en edad reproductiva. Así, en 2022, el 80% de las mujeres en edad reproductiva del quintil 1 de ingresos se atendían en el subsector público, y solo el 20% de este quintil lo hacía en el nivel privado. En cambio, si se analiza el quintil 5 de ingresos, solo el 3% recibe atención en el subsector público<sup>(10)</sup>.

El objetivo de este trabajo es describir y discutir la evolución de un conjunto de indicadores vinculados a la justicia reproductiva en el SNIS de Uruguay en los últimos 12 años y compararla entre el subsector público y el subsector privado.

## Material y método

Se trata de un estudio descriptivo que se centra en el análisis retrospectivo de un conjunto de indicadores nacionales que utilizamos como instrumento para valorar una aproximación cuantitativa a la justicia reproductiva en el SNIS.

Para este trabajo se definieron como indicadores aquellos que se encuentren incluidos dentro de los ODS y los OSN 2030 de Uruguay, limitando su alcance a los siguientes:

- Razón de mortalidad materna
- Parto pretérmino
- Bajo peso al nacer
- Sífilis congénita

La SC, el BPN y el PPT se presentan como incidencia, y la MM como razón. Se realiza la comparación de las tendencias evolutivas de los cuatro indicadores.

El marco temporal es de 12 años, incluyendo los indicadores disponibles entre 2010 y 2022 para razón de MM, PPT y BPN. Para el caso de la SC, el período de tiempo se ve acotado, dado que contamos con información homogénea únicamente entre 2013 y 2020. Previo al año 2013 los datos nacionales de SC eran reportados cuando era positiva la prueba diagnóstica (no treponémica), incluyendo falsos positivos. A partir de 2013, los datos publicados cuentan con un proceso de auditoría por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP). A su vez, si bien la información acerca de la SC durante la emergencia sanitaria fue solicitada oportunamente, el MSP no la ha hecho pública, ni ha informado cuando se le ha solicitado de forma explícita mediante pedido de acceso a la información pública (Ley 18.381)<sup>(11)</sup>, por lo que no contamos con los datos nacionales de sífilis en la embarazada y en el recién nacido desde 2021.

Se realiza la descripción de los indicadores nacionales tomando en cuenta los prestadores de los subsectores público y privado para la construcción de razón de MM por sector, con el fin de valorar aspectos vinculados a la equidad en el acceso. Para el cálculo de los indicadores y su análisis por subsector, se toma como denominador los nacidos vivos de los prestadores integrales, privados y el prestador público, se excluye del denominador los prestadores no integrales, los no definidos y los nacidos en domicilio.

Para la razón de MM por subsector, se ajustó el denominador por nacidos vivos en prestadores integrales privados y públicos, excluyendo los nacidos vivos en prestadores no integrales, partos en domicilio o en la vía pública, así como aquellos donde no fue definido el prestador.

Los datos fueron solicitados al MSP mediante pedido de acceso a la información.

## Resultados

En la tabla 1 se describen los cuatro indicadores analizados, según la procedencia de las usuarias.

La razón de MM en el período de tiempo analizado ha sido siempre superior en el subsector público, salvo en el año 2015 (16 público versus 24 privado). En 2021 se evidencia un aumento sustancial de la misma a predominio del subsector público (98 público versus 31 privado), (figura 1).

La incidencia de PPT en el período de tiempo ha oscilado entre 8,6% y 10%. Ésta es superior en el subsector público, salvo en algunos períodos donde es mayor en el subsector privado (2012: 9,02 público versus 9,28 privado; 2013: 8,68 público versus 8,94 privado; 2015: 8,74 público versus 9,23 privado, siendo igual en 2014, 8,92. La mayor diferencia entre ambos sectores se observó en 2020, 9,88 público versus 8,6 privado), (figura 2).

La incidencia de BPN es superior siempre en el subsector público, con su mayor incidencia en 2022 de 9,3, mientras en el subsector privado la mayor incidencia fue de 7,8 en 2011, 2017 y 2019 (figura 3).

La SC siempre fue superior en el subsector público desde 1,3 a 7,1, mientras en el subsector privado los valores van de 0,2 a 0,6. En el año 2020, último dato disponible, se evidenció el mayor valor de este indicador de 7,1 en el subsector público (figura 4).

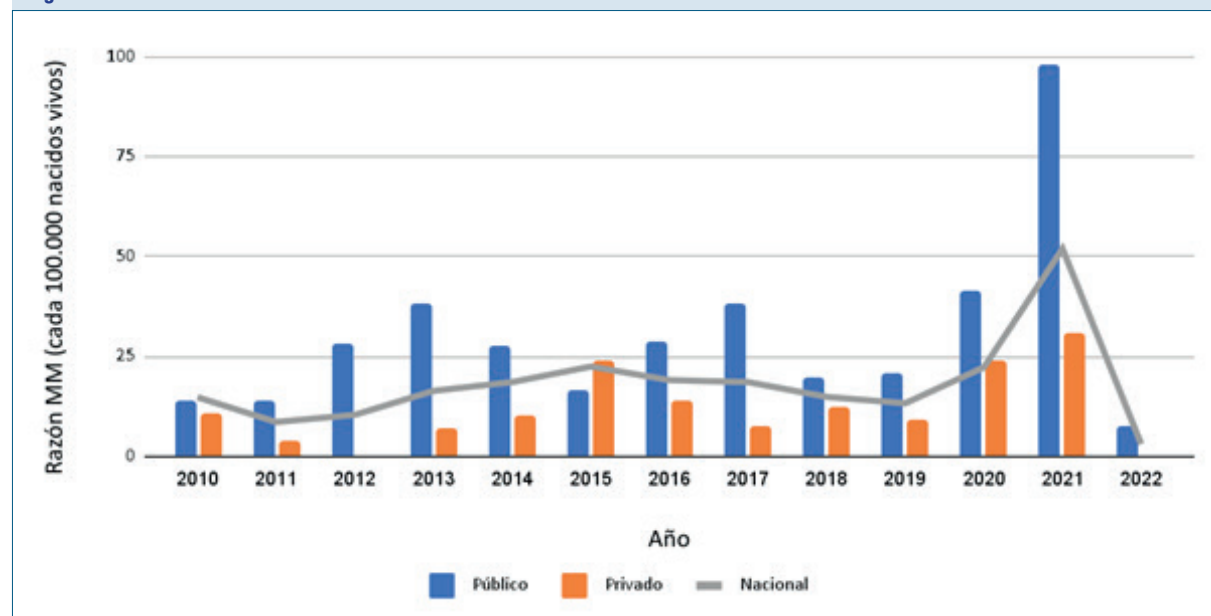
## Discusión

El presente estudio tiene la fortaleza de ser un primer ensayo que busca realizar una descripción objetiva basada en indicadores de justicia reproductiva.

La selección de indicadores finales e intermedios de acuerdo con los pautados por los ODS y OSN 2030, busca ser un orientador para identificar aquellas áreas

**Tabla 1.** Resultados de los cuatro indicadores por subsector de atención.

Subsector de atención	Razón mortalidad materna (cada 100 mil nacidos vivos)		Parto pretérmino (Frec. Rel.)		Bajo peso al nacer (Frec. Rel.)		Sífilis congénita (cada 1.000 nacidos vivos)	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
2010	14	11	9,27	8,22	9,1	7,2	sd	sd
2011	14	4	9,51	8,9	9	7,8	sd	sd
2012	28	0	9,02	9,28	8,5	7,7	sd	sd
2013	38	7	8,68	8,94	7,8	7,1	1,3	0,3
2014	28	10	8,92	8,92	7,7	7,2	3,1	0,2
2015	16	24	8,74	9,23	7,6	7,5	3,6	0,6
2016	29	14	9,52	8,83	8,6	7,2	3,2	0,3
2017	38	8	9,51	9,22	8,5	7,8	2,7	0,2
2018	20	12	9,44	8,84	8	7	2,9	0,3
2019	21	9	9,55	9,54	8	7,8	4,9	0,6
2020	42	24	9,88	8,6	8,6	6,8	7,1	0,6
2021	98	31	9,5	8,9	8,4	7,4	sd	sd
2022	8	0	10	9,1	9,3	7,5	sd	sd

**Figura 1.** Razón de mortalidad materna.


y estrategias de intervención que permitan modificar el rumbo de los resultados desfavorables.

El acceso a la información fue una limitante que no nos permitió definir cohortes completas para valorar, por ejemplo, la evolución de la sífilis en los últimos años y los impactos que podría representar la pandemia de COVID-19 sobre esta enfermedad en poblaciones vulnerables. Otra limitación fue que los datos brindados se otorgaron en frecuencias relativas (prematuridad y bajo peso) y razón (sífilis y mortalidad), por lo que no contar con los números absolutos no nos permitió realizar comparaciones para demostrar diferencias es-

tadísticas, que sería interesante analizar en un estudio similar de tipo analítico en el futuro.

Desde su creación, el SNIS de Uruguay muestra, en general, resultados desfavorables a nivel del subsector público. Los indicadores más desiguales son la SC y la MM (salvo en algunos años) que fueron siempre superiores en el subsector público. La incidencia de BPN, con algunas oscilaciones, muestra ser superior también en dicho sector.

La prematuridad, si bien muestra una tendencia a ser superior en el sector público, con excepción del período 2011-2015, en donde fue mayor en el privado, per-

Figura 2. Incidencia de parto pretérmino.

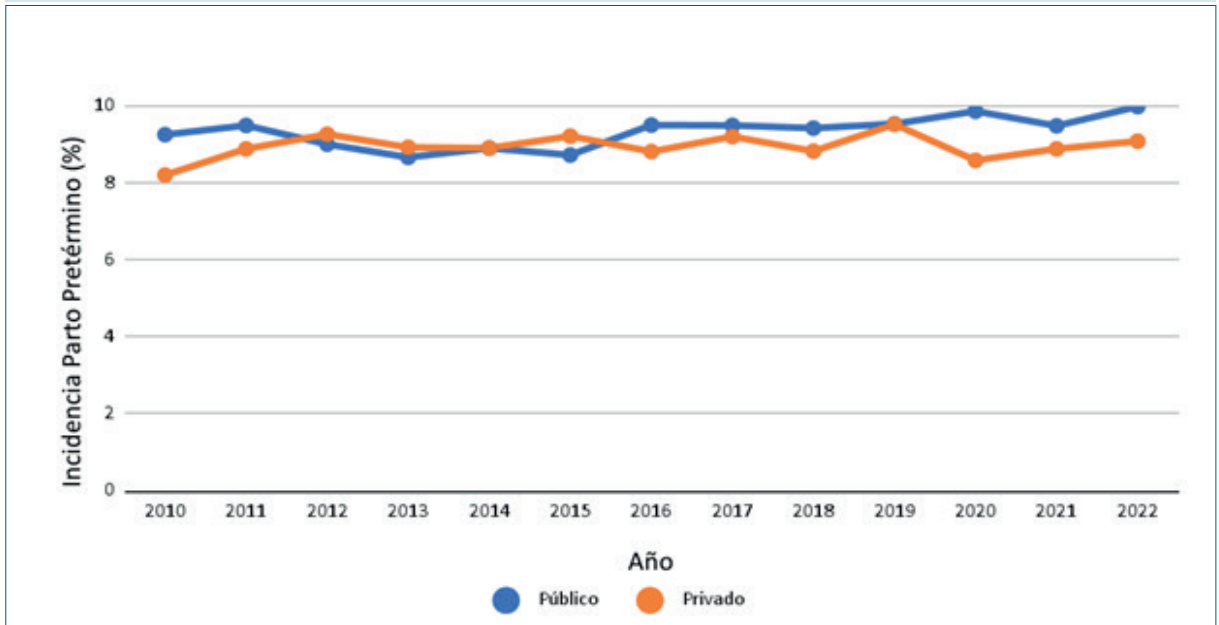
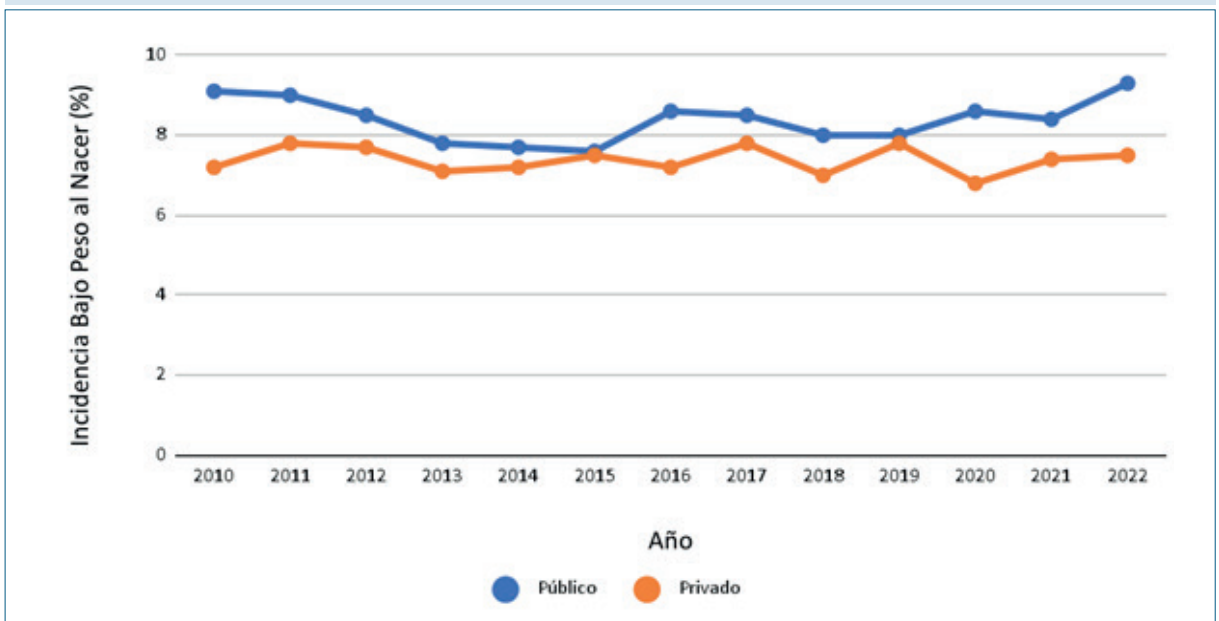


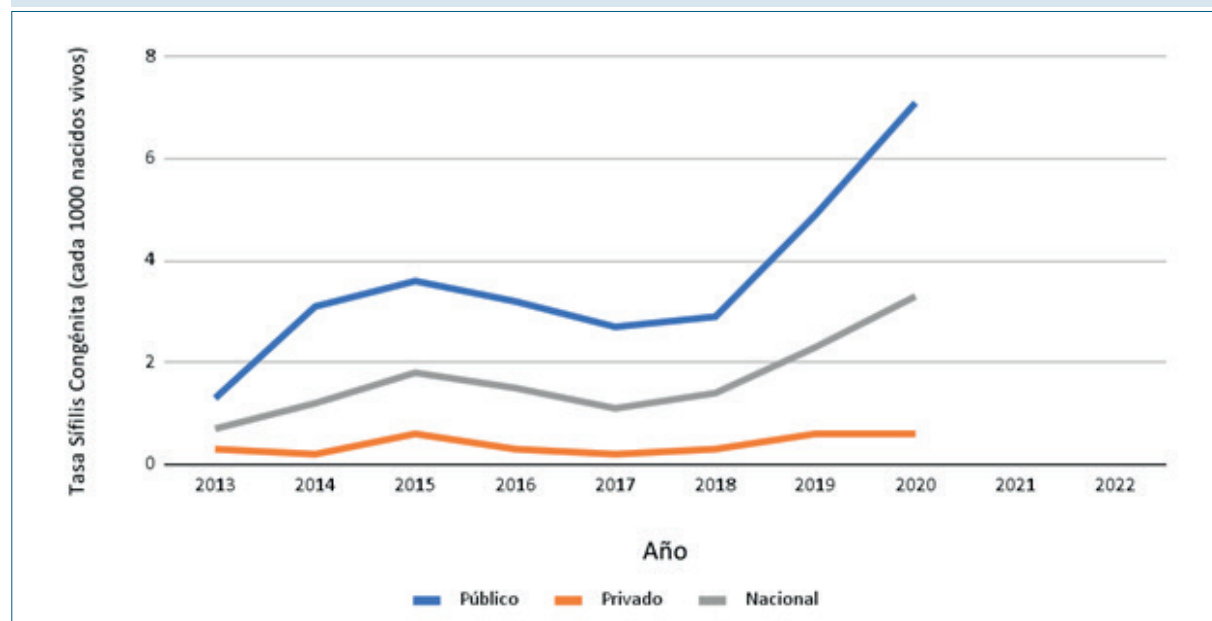
Figura 3. Incidencia de bajo peso al nacer.



siste consolidada en este período de tiempo en el sector público. Se trata de un indicador más homogéneo, pero que justificaría un análisis en mayor profundidad en cuanto a las características de los partos de pretérmino en cada subsector, definiendo mejor, por ejemplo, las causas (prematurez iatrogénica, espontánea, etc.). El perfil poblacional del PPT en el subsector público y privado es diferente, como fue reportado oportunamente<sup>(12)</sup>.

La razón de MM en Uruguay desde el año 2010 se había mantenido estable hasta el año 2020, siendo siem-

pre superior en el subsector público. Si bien en el mundo la MM es ampliamente superior en países de escasos recursos comparado con aquellos desarrollados<sup>(13)</sup>, no hay estudios que valoren las diferencias en la MM por subsector en un mismo país, siendo esta una fortaleza de nuestro trabajo. Se revela así cómo las condiciones socioeconómicas y su repercusión sanitaria siguen siendo un factor determinante de este evento. Uruguay es considerado un país de alto ingreso económico<sup>(14)</sup>, evidenciando este tipo de fenómeno una inequidad distributiva que relega a las poblaciones más vulnerables.

**Figura 4.** Tasa de incidencia de sífilis congénita.

En 2021, aumenta dramáticamente debido a la pandemia COVID-19, incrementándose aún más la diferencia entre los subsectores público y privado de atención. A nivel mundial se reportó un aumento de la mortalidad materna durante la pandemia<sup>(15)</sup>. Este incremento de la mortalidad en 2021, que se atribuye a la pandemia COVID-19, se enmarca en la primera ola de infecciones por SARS-CoV-2, que llevó a Uruguay a ser el país con más contagios cada 100.000 habitantes de las Américas y quinto en muertes totales de América del Sur. La vacunación tardía en Uruguay con respecto a la región, que influyó en el retraso de vacunación a las embarazadas, es otra causa a analizar. Dicho aumento fue diferente también entre ambos subsectores, podemos hipotetizar que esto podría deberse a un diferente perfil de usuarias en el subsector público, quizás con pacientes con mayor cantidad de factores de riesgo para una mala evolución de la infección (por ejemplo, la obesidad) así como una diferencia en el acceso a cuidados intensivos, lo que explicaría el aumento relativo de la mortalidad en el interior del país con respecto a la capital<sup>(16)</sup>. Diversos sectores de la atención en salud de nuestro país se vieron afectados<sup>(17,18)</sup>, con una marcada ausencia de programas específicos en dichas situaciones para aminorar el impacto de la pandemia en estas poblaciones.

El nacimiento de pretérmino es un problema general, donde las diferencias socioeconómicas también influyen, así más del 60% de estos nacimientos ocurren en África y Asia del sur<sup>(19)</sup>. En Uruguay la tasa ha oscilado entre 8,6% y 10%, variando en el período analizado entre los diferentes subsectores. Sin duda, existe un modelo diferente de prematuridad según el subsector analiza-

do, que si bien no fue el objetivo de este estudio, existen publicaciones nacionales que así lo demuestran<sup>(12)</sup>.

El BPN es un indicador que persiste con una mayor concentración en el subsector público en el período analizado, siendo reflejo aún más de las diferencias socioeconómicas. La tasa de Latinoamérica es aproximadamente de 9%<sup>(20)</sup>, valor que en nuestro país es a expensas del subsector público, ya que el sector privado se ha mantenido siempre por debajo. Durante la pandemia un estudio valoró la diferencia en la incidencia de prematuridad y bajo peso en los diferentes subsectores de atención de nuestro país, como efecto de las medidas de control y mitigación durante un período sin infecciones maternas, y se observó un aumento de estos dos resultados en el subsector público estadísticamente significativo comparado con el privado, concluyendo que estas medidas sumadas a la crisis socioeconómica desencadenada, impactaron en forma diferente según el nivel socioeconómico de las usuarias<sup>(21)</sup>.

La SC como indicador de IR es alarmante, ya que se trata de una patología prevenible, diagnosticable y fácilmente tratable. Nuestro estudio muestra una inequidad entre ambos subsectores, siendo la tasa más baja del subsector público el doble de la tasa más alta del privado (1,3 versus 0,6/1.000 nacidos vivos). Es preocupante el aumento drástico del período 2018-2020. Lamentablemente, estos son los últimos tres años de los que tenemos información, ya que los datos de 2021-2022 no han sido publicados aún y no pudimos acceder mediante pedido de acceso a la información pública. El aumento a nivel de Latinoamérica de la SC es un hecho preocupante para la Organización Mundial de la Salud, haciendo referencia a países con tasas mayores a

5/1.000 nacidos vivos<sup>(22)</sup>. Nuestro trabajo reveló que en 2020 la tasa en el subsector público fue de 7,1/1.000 nacidos vivos. A esto se suma la ausencia de información pública de los dos últimos años.

Mediante estos resultados primarios es admisible reflexionar y aproximarse a la posibilidad de profundizar en este tipo de estudio basado en indicadores, ampliar su número y planificar otros diseños epidemiológicos que nos permitan desarrollar y confirmar hipótesis, así como esclarecer si estas diferencias se deben solo a diferencias socioeconómicas a nivel público y privado, o existen otras debilidades en los servicios de atención a la salud vinculados a calidad y seguridad de la atención, infraestructura instalada de los servicios, redes de traslados, oportunidad y continuidad, organización de los servicios en la capital y en el interior del país, disponibilidad de camas de cuidados intensivos, que podrían ser otras causas, no pudiendo afirmar o negar a cuáles de ellas se debe.

La diferencia en estos indicadores de salud perinatal entre los dos subsectores de atención de nuestro país refleja que, a pesar de contar con un SNIS, existe una disparidad en la atención, revelando la existencia de poblaciones más vulnerables que presentan resultados desfavorables, siendo éstas un potencial blanco de las políticas sanitarias para resolverlas.

## Abstract

**Introduction:** Reproductive justice is the ability of individuals and societies to realize sexual and reproductive rights. On the contrary, reproductive injustice (RI) exposes the presence of risks to the developmental process during pregnancy and early childhood.

**Objective:** To describe the evolution of a set of indicators related to reproductive justice in the Integrated National Health System (SNIS) of Uruguay over the last 12 years and compare trends between the public and private subsectors.

**Methodology:** A descriptive, retrospective study of a set of indicators included in the Sustainable Development Goals (SDGs) and national health objectives was conducted. Maternal mortality ratio (MMR), incidence of preterm birth (PTB), low birth weight (LBW), and congenital syphilis (CS) were analyzed in the public and private subsectors of the SNIS over the past 12 years.

**Results:** During the analyzed period the maternal mortality ratio has always been higher in the public subsector, except in the year 2015. The incidence of preterm birth during the period has ranged between 8.6% and 10%. It is higher in the public subsector, except in some periods where it is higher in the private subsector. The incidence of low birth weight is always higher in the public subsector, with its highest incidence in 2022 at 9.3. Congenital syphilis has always been higher in

the public subsector, ranging from 1.3 to 7.1, while in the private subsector, the values range from 0.2 to 0.6.

**Conclusions:** The difference in these perinatal health indicators between the two healthcare subsectors in our country reflects that despite having an Integrated National Health System, there is a disparity that impacts the results of final and intermediate indicators, thus determining the existence of reproductive injustice.

## Resumo

**Introdução:** A justiça reprodutiva é a capacidade dos indivíduos e das sociedades de poderem realizar seus direitos sexuais e reprodutivos. A injustiça reprodutiva (IR), por outro lado, expõe a presença de riscos ao processo de desenvolvimento durante a gravidez e a primeira infância.

**Objetivo:** descrever a evolução de um conjunto de indicadores relacionados à justiça reprodutiva no Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS) do Uruguai nos últimos 12 anos e comparar as tendências entre os subsectores público e privado.

**Metodologia:** estudo descritivo e retrospectivo de um conjunto de indicadores incluídos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDGs) e nas metas nacionais de saúde. A taxa de mortalidade materna (MM), a incidência de parto prematuro (PTB), baixo peso ao nascer (BPN) e sífilis congênita (SC) foram analisadas no subsector público e privado do SNIS nos últimos 12 anos.

**Resultados:** A taxa de mortalidade materna foi maior no subsector público durante o período analisado, exceto em 2015. A incidência de nascimento pré-termo no período variou entre 8,6 e 10%. Ela é maior no subsector público, exceto em alguns períodos em que é maior no subsector privado. A incidência de baixo peso ao nascer é sempre maior no subsector público, com sua maior incidência em 2022, com 9,3. A sífilis congênita sempre foi mais alta no subsector público, de 1,3 a 7,1, enquanto no subsector privado os valores variam de 0,2 a 0,6.

**Conclusões:** A diferença nesses indicadores de saúde perinatal entre os dois subsectores de atendimento em nosso país reflete que, apesar da existência de um Sistema Nacional de Saúde Integrado, há uma disparidade que impacta nos resultados dos indicadores finais e intermediários, determinando assim a existência de uma injustiça reprodutiva.

## Bibliografía

1. Parker WJ. The moral imperative of reproductive rights, health, and justice. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020; 62:3-10. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.07.006.
2. Ley 18.426. Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva. Montevideo, 10 diciembre 2008. Montevideo: IMPO, 2008. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008> [Consulta: 3 setiembre 2023].

3. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> [Consulta: 24 setiembre 2023].
4. Indicadores para evaluar la salud reproductiva y los programas pertinentes. *Rev Panam Salud Pública* 1998; 3(1):63. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9006> [Consulta: 15 setiembre 2023].
5. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3). Santiago, 2018. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content> [Consulta: 15 setiembre 2023].
6. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Objetivos sanitarios nacionales 2030. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030> [Consulta: 3 setiembre 2023].
7. Briozzo L, Viroga S. Abordaje obstétrico integral de la prematuridad y restricción del crecimiento fetal y su relación con las enfermedades crónicas del adulto. *Rev Méd Urug* 2020; 36(1):216-34. doi: 10.29193/rmu.36.1.9.
8. Leonel B, Coppola F, Gesuele J, Tomasso G. Restricción de crecimiento fetal, epigenética y transmisión transgeneracional de las enfermedades crónicas y la pobreza. *Horizonte Méd* 2013, 13(4):45-53.
9. Ley 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, 13 diciembre 2007. Montevideo: IMPO, 2007. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007> [Consulta: 24 setiembre 2023].
10. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta continua de hogares 2022. Disponible en: <https://www4.ine.gub.uy/Anda5/index.php/catalog/730> [Consulta: 15 setiembre 2023].
11. Ley 18.381. Ley sobre el derecho de acceso a la información pública. Montevideo, 7 noviembre 2008. Montevideo: IMPO, 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18381-2008> [Consulta: 15 setiembre 2023].
12. Briozzo L, Viroga S, Santiago A, Garbarino B, Gesuele J. Comportamiento del parto pretérmino durante un período de crisis socioeconómica en los diferentes sectores sociales en Uruguay. *Prensa Méd Argent* 2022; 108(8):385-91. Disponible en: [https://prensamedica.com.ar/LPMA\\_V108\\_N08\\_P385.pdf](https://prensamedica.com.ar/LPMA_V108_N08_P385.pdf) [Consulta: 3 setiembre 2023].
13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. OMS, 2023. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=L.a%20razón%20de%20mortalidad%20materna%20en%20los%20pa%C3%ADses%20de%20ingresos,los%20pa%C3%ADses%20de%20ingresos%20altos> [Consulta: 3 setiembre 2023].
14. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. WHO, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759> [Consulta: 3 setiembre 2023].
15. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA Pediatr* 2021; 175(8):817-26. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.
16. Briozzo L, Tomasso G, Ponzo J, Sicca N, Viroga S, Nozar F, et al. Mortalidad materna por COVID-19: la emergencia dentro de la emergencia sanitaria. *Rev Latin Perinat* 2021; 24:215-21. Disponible en: <https://enperspectiva.uy/wp-content/uploads/2022/06/Mortalidad-materna-COVID.-Rev.-Latinoamericana-Perinatol.-2021-24-3-1.pdf> [Consulta: 24 setiembre 2023].
17. Ferre Z, Gerstenblüth M, González C, Noboa C, Triunfo P. Salud y acceso a cuidados médicos durante la pandemia en Uruguay. *Rev Méd Urug* 2021; 37(3):e206. doi: 10.29193/rmu.37.3.6.
18. Camejo N, Castillo C, Amarillo D, Guerrina M, Savio F, Carrasco M, et al. Repercusión de la pandemia COVID-19 en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en pacientes asistidas en la Unidad de Mastología del Hospital de Clínicas. *Rev Méd Urug* 2023; 39(3):e203. doi: 10.29193/RMU.39.3.3.
19. World Health Organization. Preterm birth. WHO, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> [Consulta: 24 setiembre 2023].
20. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer. OMS, 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/255733> [Consulta: 24 setiembre 2023].
21. World Health Organization. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre bajo peso al nacer. WHO, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.5> [Consulta: 3 setiembre 2023].
22. Briozzo L, Tomasso G, Viroga S, Selma H, Cardozo V, Niz C, et al. Effect of the unfavorable maternal-fetal environment cause by mitigation measures of the covid-19 pandemic in the public maternity of reference of Uruguay. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022; 35(25):7312-5. doi: 10.1080/14767058.2021.1946791.
23. Pan American Health Organization. Epidemiological review of syphilis in the Americas. PAHO, 2021. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56085/PAHOCDE-HT220009\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56085/PAHOCDE-HT220009_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Consulta: 15 setiembre 2023].

### Contribución de autores

Stephanie Viroga: diseño, análisis, interpretación de los resultados, redacción.  
 Regina Guzmán: diseño, análisis, interpretación de los resultados, redacción.  
 Josefina Tarigo: diseño, análisis, interpretación de los resultados, redacción.  
 Mijail Yapor: interpretación de los resultados, revisión.  
 Fernanda Nozar: interpretación de los resultados, revisión.  
 Verónica Fiol: interpretación de los resultados, revisión.  
 Leonel Briozzo: diseño, redacción.

### ORCID

Stephanie Viroga: 0000-0001-9065-6692  
 Regina Guzmán: 0009-0005-9544-0301  
 Josefina Tarigo: 0000-0003-0440-0581  
 Mijail Yapor: 0000-0001-6863-8930  
 Fernanda Nozar: 0000-0003-2820-2141  
 Veronica Fiol: 0000-0002-4808-9302  
 Leonel Briozzo: 0000-0002-6772-3188