



# Informe de evento Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita

**Código 750, 740**

**2021**

Grupo de enfermedades transmisibles  
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública  
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

[transmisibles@ins.gov.co](mailto:transmisibles@ins.gov.co)



La salud  
es de todos

Minsalud

## **Informe de evento Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita**

---

### **Créditos**

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ  
Directora General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO  
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

### **Elaboró**

SANDRA LUCERO BONILLA MOLANO  
Grupo Enfermedades de Transmisión Sexual

### **Revisó**

LUIS CARLOS GOMEZ ORTEGA  
Coordinador Grupo Enfermedades Endoepidémicas y Enfermedades de  
Transmisión Sexual

IRENE ALEJANDRA PINILLA FARÍAS  
Equipo Funcional de Zoonosis. Grupo de Enfermedades Transmisibles

MARITZA ADEGNIS GONZÁLEZ DUARTE  
Coordinadora Grupo de Formación de Talento Humano en Vigilancia en Salud  
Pública

### **Aprobó**

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO  
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud Bogotá,  
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20



# Informe de Sífilis Gestacional y Sífilis Congénita, Colombia, 2021

## 1. Introducción

---

La sífilis es una enfermedad bacteriana producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*; de curso crónico y afectación sistémica, que atraviesa por diferentes etapas caracterizadas por manifestaciones específicas (1). Es una infección de transmisión sexual (ITS) y constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo, que afecta la calidad de vida y se acompaña de importantes niveles de morbilidad y mortalidad (1).

La sífilis como ITS influye directamente en la salud infantil y reproductiva; facilita la transmisión por vía sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (1); si la sífilis no se trata durante el embarazo puede conducir a una prematuridad, peso bajo al nacer, mortinatalidad, muerte poco después del nacimiento u otras secuelas en el recién nacido, incluidas las manifestaciones inflamatorias que afectan a los ojos, oídos y articulaciones, así como malformaciones esqueléticas debidas al daño durante el desarrollo en las etapas tempranas de la sífilis (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en 2020, hubo unos 374 millones de nuevas infecciones de alguna de estas cuatro ITS: clamidiasis (129 millones), blenorragia (82 millones), tricomoniasis (156 millones) y sífilis (7,1 millones) y más allá del efecto inmediato de la infección, la sífilis puede tener consecuencias graves como aumentar el riesgo de infectarse por el VIH. Se calcula que, en 2016, casi un millón de embarazadas tenían sífilis y que esta infección causó complicaciones en alrededor de 350 000 partos, entre ellas 200 000 muertes del feto o el recién nacido (3).

Teniendo en cuenta las últimas estimaciones para sífilis congénita publicadas por la Organización Mundial de la Salud en 2019, a nivel mundial hubo disminución de casos de 749 000 a 661 000 entre 2012 y 2016. Para el año 2016, la mayoría de los casos de sífilis congénita se presentaron en la Región de África con el 61 %, seguido por la Región del Mediterráneo Oriental con el 17,1 %, la Región de Asia Sudoriental con el 8,0 %, la Región de las Américas con el 7,7 %, la Región del Pacífico Occidental con el 5,7 % y por último la Región Europea con el 0,3 % (4).

En la Región de las Américas, durante el 2020, se notificaron 29 147 casos de sífilis congénita, con una tasa de incidencia de 2,01 por 1 000 nacidos vivos. Brasil concentró el 76 % de los casos de sífilis congénita notificados en la Región durante el 2020 (22 065), con una tasa de incidencia nacional de 7,6 casos por 1 000 nacidos vivos. Analizando los 38 países notificantes de la Región, excluyendo Brasil, el número de casos y la tasa de incidencia han ido en aumento (de 0,3 en 2009 a 0,61 por 1 000 en 2020). Ocho países y territorios de la Región han alcanzado la eliminación de madre a hijo transmisión (EMTCT) del estado de VIH y sífilis validado por la OMS: Cuba en 2015; Anguila, Antigua y Barbuda, Bermudas, Islas Caimán, Montserrat, y Saint Kitts y Nevis en 2017; y Dominica en 2020 (5).

En Colombia desde el año 2015 se observa incremento en el número de casos y prevalencia para sífilis gestacional. Para sífilis congénita, desde el año 2015 al 2020 se presenta incremento progresivo en la incidencia, pasando de 1,0 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en el 2015, a presentar una incidencia de 2,8 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en el 2020 (6), incremento que puede ser resultado de varios aspectos como intensificación en la vigilancia epidemiológica y de la ampliación de criterios para pruebas y tratamiento de sífilis a partir de 2020.

A partir del año 2010, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de la cual hace parte Colombia, asumieron el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el VIH y la sífilis con metas para cumplimiento al año 2015. En el 2016, estos compromisos fueron renovados y ampliados mediante la aprobación de la Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021 y del Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021 en la Región de las Américas (7).

Teniendo en cuenta los avances obtenidos frente a los compromisos y la meta de alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0,5 casos o menos, incluidos los mortinatos por 1 000 nacidos vivos, actualmente se renovaron y Colombia lo plantea en la estrategia ETMI PLUS, 2021–2030, que tiene como objetivo eliminar la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, además de otras infecciones transmisibles y prevenibles, se pretende mejorar la calidad de la atención prenatal, aumentar la demanda inducida de las pruebas de sífilis en la población gestante, clasificar adecuadamente el estadio de la sífilis para brindar el tratamiento oportuno y adecuado y mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos al Sivigila (8).

El Instituto Nacional de Salud en el proceso de mejoramiento de la vigilancia epidemiológica para sífilis, ha venido actualizando el protocolo de vigilancia para el evento, se han actualizado las herramientas de recopilación de la información como





fichas de notificación (código Sivigila 740 para sífilis congénita y 750 para sífilis gestacional), y el mismo aplicativo de Sivigila, que han permitido recopilar la mayor información de los casos de manera sistemática y oportuna.

La pandemia de COVID-19 ha afectado el manejo de las ITS y la prestación de servicios integrales de salud sexual como resultado de cierres de instituciones prestadoras de salud, distribución de talento humano y priorización de actividades.

Para alcanzar la meta propuesta, es necesario contar con una adecuada vigilancia del evento, que permita brindar información epidemiológica, que lleve a fortalecer o mejorar las medidas de promoción de la salud y prevención de la infección, así como diseñar y evaluar los programas que existen.

Este informe tiene como objetivo principal describir el comportamiento epidemiológico de sífilis gestacional y sífilis congénita durante el 2021 en Colombia, que aporte información oportuna, válida y confiable, que oriente a los tomadores de decisiones en torno a las medidas de prevención y control de la enfermedad, y que permita establecer estrategias frente al logro de la meta de eliminación de la transmisión materno infantil y la reducción de la incidencia de la sífilis gestacional.

## 2. Materiales y Métodos

---

Se realizó un estudio descriptivo para determinar las características epidemiológicas y el comportamiento de los casos confirmados de sífilis gestacional y sífilis congénita en Colombia, tomando como fuente la información captada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entre la semana epidemiológica 01 a 52 de 2021 y comparado con años anteriores.

La recolección y procesamiento de los datos se realizó según lo indicado en la metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos en salud pública y el manual del usuario para el sistema aplicativo Sivigila (9), manteniendo el flujo de la información desde la ocurrencia del caso hasta el uso de la información para la acción y desde las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD) al nivel municipal, departamental y nacional.

Los dos eventos ingresan al Sivigila como casos confirmados y se pueden clasificar dependiendo de las características establecidas en las definiciones operativas de caso. Los casos de sífilis gestacional se pueden clasificar como confirmados por laboratorio y los de sífilis congénita como confirmados por nexo epidemiológico, por clínica o por laboratorio (6).

En el proceso de validación y depuración de la base de casos notificados, se verificaron aspectos de completitud y consistencia de las variables, se restaron los casos descartados por las entidades territoriales que contaban con las evidencias de clasificación final y de descarte enviadas al INS, igualmente, se restaron los casos duplicados o repetidos, se restaron los casos con procedencia o residencia fuera de Colombia y los casos que no cumplieron con la definición establecida para el evento según el protocolo de vigilancia. Los casos que se eliminaron tenían ajuste 6 o D con evidencia de unidad de análisis, resultados de laboratorio, investigación epidemiológica de campo (IEC) o historia clínica enviada al referente nacional en el Instituto Nacional de Salud. Los casos restados por tener residencia o procedencia del exterior son determinados por tener un periodo mínimo de seis meses continuos en Colombia.

Se analizaron las variables consignadas en la ficha de datos básicos (cara A), que contiene información general sobre el evento y la UPGD notificadora, identificación del caso, notificación, seguimiento y clasificación final del caso, así como la ficha de datos específicos (cara B) que incluye antecedentes maternos, resultados de laboratorio, diagnóstico y tratamiento del caso y de contactos. Las definiciones operativas de caso que se tuvieron en cuenta son las enunciadas en el protocolo de vigilancia en salud pública para los dos eventos (6).

Se realizó análisis de proporciones y tasas para las variables cualitativas y cuantitativas y se calcularon los indicadores definidos en el protocolo de vigilancia en salud pública para el evento (6). Se calcularon medidas de frecuencia de incidencia para sífilis congénita y prevalencia para sífilis gestacional.

Para el procesamiento de la información se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel. Se analizaron variables sociales y demográficas (sexo, tipo de régimen de salud, pertenencia étnica, área de ocurrencia) y variables relacionadas con la atención en salud (condición de la madre al momento del diagnóstico, edad gestacional, tratamiento a las madres y sus contactos, control prenatal, tipos de prueba realizadas).

En el análisis se incluyeron variables numéricas y categóricas. Las variables con nivel de medición nominal son: sexo, pertenencia étnica, grupo poblacional, tipo de régimen en salud, entidad territorial de residencia, de procedencia y entidad territorial de notificación. Las variables con nivel de medición ordinal son: semanas de gestación, área de ocurrencia, diagnóstico, control prenatal y tratamiento, estas tres últimas variables medidas por trimestre de gestación, y la variable edad, medida a nivel de razón, que se recategorizó a nivel ordinal.

Los indicadores considerados en el análisis son los descritos en el protocolo para vigilancia (6) y se calcularon sobre 37 entidades territoriales. La entidad territorial de residencia se tomó en consideración para el cálculo de los indicadores N°1, 3 y 4 y para el indicador N°2 se tomó la entidad territorial de notificación.

1. Incidencia de sífilis congénita.
2. Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso.
3. Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional.
4. Razón de prevalencia de sífilis gestacional.

Para el cálculo de los indicadores de prevalencia e incidencia, se utiliza como denominador la población DANE definitiva (nacidos vivos y mortinatos) de enero a diciembre del 2020, publicada el 8 de abril de 2022 y por entidad territorial de residencia de la madre. El dato de mortinatos incluye los casos con tiempo de gestación mayor a 22 semanas, no incluye muertes fetales con tiempo de gestación ignorado o sin información (anexo 1).

Para el indicador N°3, se verificó la notificación de las madres de los casos de sífilis congénita del 2021 frente a la notificación de casos de sífilis gestacional notificados en los años 2020 a 2022. Las variables que se cruzaron para la verificación de esta información fueron el número de identificación de la madre y el nombre completo.

Se calculó el riesgo relativo (IC 95%,  $p < 0,05$ ) para las variables de tipo de régimen en salud, pertenencia étnica y área de ocurrencia para ambos eventos frente a los casos confirmados en 2021. Se realizó análisis bivariado para la población indígena y en el grupo de población negro, mulato, afrocolombiano frente a los otros grupos

poblacionales de los últimos cinco años (2017–2021). Los resultados fueron calculados por medio del software Excel y Epi Info presentados en tablas.

Se realizó análisis de los casos confirmados para sífilis gestacional y congénita en poblaciones especiales pertenecientes a indígenas, Fuerzas Militares y Policía Nacional, población privada de la libertad (PPL), negro, mulato afrocolombiano y casos confirmados para COVID-19 que también cursaron en el mismo año con sífilis. Se realizó análisis de proporciones y tasas para las variables cualitativas y cuantitativas; se calculó la prevalencia para indígenas, negro, mulatos afrocolombianos y casos confirmados para COVID-19; se calculó riesgo relativo para indígenas y negro, mulatos afrocolombianos.

Se realizó análisis de los casos de sífilis congénita con condición final 2 (muerto) por entidad territorial de residencia y teniendo en cuenta las unidades de análisis y tableros de problemas.

### **Consideraciones éticas**

El presente informe de evento corresponde al análisis de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel nacional y territorial (10).

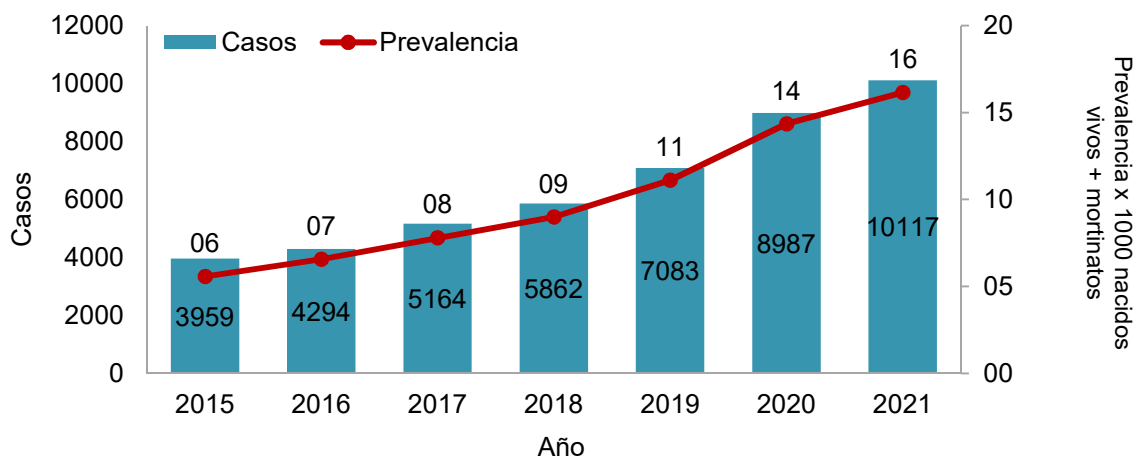
### 3. Resultados

#### 3.1. Sífilis gestacional

Entre la semana epidemiológica 01 a 52 de 2021 se notificaron al Sivigila 12 344 casos de sífilis gestacional, se restaron 2 227 casos por diferentes criterios como duplicidad (1 295), por tener residencia o procedencia del exterior (541), por ser casos confirmados en 2020 (252) o por no cumplir con la definición de caso (139), quedando finalmente 10 117 casos que si cumplieron con la definición de caso establecida por protocolo de vigilancia y con los cuales se realizó este análisis.

Teniendo en cuenta el comportamiento de notificación, a partir del año 2015 se observa incremento sostenido en el número de casos que cumplen con la definición y que ve reflejado en el incremento de la razón de prevalencia anual. El mayor incremento fue de 155,5 % al comparar el 2021 contra el 2015 y el menor fue de 12.6 % comparado contra el 2020. En promedio, el incremento en la prevalencia anual es de 1,8 casos de sífilis gestacional por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos, alcanzando para 2021 una prevalencia nacional de 16,2 casos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos (figura 1) (tabla 1).

**Figura 1.** Casos confirmados y prevalencia de sífilis gestacional, Colombia, 2015 a 2021



Por entidad territorial de residencia, el 50 % de los casos confirmados se concentró en Antioquia (11,2 %), Bogotá (9,4 %), Valle del Cauca (6,4 %), Norte de Santander (5,4 %), Cesar (4,7 %), Santander (4,5 %), Barranquilla (4,3 %) y Córdoba (4,1 %). El 59,5 % (22) de las entidades territoriales superaron la prevalencia nacional y las que presentaron las más altas fueron Arauca, Buenaventura, Guainía, Chocó y Norte de Santander (tabla 1).

**Tabla 1. Razón de prevalencia de sífilis gestacional por entidad territorial de residencia, Colombia, 2021**

Entidad territorial de residencia	Casos de sífilis gestacional	Razón de prevalencia * (1000 nacidos vivos + mortinatos)
Amazonas	22	19,1
Antioquia	1 134	15,6
Arauca	220	52,6
Atlántico	385	20,5
Barranquilla	439	20,4
Bogotá	950	11,8
Bolívar	316	18,8
Boyacá	105	7,8
Buenaventura	205	45,8
Caldas	144	18,0
Caquetá	90	14,2
Cartagena	332	19,5
Casanare	114	18,4
Cauca	208	11,6
Cesar	473	20,2
Chocó	259	29,6
Córdoba	414	16,5
Cundinamarca	388	11,0
Guainía	36	33,7
La Guajira	395	16,5
Guaviare	26	20,4
Huila	164	9,7
Magdalena	231	15,5
Meta	322	20,8
Nariño	218	13,2
Norte de Santander	551	24,7
Putumayo	79	16,9
Quindío	86	15,7
Risaralda	198	19,6
San Andrés	3	3,9
Santander	453	17,1
Santa Marta	82	8,8
Sucre	230	16,2
Tolima	163	10,1
Valle del Cauca	645	15,1
Vaupés	4	5,8
Vichada	33	18,0
<b>Colombia</b>	<b>10 117</b>	<b>16,2</b>

Fuente: Población DANE, cifras definitivas de 2020, publicadas el 8 de abril de 2022

De los 10 117 casos confirmados para sífilis gestacional el 15,3 % (1 552) se convirtió en sífilis congénita que corresponde a casos identificados en Sivigila durante el 2021 y a semana epidemiológica 32 de 2022. Este porcentaje de 15,3 % está muy relacionado con los casos que no tuvieron tratamiento o que la administración no fue oportuna para prevenir la transmisión materno-infantil durante el embarazo.

En las variables sociales y demográficas, se observó que se presentaron tres casos de mortalidad perinatal que residían en el Meta (2) y Bogotá (1) y que cursaron durante la gestación con infección por sífilis.

Por grupos de edad, el 79,5 % de los casos confirmados se encontraban entre 14 y 29 años, siendo el grupo de 20 a 24 años el que concentró el mayor número de casos con 3 598 (35,6 %); se presentaron 25 casos (0,2 %) en menores de 14 años y 18 casos en mayores de 45 años (0,2 %). Al momento de la notificación, el 27,7 % de los casos no contaba con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) y de los casos afiliados, el 55,9 % pertenecían al régimen subsidiado (tabla 2).

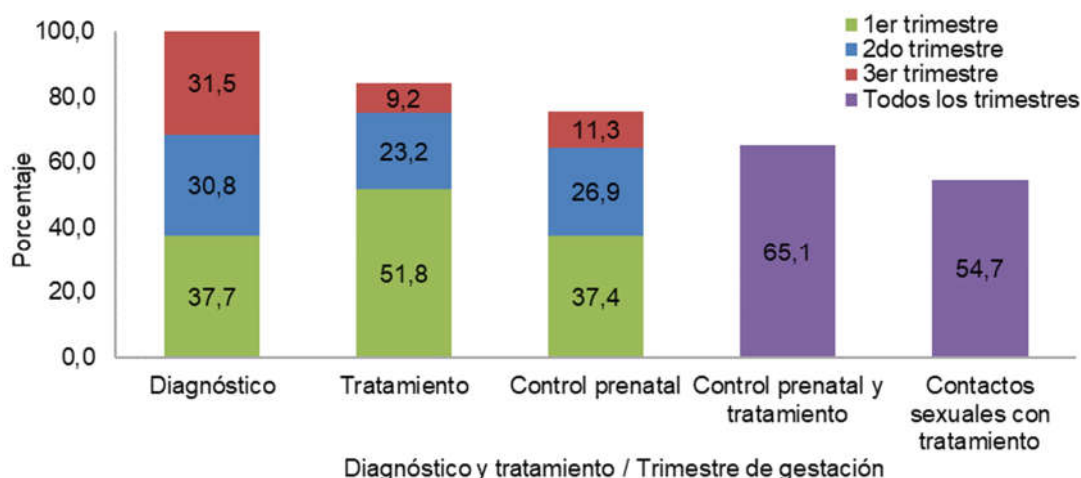
Según la identificación de los casos como integrantes a grupos étnicos legalmente establecidos para Colombia, el 8,8 % de los casos se reconoce como negro, mulato o afrocolombiano y el 3,3 % se reconoce como indígena. Por área de residencia, el 10,3 % se presentó en área rural dispersa (tabla 2).

**Tabla 2.** Características sociales y demográficas de sífilis gestacional, Colombia, 2021

Variable	Categoría	Número de casos	Porcentaje	Intervalo de confianza	p-valor
<b>Grupo de edad</b>	<14 años	25	0,2	0,16 - 0,37	<0.0000001
	14 a 19 años	2309	22,8	22,01 - 23,66	
	20 a 24 años	3598	35,6	34,63 - 36,51	
	25 a 29 años	2135	21,1	20,31 - 21,91	
	30 a 34 años	1228	12,1	11,51 - 12,79	
	35 a 39 años	609	6,0	5,56 - 6,50	
	40 a 44 años	195	1,9	1,67 - 2,21	
	45 años y más	18	0,2	0,10 - 0,28	
<b>Tipo de régimen</b>	Subsidiado	5659	55,9	54,96 - 56,91	<0.0000001
	No asegurado	2737	27,1	26,19 - 27,93	
	Contributivo	1614	16,0	15,25 - 16,68	
	Indeterminado	61	0,6	0,46 - 0,77	
	Excepción	46	0,5	0,33 - 0,61	
<b>Pertenencia étnica</b>	Otro	8843	87,4	86,74 - 88,04	<0.0000001
	Negro, mulato afrocolombiano	893	8,8	8,28 - 9,4	
	Indígena	338	3,3	3,00 - 3,71	
	Rom-Gitano	25	0,2	0,16 - 0,37	
	Raizal	16	0,2	0,09 - 0,26	
	Palenquero	2	0,0	0,003 - 0,079	
<b>Área de ocurrencia</b>	Cabecera municipal	8330	82,3	81,58 - 83,07	<0.0000001
	Rural disperso	1039	10,3	9,68 - 10,88	
	Centro poblado	748	7,4	6,89 - 7,92	

De los casos confirmados para sífilis gestacional, aquellos que recibieron atención y tratamiento de manera oportuna en el primer trimestre de gestación fueron: el 37,7 % (3 810) recibió la confirmación del diagnóstico; el 51,8 % (5 237) recibió al menos una dosis de tratamiento para sífilis y el 37,4 % (3 784) asistió a control prenatal. Independiente del trimestre de gestación, el 65,1 % (6 587) asistió a control prenatal y recibió tratamiento para sífilis; el 54,7 % (5 536) de las gestantes recibió tratamiento para los contactos sexuales (figura 2).

**Figura 2.** Comportamiento de atención a las madres de los casos de sífilis gestacional, Colombia, 2021



De las pruebas treponémicas realizadas para confirmar el diagnóstico en las gestantes, en el 93,1 % (9 421) de los casos se realizó prueba rápida, en el 6,7 % (680) se registró “otro tipo de prueba” sin especificar, en el 0,1 % (15) se utilizó la prueba de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TPPA) y en el 0,01 % (1) diagnosticaron con la prueba de hemaglutinación para *Treponema pallidum* (TPHA).

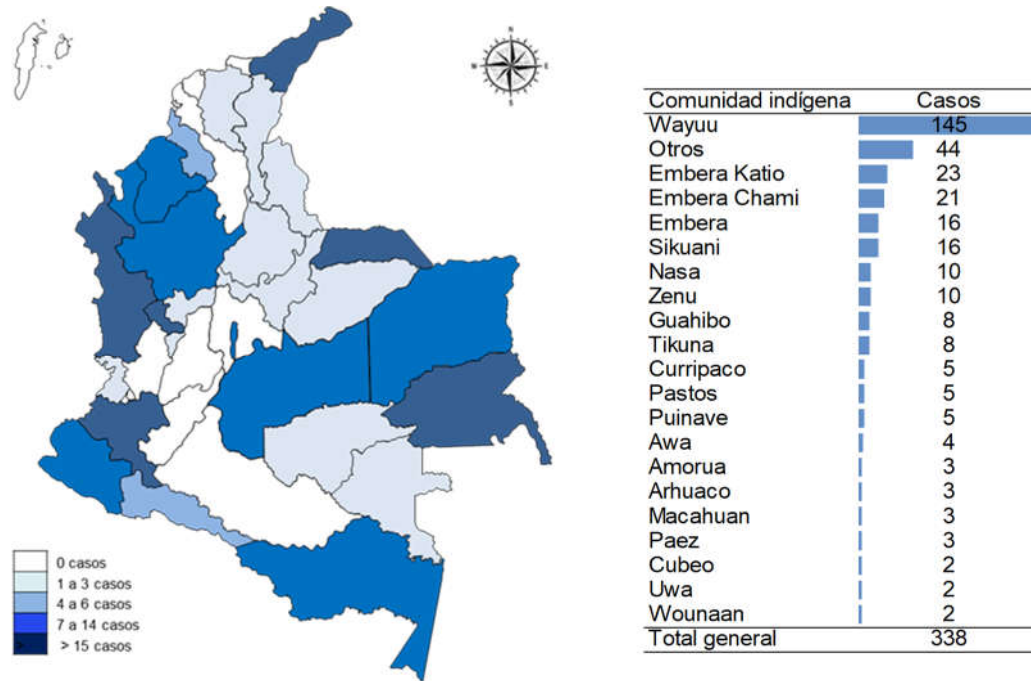
### Sífilis gestacional en población indígena

Durante el 2021 se confirmaron 338 casos de sífilis gestacional en población indígena, con una prevalencia de 11,5 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en esta población y una prevalencia de 0,5 casos sobre la población general.

Las entidades territoriales con las prevalencias más altas sobre la población general fueron: Guainía (15,0), Amazonas (8,7), La Guajira (6,2), Vaupés (4,4), Vichada (3,8) y Arauca (3,6). Las comunidades indígenas en las que se presentó el mayor número de casos fueron los Wayuu (42,9 %) con residencia en La Guajira, seguidos por la comunidad Embera Katio (6,8 %) con residencia en Córdoba, Antioquia, Risaralda, Chocó y Bogotá; y en la comunidad Embera Chami (6,2 %) con residencia en Risaralda, Caldas, Chocó, Bogotá y Antioquia (imagen 1).



**Imagen 1. Casos confirmados de sífilis gestacional en población indígena. Colombia, 2021**



Teniendo en cuenta la comparación de los RR entre la población indígena y los demás grupos poblacionales, se observó que solo en 2017 se evidencia riesgo de adquirir sífilis gestacional en la población indígena (RR: 1,31;  $p=0,0003$ ), para los demás años incluido el 2021 no se observa mayor riesgo de enfermarse en esta población (tabla 3).

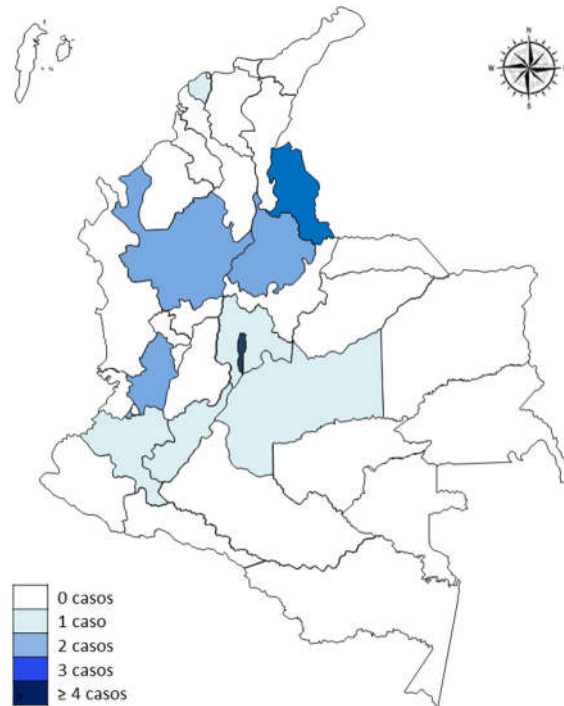
**Tabla 3. Análisis bivariado de sífilis gestacional en población indígena, Colombia, 2021**

Año	Población	Sífilis		RR	Límite inferior	Límite superior	Valor p
		Si	No				
2017	Indígena	192	18710	1,31	1,13	1,51	0,0003
	Otra población	4972	638769				
2018	Indígena	212	24167	0,96	0,84	1,1	0,653
	Otra población	5650	621300				
2019	Indígena	196	25398	0,68	0,59	0,78	0,0000
	Otra población	6887	604710				
2020	Indígena	254	29137	0,59	0,52	0,66	0,0000
	Otra población	8733	587789				
2021	Indígena	338	29053	0,70	0,62	0,78	0,0000
	Otra población	9779	586743				

## Sífilis gestacional en Fuerzas militares y Policía Nacional

Durante el 2021 se confirmaron 25 casos de sífilis gestacional en población adscrita a estas instituciones. El 52,0 % de los casos se concentró en las entidades territoriales de Bogotá y Norte de Santander (imagen 2).

**Imagen 2.** Casos confirmados de sífilis gestacional en Fuerzas Militares y Policía Nacional. Colombia, 2021



## Sífilis gestacional en población privada de la libertad (PPL)

Entre semana epidemiológica 01 a 52 de 2021, se confirmaron siete casos (0,1 %) de sífilis gestacional que se encontraban en situación de privación de la libertad, de los cuales dos casos tenían residencia en Bogotá y un caso en cada entidad territorial de Buenaventura, Meta, Norte de Santander, Santander y Valle del Cauca.

## Sífilis gestacional en población negro, mulato afrocolombiano

Entre la semana epidemiológica 01 a 52 de 2021 se confirmaron 893 casos de sífilis gestacional en el grupo étnico de negro, mulato afrocolombiano, con una prevalencia de 37,7 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en esta población y una prevalencia de 1,4 casos sobre la población general.

En el grupo de población negro, mulato o afrocolombiano confirmados durante el 2021, se observó mayor riesgo de enfermar por sífilis gestacional que en el resto de la población (RR: 2,45; IC: 2,29–2,62;  $p= 0,000$ ); este mismo comportamiento se observó para todos los años analizados (2017 a 2021) donde el RR fue mayor a 1 (tabla 4).

**Tabla 4.** Análisis bivariado de sífilis gestacional en población negra, mulato o afrocolombiano, Colombia, 2017 - 2021

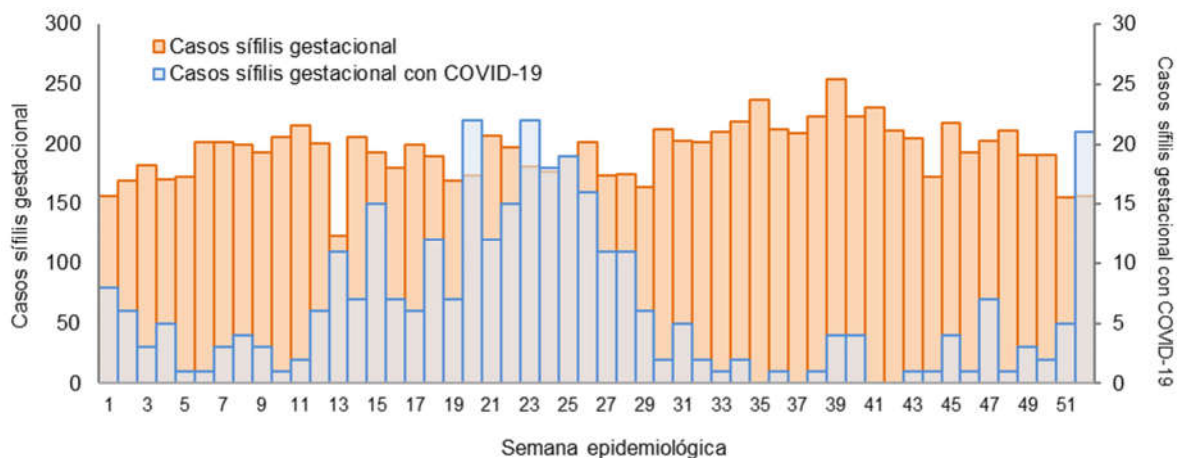
Población	Población	Sífilis		RR	Límite inferior	Límite superior	Valor p
		Si	No				
2017	Negro, mulato, afrocolombiano	626	30024	2,84	2,61	3,08	0,0000
	Otra población	4538	627455				
2018	Negro, mulato, afrocolombiano	655	27949	2,73	2,52	2,96	0,000
	Otra población	5207	617518				
2019	Negro, mulato, afrocolombiano	673	24526	2,54	2,35	2,75	0,0000
	Otra población	6410	605582				
2020	Negro, mulato, afrocolombiano	753	22963	2,32	2,15	2,49	0,0000
	Otra población	8234	593963				
2021	Negro, mulato, afrocolombiano	893	22823	2,45	2,29	2,62	0,0000
	Otra población	9224	592973				

### Sífilis gestacional y COVID-19

En el contexto de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19, se observó que el comportamiento de casos confirmados de sífilis gestacional mantuvo la misma dinámica de incremento de los últimos seis años (2016 a 2020).

Durante el 2021 se confirmaron 238 (3,2 %) casos de sífilis gestacional que igualmente fueron confirmados para COVID-19, presentando un incremento entre las semanas epidemiológicas 12 a 29 de 2021 que coincide con el tercer pico epidemiológico de casos confirmados para COVID-19 durante la pandemia en Colombia (SE 15-29) (figura 3).

**Figura 3.** Casos confirmados para sífilis gestacional y COVID-19, Colombia, 2021



El 54,1 % de entidades territoriales que confirmaron casos para ambos eventos, superaron la prevalencia nacional de 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos. Las cinco entidades territoriales con las mayores prevalencias fueron Guainía, Amazonas, Quindío, Vaupés y Arauca (anexo 2).

En las variables sociales y demográficas, los grupos de edad con el mayor número de casos confirmados para ambos eventos fueron el de 25 a 29 años (29,3 %), seguido por el de 20 a 24 años (29,0 %). El 9,5 % no contaban con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al momento de la notificación para COVID-19. El 5,8 % de los casos pertenece al grupo étnico de negro, mulato o afrocolombiano. Frente al área de ocurrencia de los casos, el 6,7 % residen en área rural dispersa (anexo 3).

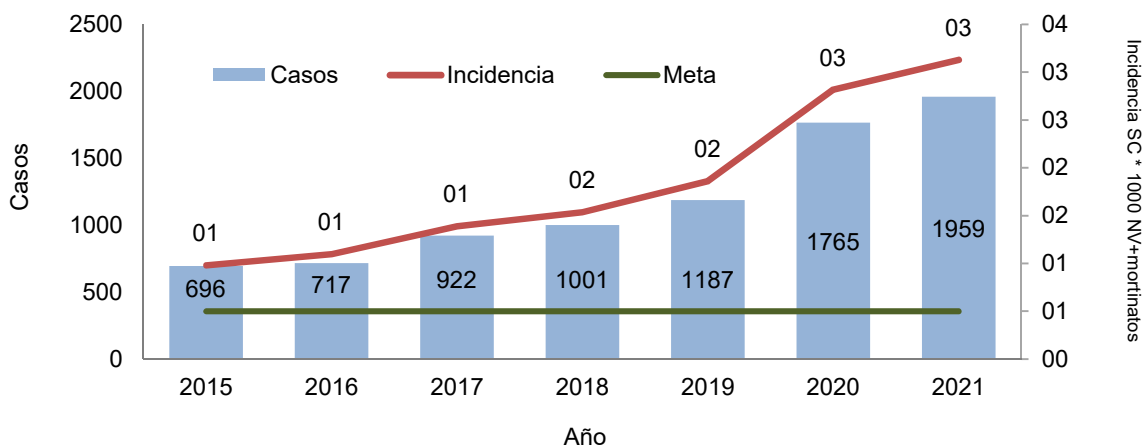
### 3.2. Sífilis congénita

Durante el 2021 se notificaron al Siviigila un total de 2 788 casos de sífilis congénita, de los cuales 1 658 casos fueron eliminados por diferentes criterios como no cumplimiento de la definición de caso (446), por tener residencia o procedencia del exterior (249) o por duplicidad (134), quedando al final con 1 959 casos que si cumplieron con la definición de caso establecida por protocolo de vigilancia para este análisis.

Teniendo en cuenta el comportamiento casos de sífilis congénita frente a la meta establecida (0,5 casos o menos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos), se observa que a partir del año 2015 se presenta incremento progresivo en el número de casos que cumplen con la definición y que a la vez se ve reflejado en el incremento de la incidencia anual, llegando a tener una incidencia en 2021 de 3,1 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos (figura 4).

El mayor incremento en la notificación fue de 181,5 % al comparar el 2021 contra el 2015 y el menor incremento fue de 11,0 % comparando contra el 2020. En promedio, el incremento en la incidencia anual es de 0,4 casos de sífilis congénita por 1 000 nacidos vivos más mortinatos (figura 4).

**Figura 4.** Casos confirmados y tasa de incidencia de sífilis congénita, Colombia, 2015 - 2021



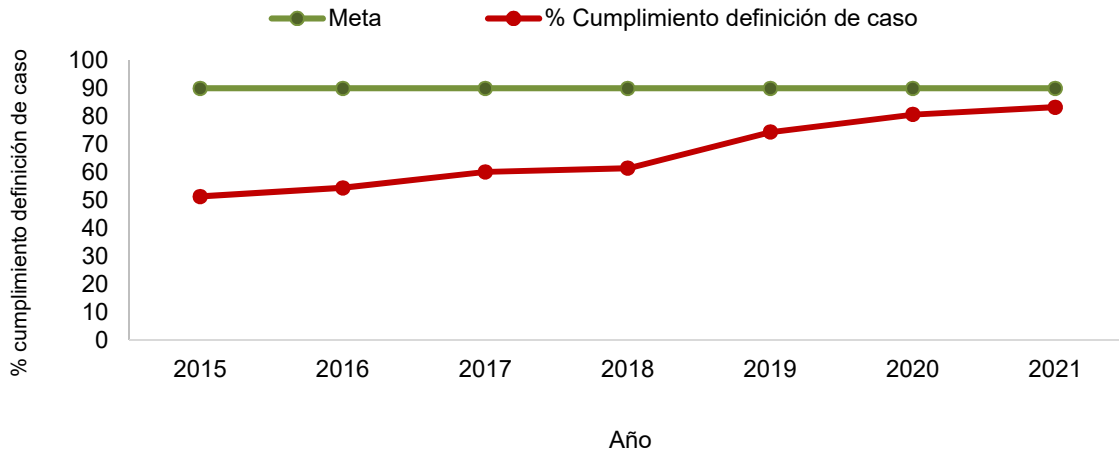
Por entidad territorial de residencia, el 52,8 % de los casos se concentró en Bogotá (10,6 %), Antioquia (9,2 %), Cartagena (6,2 %), La Guajira (5,8 %), Norte de Santander (5,5 %), Meta (5,4 %), Cundinamarca (5,3 %) y Santander (4,8 %). La incidencia nacional para el 2021 es de 3,1 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos de una meta de 0,5 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos. El 40,5 % (15/37) de las entidades territoriales superó la incidencia nacional y las que presentaron las más altas incidencias fueron Guainía, Arauca, Amazonas, Casanare, Cartagena, Buenaventura y Guaviare (tabla 5).

Las seis entidades territoriales con las incidencias más bajas y que se acercan al logro de la meta fueron Sucre (1,8), Huila (1,7), Valle del Cauca (1,6), Putumayo (1,5), Cauca (1,3) y Nariño (0,9). Las entidades territoriales que no confirmaron casos de sífilis congénita durante todo el 2021 fueron San Andrés y Providencia y Vaupés (tabla 5).

En el indicador de porcentaje de cumplimiento de la definición de caso por entidad territorial de notificación, se encontró que, de los 446 casos excluidos durante el proceso de depuración de la base, 54 casos tenían ajuste 6 o D, quedando un total de 392 casos que no cumplían con la definición para el evento, por lo anterior, de una meta de 90 % de notificación de casos que cumplan con la definición de caso establecida por protocolo de vigilancia, se alcanzó el 83,3 % (figura 5), (tabla 5).

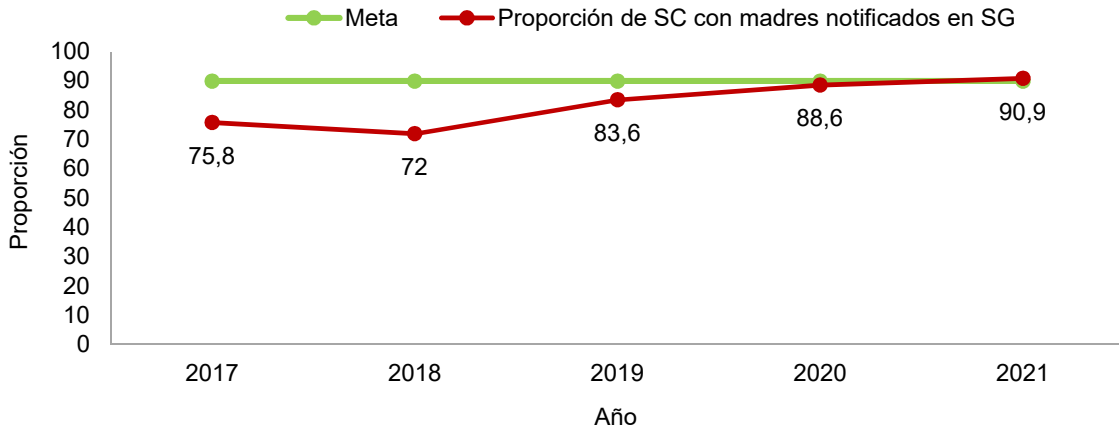
Las entidades territoriales de notificación que alcanzaron o superaron la meta (90 %) en la notificación de casos de sífilis congénita que si cumplen con la definición de caso establecida en el protocolo de vigilancia, fueron: Guaviare, Cesar, Arauca, Meta, Magdalena, Casanare, La Guajira y Cundinamarca (tabla 5).

**Figura 5.** Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso, Colombia, 2015 a 2021



El indicador de proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional, evalúa el cumplimiento en la notificación al Sivigila al verificar la correspondencia entre los casos de sífilis congénita con código 740 frente a las madres notificadas como sífilis gestacional con código 750. Para el 2021 el cumplimiento fue de 90,9 % de una meta del 90,0 % (figura 6).

**Figura 6.** Proporción de casos de sífilis congénita con madres notificados como sífilis gestacional, Colombia, 2017 a 2021



SC: sífilis congénita - SG: sífilis gestacional

Las entidades territoriales de residencia con la proporción de este indicador inferior a la nacional fueron 12, y aquellas entidades territoriales que no superaron la meta establecida (90 %) fueron: La Guajira, Santa Marta, Sucre, Tolima, Casanare, Nariño, Santander, Cauca, Antioquia y Valle del Cauca. Teniendo en cuenta que San Andrés y Vaupés no notificaron casos de sífilis congénita, no se les calculó este indicador (tabla 5).

**Tabla 5. Indicadores de vigilancia para sífilis congénita, por entidad territorial de residencia y notificación, Colombia, 2021**

Entidad Territorial (ET)	Incidencia de sífilis congénita		Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso		Proporción de casos de sífilis congénita con madres notificadas en sífilis gestacional	
	Casos sífilis congénita	Incidencia * (1000 NV + mortinatos) por ET de residencia	Casos sífilis congénita que NO cumplen definición	Porcentaje por ET de notificación	Casos de sífilis congénita con madres notificadas en sífilis gestacional	Proporción * (1000 NV + mortinatos) por ET de residencia
Amazonas	12	10,4	2	85,7	11	91,7
Antioquia	181	2,5	37	83,0	157	86,7
Arauca	59	14,1	5	92,2	55	93,2
Atlántico	52	2,8	18	74,3	47	90,4
Barranquilla	76	3,5	19	80,0	71	93,4
Bogotá	207	2,6	31	87,0	204	98,6
Bolívar	63	3,8	13	82,9	63	100,0
Boyaca	39	2,9	11	78,0	39	100,0
Buenaventura	32	7,2	6	84,2	31	96,9
Caldas	22	2,7	6	78,6	21	95,5
Caquetá	17	2,7	4	81,0	17	100,0
Cartagena	122	7,2	24	83,6	113	92,6
Casanare	54	8,7	6	90,0	43	79,6
Cauca	23	1,3	8	74,2	19	82,6
Cesar	49	2,1	4	92,5	49	100,0
Choco	52	6,0	7	88,1	48	92,3
Córdoba	55	2,2	13	80,9	52	94,5
Cundinamarca	104	3,0	12	89,7	104	100,0
Guainia	26	24,3	8	76,5	25	96,2
La Guajira	114	4,8	13	89,8	69	60,5
Guaviare	9	7,0	0	100,0	9	100,0
Huila	28	1,7	8	77,8	28	100,0
Magdalena	34	2,3	3	91,9	33	97,1
Meta	105	6,8	9	92,1	101	96,2
Nariño	15	0,9	3	83,3	12	80,0
Norte Santander	107	4,8	14	88,4	107	100,0
Putumayo	7	1,5	1	87,5	7	100,0
Quindío	14	2,6	6	70,0	14	100,0
Risaralda	25	2,5	13	65,8	23	92,0
San Andrés	0	0,0	NA	NA	NA	NA
Santander	95	3,6	23	80,5	77	81,1
Sta Marta D.E.	20	2,1	8	71,4	14	70,0
Sucre	25	1,8	9	73,5	18	72,0
Tolima	37	2,3	7	84,1	29	78,4
Valle del Cauca	68	1,6	37	64,8	60	88,2
Vaupés	0	0,0	NA	NA	NA	NA
Vichada	11	6,0	4	73,3	11	100,0
<b>Colombia</b>	<b>1 959</b>	<b>3,1</b>	<b>392</b>	<b>83,3</b>	<b>1 781</b>	<b>90,9</b>

NA: No aplica: sin casos confirmados.

NV: nacidos vivos

Fuente: Población DANE, cifras definitivas de 2020, publicadas el 8 de abril de 2022



En las variables sociales y demográficas, se observó que la diferencia de casos del sexo femenino frente al masculino es de 2,0 %, sin presentar diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,3782$ ). Al momento de la notificación el 67,4 % de los casos estaba afiliado SGSSS y el 56,4 % de los casos se concentró en el régimen subsidiado; se observó diferencia significativa entre el tipo de régimen en salud ( $p=0,0000001$ ) (tabla 6).

Según la identificación de los casos como integrantes a grupos étnicos legalmente reconocidos para Colombia, el 4,5 % pertenece al grupo étnico indígena y el 4,5 % al grupo de negro, mulato o afrocolombiano; se observó diferencia entre los grupos étnicos ( $p=0,0000001$ ). Por área de residencia, el 11,2 % de los casos de sífilis congénita reside en área rural dispersa y en general se observó diferencia estadísticamente significativa para esta variable ( $p=0,0000001$ ) (tabla 6).

**Tabla 6.** Comportamiento social y demográfico de sífilis congénita, Colombia, 2021

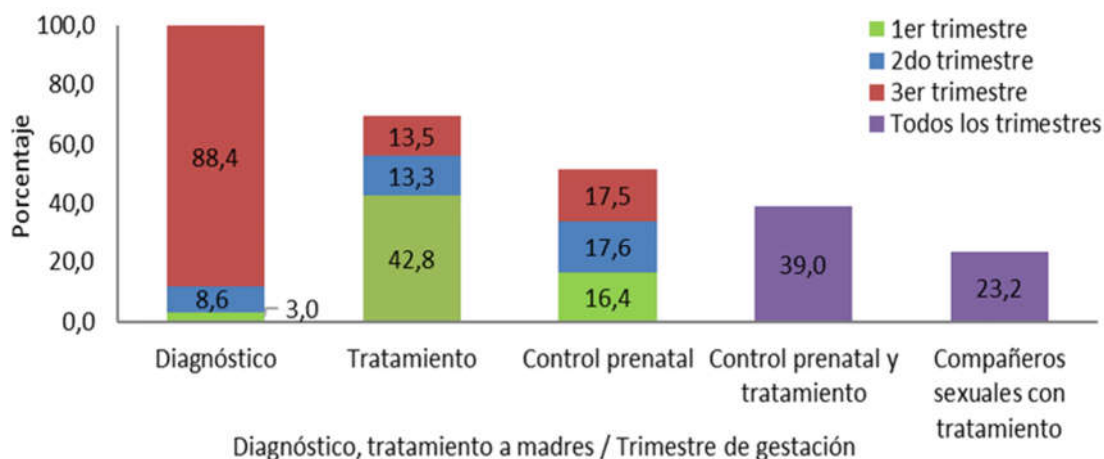
Variable	Categoría	Número de Casos	Porcentaje	Intervalo de confianza	p-valor
<b>Sexo</b>	Masculino	999	51	48,76 - 53,23	0.3782
	Femenino	960	49	46,77 - 51,24	
<b>Tipo de régimen</b>	Subsidiado	1104	56,4	54.15 - 58.54	< 0.0000001
	No asegurado	548	28	25.99 - 30.02	
	Contributivo	210	10,7	9.38 - 12.17	
	Indeterminado	90	4,6	3.71 - 5.61	
	Excepción	7	0,4	0.14 - 0.73	
	Otro	1779	90,8	89.45 - 92.05	
<b>Pertenencia étnica</b>	Indígena	89	4,5	3.66 - 5.56	< 0.0000001
	Negro, mulato afrocolombiano	88	4,5	3.618 - 5.505	
	ROM (gitano)	2	0,1	0.012 - 0.36	
	Palenquero	1	0,1	0.001 - 0.284	
<b>Área de ocurrencia</b>	Cabecera municipal	1568	80	78.2- 81.79	< 0.0000001
	Rural disperso	220	11,2	9.86 - 12.71	
	Centro poblado	171	8,7	7.51 - 10.07	

Frente a la clasificación final de los casos confirmados para sífilis congénita, el 58,5 % (1 148) se confirmó por nexo epidemiológico, el 33,6 % (659) se confirmó por laboratorio y el 7,8 % (152) por clínica.

En la atención y tratamiento que recibieron las madres de los 1 959 casos de sífilis congénita, el 88,4 % (1 731) registró antecedente de tratamiento en el último trimestre de gestación y el 69,6 % (1 363) recibió al menos una dosis de antibiótico como tratamiento. Independiente del trimestre de gestación, el 39,0 % (764) de las madres recibió atención de control prenatal y tratamiento y el 23,2 % (455) de los contactos sexuales de las madres recibió tratamiento para sífilis (figura 7).



**Figura 7.** Comportamiento de atención a las madres de los casos de sífilis congénita, Colombia, 2021



Del 100 % de casos, el 6,9 % (135) correspondió a mortinatos con tiempo de gestación mayor a 22 semanas. El 31,1 % (610) fueron casos de sífilis congénita en nacidos vivos pretérmino, es decir, con menos de 37 semanas de gestación. De las pruebas treponémicas realizadas para confirmar el diagnóstico de sífilis congénita, en el 94,4 % (1 849) de los casos se realizó prueba rápida, y en el 5,6 % (110) se realizó otro tipo de prueba.

Durante el 2021, se presentaron 135 casos (6,9 %) de sífilis congénita con condición final “muerto”, los cuales fueron analizados por las mesas técnicas de unidad de análisis de las entidades territoriales. La información analizada de estos casos se consolidó en los tableros de problemas cuyo objetivo principal es generar un insumo para la identificación de situaciones o problemáticas que llevan a los casos de sífilis congénita a un desenlace fatal, mediante el abordaje integral de las acciones empleadas desde el momento del diagnóstico hasta su condición final, permitiendo reconocer oportunidades de mejora y establecer estrategias del fortalecimiento de las políticas públicas en salud.

En el análisis de los tableros de problemas de casos de sífilis congénita fallecidos, se identificaron 1 263 problemas de los cuales los factores más frecuentes fueron prestación de servicios individuales (288), acciones de promoción y mantenimiento de la salud (287) y conocimientos actitudes y prácticas en salud (246). En el tipo de entidad responsable la más frecuente fue la EAPB con 408 problemas, IPS con 369 e individuo con 191.

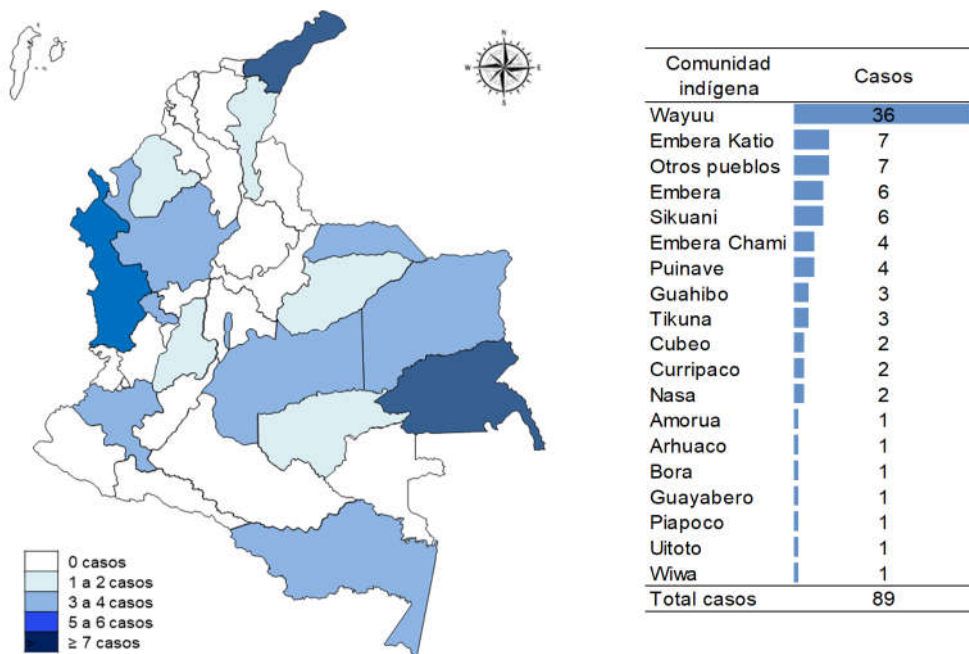
Se presentaron 835 problemas en región Andina, en el Caribe 298, en Orinoquia 83, en el Pacífico 38 y en Amazonía 9. El factor más frecuente en la región Andina y Pacífica fue la prestación de servicios individuales y en la región Caribe, Orinoquia y Amazonía fueron las acciones de promoción y mantenimiento de la salud. La situación problema más frecuente en región Andina y Pacífica fue el incumplimiento

de las acciones establecidas en las guías de atención clínicas, en la región Caribe fue el incumplimiento en las acciones de detección temprana, en Orinoquia fue el incumplimiento en acciones de demanda inducida y en Amazonia la carencia de estrategias para la gestión y articulación de beneficiarios a la oferta social del estado. El tipo de entidad responsable más frecuente fue la IPS en la región Andina y Pacífica, mientras que en la región Caribe, Orinoquia y Amazonia fue la EAPB.

## Sífilis congénita en población indígena

Durante el 2021 se confirmaron 89 casos de sífilis congénita en población indígena, con una prevalencia de 3,0 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en esta población. Para el indicador de proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificadas como sífilis gestacional, se obtuvo para la población indígena el 77,5 % de una meta de 90 %, con 69 casos de sífilis congénita de 88 que deberían tener la madre notificada en el evento de sífilis gestacional. Las comunidades indígenas en las que se presentó el mayor número de casos fueron Wayuu (42,7 %) con residencia en La Guajira, seguidos por los Embera Katio (7,9 %) con residencia en Risaralda, Chocó, Antioquia, Bogotá y Córdoba. Las entidades territoriales con el mayor número de casos por residencia fueron La Guajira (42,7 %), Guainía (10,1%) y Chocó (5,6 %) (imagen 3).

**Imagen 3.** Casos de sífilis congénita en población indígena. Colombia, 2021



Teniendo en cuenta la comparación de los RR entre la población indígena frente a otros grupos poblacionales, se observó que en 2021 no se presentó riesgo de adquirir sífilis congénita en este grupo poblacional, solo en 2020 se evidencia riesgo significativo de adquirir sífilis congénita en la población indígena (RR: 1; IC: 0,40–0,72; p= 0,000) (tabla 7).

**Tabla 7. Análisis bivariado de sífilis congénita en población indígena, Colombia, 2017 - 2021**

Año	Población	Sífilis		RR	Límite inferior	Límite superior	Valor p
		Si	No				
2017	Indígena	41	18 861	2	1,15	2,17	0,0071
	Población general	881	642 860				
2018	Indígena	49	24 330	1	0,99	1,76	0,0658
	Población general	952	625 998				
2019	Indígena	41	25 553	1	0,62	1,16	0,3739
	Población general	1 146	610 451				
2020	Indígena	46	29 345	1	0,40	0,72	0,0000
	Población general	1 719	594 803				
2021	Indígena	89	29 302	1	0,78	1,19	0,7892
	Población general	1 870	594 652				

### Sífilis congénita en población negro, mulato afrocolombiano

Durante el año 2021, se confirmaron 88 casos de sífilis congénita en el grupo poblacional de negro, mulato afrocolombiano, correspondiente al 4,5 % sobre el total de casos de sífilis congénita. La prevalencia es de 3,7 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos en esta población y de 0,1 casos sobre la población general. En 2021 se observó riesgo de enfermar por sífilis congénita al pertenecer a este grupo poblacional pero no significativo; se presentó riesgo significativo en 2017 y 2018 (RR: > 1; p=0,0000) (tabla 8).

**Tabla 8. Análisis bivariado de sífilis congénita en población negra, mulato o afrocolombiano, Colombia, 2017 - 2021**

Población	Población	Sífilis		RR	Límite inferior	Límite superior	Valor p
		Si	No				
2017	Negro, mulato, afrocolombiano	81	30 569	2,0	1,58	2,49	0,0000
	Otra población	841	631 152				
2018	Negro, mulato, afrocolombiano	74	28 530	1,7	1,37	2,2	0,0000
	Otra población	927	621 798				
2019	Negro, mulato, afrocolombiano	46	25 153	1,0	0,72	1,31	1,0000
	Otra población	1 141	610 851				
2020	Negro, mulato, afrocolombiano	64	23 652	1,0	0,74	1,22	0,8026
	Otra población	1 701	600 496				
2021	Negro, mulato, afrocolombiano	88	23 628	1,2	0,96	1,47	0,1091
	Otra población	1 871	600 326				

### Sífilis congénita y COVID-19

El comportamiento de casos confirmados para sífilis congénita durante la emergencia sanitaria por COVID-19 se mantuvo en incremento como se ha presentado en los últimos cinco años. Se confirmaron cinco casos para sífilis congénita que cursaron con COVID-19 en el mismo año sin que esto implique necesariamente la presencia de coinfección. La incidencia fue de 0,01 casos por 1 000 nacidos vivos más mortinatos. Las entidades territoriales de residencia de los casos confirmados para ambos eventos fueron Santa Marta (2), Cesar (1), Bogotá (1) y Cartagena (1).

## 4. Discusión

---

Desde el 2015 se observa incremento en los indicadores de prevalencia de sífilis gestacional y en la incidencia de sífilis congénita, que puede estar relacionado a la implementación y fortalecimiento a partir del 2015 de la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita, en la cual se incluyeron las definiciones de caso para la notificación al Sivigila y el algoritmo de diagnóstico (11).

Ante la tendencia de aumento de sífilis gestacional y sífilis congénita en algunos países de las Américas, la OPS hace un llamado a los Estados Miembros a reforzar las acciones de salud pública contra esta infección prevenible y curable que afecta a miles de personas cada año, por lo anterior, Colombia continúa fortaleciendo las políticas para la vigilancia, promoción y prevención de la sífilis gestacional y congénita, sin embargo, en los últimos años y especialmente durante el 2021 se ha presentado el mismo comportamiento que otros países en las Américas, con incremento en el número de casos confirmados y en los indicadores, afectando el cumplimiento de la meta de eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de la infección por el VIH y la sífilis congénita, alcanzando para el 2021 un total de 3,1 casos de una meta de 0,5 casos o menos por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos, actualmente renovados para cumplimiento al 2030 (12) (27).

Aunque hace más de medio siglo que se cuenta con recursos eficaces para la detección y el tratamiento de la sífilis, al 2017, solo ocho países y territorios de la Región de Las Américas han alcanzado la meta histórica al lograr la eliminación doble de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH y la sífilis congénita y Cuba fue el primer país a nivel mundial en recibir la certificación de la OMS en el año 2000 (13). Para que Colombia logre la meta establecida para la incidencia de sífilis congénita, se deben centrar los esfuerzos en favorecer el acceso temprano a la atención prenatal, aumentar la cobertura de diagnóstico de sífilis en los diferentes momentos de la gestación y trabajar en la eliminación de las barreras a la aplicación del tratamiento a la gestante y contactos sexuales en todos los niveles de atención (14), sin embargo, durante el 2021 en Colombia, solo se logró captar y diagnosticar en el primer trimestre a 3 810 (37,7 %) gestantes, de estas, sólo 3 784 (37,4 %) iniciaron control prenatal en el primer trimestre, y solo 5 536 (54,7 %) gestantes tuvieron tratamiento para contactos sexuales.

Otro de los factores que pueden estar contribuyendo a la persistencia de la sífilis congénita como problema de salud pública en las Américas continúa siendo la subnotificación, que se convierte en una limitación para conocer la dimensión real y actual del problema; la escasa sensibilización entre los formuladores de políticas de salud y los proveedores de estos servicios, y, por último, la falta de demanda por

parte de los usuarios (15). En Colombia, aunque se continúan fortaleciendo las competencias de los profesionales de salud en todos los niveles de atención frente a temas de diagnóstico, definiciones de caso, clínica, entre otros, para 2021 de un 100 % de casos de sífilis congénita que deberían tener la madre notificada como sífilis gestacional, se logró el 90,9 % alcanzando la meta, pero reflejando una subnotificación del 9,1 % de casos de sífilis gestacional.

En la vigilancia epidemiológica del evento de sífilis gestacional se tiene como objetivo principal el contribuir a la prevención y eliminación de la transmisión materno infantil, a través de la detección temprana de casos que cumplan con la definición para el evento, la búsqueda activa comunitaria e institucional de casos y el fortalecimiento de los conocimientos en los profesionales de salud sobre el cumplimiento de la GPC y el protocolo de vigilancia de sífilis gestacional y congénita (6). Frente al cumplimiento en las definiciones de caso, durante 2021 en Colombia, se tuvo un 1.1 % (139) de casos notificados para sífilis gestacional que no cumplieron con la definición de caso para el evento y un 16,0 % (446) de casos notificados para de sífilis congénita que no cumplieron con la definición establecida según el protocolo de vigilancia.

En América Latina y el Caribe según la OPS en el año 2009 aproximadamente 330 000 gestantes con prueba positiva para sífilis no recibieron tratamiento durante el control prenatal, como resultado nacieron 110 000 niños con sífilis congénita, y un número similar resultó en aborto espontáneo (3). Lo anterior demuestra la gravedad de la sífilis gestacional por estar directamente relacionada con la sífilis congénita, la aparición de casos de sífilis congénita pone de manifiesto deficiencias de orden tanto estructural como técnico en los servicios de salud. Aunque en América Latina y el Caribe la cobertura de la atención prenatal es aceptable (>50 %) la falta de detección y tratamientos sistemáticos de la enfermedad determinan que la sífilis gestacional siga siendo un problema de salud pública (14). En Colombia, durante el 2021, la situación de administración del tratamiento se vio reflejado con una pérdida del 15,9 % (1 604) de gestantes que debieron recibir tratamiento para la infección de un total de 10 117 casos confirmados.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2015 (16), existe alto desconocimiento sobre la existencia de ITS, del 18,6 % en mujeres de 13 a 49 años y del 16,4 %, en hombres del mismo grupo de edad, lo cual demuestra la necesidad de continuar fortaleciendo los programas de salud sexual y reproductiva desde la adolescencia. Frente al embarazo en adolescentes, el gobierno se planteó el compromiso de reducir para 2022, de 17,4 % a 15,2 % el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que son madres o están embarazadas (17) el logro de esta meta ayudará en la disminución de casos de sífilis gestacional y congénita en el país. En Colombia, la población adolescente de 14 a 19 años y confirmada

para sífilis gestacional ha venido disminuyendo en los últimos tres años, pasando de tener 23,4 % en 2019, 23,6 % en 2020 a tener el 22,8 % durante el 2021.

Se ha establecido la influencia de variables sociales, económicas, culturales y políticas, tanto en la adquisición y desarrollo de sífilis en poblaciones vulnerables, como en la efectividad de los protocolos de prevención, tratamiento y control (18). La edad, por ejemplo, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de ITS en adolescentes (19), evidenciado en las cifras de sífilis gestacional en Colombia para 2021, donde el 23,1 % de los casos se presentó en mujeres menores de 19 años.

En el marco de la pandemia por COVID-19, el estudio de Tarin et al, encontró que las medidas de distanciamiento y limitación de movilidad en España aparentemente generaron una disminución de la incidencia de ITS, situación que no ocurrió en Colombia ya que durante el 2021 se presentó el mismo comportamiento de incremento en la prevalencia de sífilis gestacional y en la incidencia de sífilis congénita que se viene presentando desde 2015 (20). El comportamiento en Colombia coincide con lo publicado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en el informe final del primer año de pandemia, donde referencian que Estados Unidos de América presentó incremento en la notificación de sífilis primaria y secundaria y de sífilis congénita (21).

En el estudio de Russell NK et al, en el que se realizó una revisión sistemática de la VIH, sífilis y hepatitis viral entre pueblos indígenas latinoamericanos y afrodescendientes de América Latina (62 documentos de 12 países), se observó una alta prevalencia en algunas comunidades indígenas de Paraguay (11,6 % y 9,7 %) y Perú (Chayahuita) (6,3 %) (22), (23). En Colombia, teniendo en cuenta el análisis realizado entre la población indígena y los demás grupos poblacionales, se observó que solo en 2017 se evidenció riesgo de adquirir sífilis gestacional en la población indígena, para los demás años incluido el 2021 no se observa mayor riesgo de enfermar en esta población. En el grupo de población negro, mulato afrocolombiano confirmados durante el 2021, se observó mayor riesgo de enfermar por sífilis gestacional que en el resto de la población (RR: 2,45; IC: 2,29–2,62; p= 0,000); este mismo comportamiento se observó para todos los años.



## 5. Conclusiones

---

Se presenta incremento significativo en los indicadores de prevalencia para sífilis gestacional y en la incidencia para sífilis congénita a partir del 2016 a 2021, como resultado de comparar el comportamiento observado de 2021 con el valor esperado que corresponde a la mediana de los últimos años (2016 a 2020).

El incremento en la confirmación y por tanto en la prevalencia de sífilis gestacional, especialmente en los dos últimos años, también está relacionado con la ampliación de los criterios para la realización de pruebas y tratamiento de sífilis gestacional y congénita, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el 2020.

El esfuerzo del sector salud, en especial desde la vigilancia epidemiológica por mejorar el cumplimiento de indicadores para los eventos de sífilis gestacional y congénita, se está viendo reflejado en el porcentaje de cumplimiento de definición de caso para sífilis congénita, por entidad territorial de notificación con un cumplimiento del 83,3 % de una meta del 90 %.

Comparado con los años anteriores, Colombia ha venido mejorando en el indicador de proporción de casos de sífilis congénita con madres notificadas en sífilis gestacional, por entidad territorial de residencia, alcanzando en 2021 un cumplimiento del 90,9 % de una meta de 90 %, siendo este año el único en el que se ha logrado cumplir la meta.

En el análisis de aseguramiento al SGSSS entre el 2019 y el 2021, se observa incremento en el porcentaje de casos no asegurados, pasando de tener para sífilis gestacional del 18,9 % al 27,7 % respectivamente, y para sífilis congénita se pasó del 30,1 % en 2019 al 32,6 % en 2021, lo anterior evidencia la falta de oportunidad en la detección oportuna, manejo y tratamiento de la infección en las gestantes como en sus contactos sexuales, dificultando el control de la enfermedad.

La información capturada durante la notificación al SiviGila no aportan información acerca del nivel socioeconómico y educativo de las gestantes, pero dado que el bajo nivel educativo y la pobreza son considerados factores de riesgo para adquirir ITS (18) (19), las intervenciones de seguimiento deben priorizarse en los grupos vulnerables.

Teniendo en cuenta la proporción de casos confirmados durante el 2021 de sífilis gestacional y congénita en grupos étnicos de indígenas y de negros, mulatos o afrocolombianos, se ve la necesidad de fortalecer la vigilancia nacional mediante la recolección y el análisis sistemáticos de las variables de etnicidad, realizar estudios bio-conductuales con estrategias sensibles para utilizar entre las diferentes culturas;

es necesario elaborar una política de respuesta de alcance regional que tenga en cuenta las necesidades de poblaciones indígenas y de afrodescendientes; y aplicar un enfoque intercultural de salud y prestación de servicios para eliminar las barreras de acceso a la salud para estas poblaciones (22) (23).

Observando el porcentaje de casos confirmados con residencia en área rural dispersa (10,3 % para sífilis gestacional y 11,2 % para sífilis congénita), preocupa el hecho de que las IPS ubicadas en áreas rurales tienden a tener menos acceso a recursos de salud pública, personal de salud reducido para el respectivo seguimiento de casos, además de contar con menos experiencia para el diagnóstico de la sífilis y más complejidad para abordarla por las costumbres conservadoras que existen en general en la comunidad, pero especialmente en área rural frente a temas de homosexualidad y las relaciones sexuales no matrimoniales.

Analizando el fenómeno migratorio, de los 10 117 casos de sífilis gestacional el 26,1 % (2 640) contaba con nacionalidad diferente a la colombiana y para sífilis congénita de 1 959 casos el 8,3 % (162), indicando que existe un gran porcentaje de población extranjera, que durante el 2021 tenía residencia en Colombia de más de seis meses continuos, motivo por el cual, estos casos hacen parte de los casos confirmados en este análisis y en el cálculo de indicadores. La dificultad que se presenta con la población extranjera se centra en que son población fluctuante, sin afiliación al SGSSS, sin seguimiento durante la gestación y por tanto sin tratamiento oportuno para la infección de sífilis, lo que lleva a que se incremente la incidencia de sífilis congénita y a que se afecte el cumplimiento de la meta nacional.



## 6. Recomendaciones

---

Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deben continuar fortaleciendo las actividades de demanda inducida, con el fin de organizar, incentivar y orientar a las gestantes hacia la utilización de los servicios, y la adherencia al control prenatal y tratamiento adecuado para evitar la sífilis congénita.

Los Laboratorios Departamentales de Salud Pública, deben fortalecer las capacidades del talento humano y realizar control de calidad a los profesionales de la salud de los municipios (médicos, enfermeros, bacteriólogos) en lo relacionado con el diagnóstico de sífilis (pruebas rápidas, toma de muestras, tipo de muestras, tipo de pruebas, condiciones para transporte).

Se recomienda a los Laboratorios Departamentales de Salud Pública, informar los resultados de los casos a las IPS y direcciones locales de salud para realizar las acciones necesarias con las gestantes y ajustar la información de los casos en Sivigila.

Se recomienda a las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, capacitar a los responsables de la vigilancia en los municipios, sobre el protocolo de vigilancia y lineamientos de sífilis gestacional y congénita.

Diseñar estrategias de comunicación para la comunidad, lideradas por las Secretarías Municipales y Locales de Salud, que promuevan la prevención de las ITS y la asistencia oportuna al control prenatal.

En las UPGD, se recomienda fortalecer el diligenciamiento completo y veraz de la ficha de notificación para los eventos y garantizar la oportuna notificación en el Sivigila.

Se recomienda a todos los niveles del sector salud, analizar y utilizar la información de la vigilancia publicada por el INS, para la toma de decisiones frente a la atención de casos a nivel individual o colectivo.

Para alcanzar el objetivo de reducir la incidencia de sífilis congénita, una de las principales recomendaciones es alcanzar una cobertura del 95 % o más en el diagnóstico y tratamiento oportuno de casos de sífilis en gestantes (23). Sin embargo, este porcentaje de cobertura está lejos de lograrse en muchos países de la Región (24), lo que genera que la incidencia de sífilis congénita aumente en algunos países (25).

## 7. Referencias

---

1. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51791/9789275321744\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51791/9789275321744_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
2. Organización Panamericana de la Salud. Sífilis [Internet] Consultado el 22/06/2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>
3. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de Transmisión Sexual. [Internet] 22 de noviembre de 2021. Consultado el 02 de agosto de 2022. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
4. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiane SG, et al. (2019) Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes— Estimates for 2016 and progress since 2012. PLoS ONE 14(2): e0211720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>
5. Pan American Health Organization. Epidemiological Review of Syphilis in the Americas, December 2021. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56085>
6. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Sífilis Gestacional y Congénita. versión 06. [Internet] 2022. <https://doi.org/10.33610/infoeventos.55>
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, D.C.: OPS; 2014
8. Ministerio de Salud y Protección Social; ETMI PLUS Colombia 2019-2030: Marco para la eliminación de la transmisión Materno infantil del VIH, la sífilis, la Hepatitis b y la enfermedad de Chagas. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2019-2030.pdf>
9. Instituto Nacional de Salud. Metodología de la operación de “estadísticas de Vigilancia de eventos de salud pública. Colombia. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/7-metodologia-de-la-operacion-estadistica-de-vigilancia-de-evento-de-salud-publica.pdf>
10. Resolución 008430 del 4 octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

11. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. [Internet]. 2014. [Actualizado agosto de 2014; citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IET/S/gpc%20%E2%80%933guia-completa-sifilis.pdf>
12. Ministerio de Salud y Protección Social; ETMI PLUS Colombia 2019-2030: Marco para la eliminación de la transmisión Materno infantil del VIH, la sífilis, la Hepatitis b y la enfermedad de Chagas. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/etmi-plus-colombia-2019-2030.pdf>
13. Ministerio de Salud y Protección Social Social. Etmi Plus Colombia, 2018-2021. 99-1689:9 (53;2017). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INT/OR/eliminacion-transmision-materno-infantil-vih-sifilis-chagas-hepetitib-etmi-colombia-2018.pdf>
14. Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS. Plan de intensificación para la eliminación de la sífilis congénita en Colombia. 2017. 7 p.
15. Valderrama, Julia, Zacarías, Fernando, Mazin, Rafael (2004) Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica; 16 (3) 211-217, set. 2004. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2004.v16n3/211-217/es>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS Colombia 2015. [Internet]. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C. 2015. [Revisado 2015; citado 22 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
17. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita: estrategia de monitoreo regional. 3. ed. [Internet]. Washington, D.C. 2014. [Actualizado 2014; citado 20 de junio de 2022]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31365/9789275318126\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31365/9789275318126_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Pinzón M, Mueses H, Galindo J. Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia. Revista Cubana Salud Pública. [Internet]. Vol. 39 No. 3. Ciudad de La Habana. Julio – septiembre de 2013. [Citado 19 de junio de 2022]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300006)
19. Aguilar P. Factores de riesgo de Sífilis en gestantes atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el año 2013. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Obstetricia. 2014. [Revisado 2014; citado 19 de junio de 2022]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3573>

20. Tarin-Vicente, E. J., Sendagorta Cudos, E., Servera Negre, G., Falces Romero, I., Ballesteros Martin, J., Martin-Gorgojo, A., Comunion Artieda, A., Salas Marquez, C., & Herranz Pinto, P. (2022). Infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el estado de alarma por la pandemia de COVID-19 en España [Sexually Transmitted Infections During the First Wave of the COVID-19 Pandemic in Spain]. *Actas dermo-sifiliograficas*, 113(2), 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.08.003>
21. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades – CDC. Nuevos datos parecen indicar que las ETS siguieron aumentando durante el primer año de la pandemia de COVID-19. Actualizado: miércoles, 12 de abril de 2022; citado 19 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p\\_las-ETS-aumentando\\_041222.html](https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_las-ETS-aumentando_041222.html)
22. Russell NK, Nazar K, del Pino S, Alonso Gonzalez M, Díaz Bermúdez XP, Ravasi G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43: e17. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.17>
23. Pan American Health Organization. Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas. Washington, D.C.: PAHO; 2017. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34306> Accessed 2021 Sep 21.
24. Pan American Health Organization. New Generations Free of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas Disease: EMTCT Plus in the Americas, 2018. Washigton: PAHO; 2019 [cited 2021 Sep 21]. 52 p. Available from: [www.paho.org](http://www.paho.org)
25. García-Cisneros S, Herrera-Ortiz A, Olamendi-Portugal M, Sánchez-Alemán MA. Re-emergence of syphilis in women of reproductive age and its association with the increase in congenital syphilis in Mexico during 2010-2019: an ecological study. *BMC Infect Dis*. 2021 Sep 23;21(1):992. doi:10.1186/s12879-021-06680-w

## 8. Anexos

Los indicadores de prevalencia para sífilis gestacional e incidencia para sífilis congénita se calculan con la última población DANE definitiva por cada 1 000 nacidos vivos más mortinatos. Para el 2021 se utilizó la población fija de 2020, publicada el 8 de abril de 2022.

**Anexo 1. Población DANE definitiva para 2020, nacidos vivos y mortinatos. Publicada el 8 de abril de 2022**

Entidad territorial de residencia	Nacidos vivos	Mortinatos	Total población
Amazonas	1133	17	1150
Antioquia	71783	706	72489
Arauca	4145	41	4186
Atlántico	18646	142	18788
Barranquilla	21361	184	21545
Bogotá	79322	979	80301
Bolívar	16621	154	16775
Boyacá	13396	127	13523
Buenaventura	4417	56	4473
Caldas	7936	68	8004
Caquetá	6280	55	6335
Cartagena	16795	196	16991
Casanare	6128	76	6204
Cauca	17779	226	18005
Cesar	23157	214	23371
Choco	8604	134	8738
Córdoba	24767	267	25034
Cundinamarca	34859	365	35224
Guainía	1051	18	1069
La Guajira	23562	322	23884
Guaviare	1270	7	1277
Huila	16811	132	16943
Magdalena	14755	142	14897
Meta	15350	133	15483
Nariño	16360	198	16558
Norte de Santander	22072	194	22266
Putumayo	4623	44	4667
Quindío	5432	51	5483
Risaralda	10039	81	10120
San Andres	759	6	765
Santander	26216	218	26434
Santa Marta	9287	82	9369
Sucre	14094	126	14220
Tolima	15984	132	16116
Valle del Cauca	42335	372	42707
Vaupés	672	15	687
Vichada	1801	31	1832
<b>Colombia</b>	<b>619 602</b>	<b>6 311</b>	<b>625 913</b>

Población DANE, cifras definitivas de 2020, publicadas el 8 de abril de 2022

**Anexo 2. Casos confirmados y prevalencia de sífilis gestacional y COVID-19, Colombia, 2021**

Entidad territorial de residencia	Número de casos de sífilis gestacional con COVID-19	Razón de prevalencia * (1000 nacidos vivos + mortinatos)
Amazonas	2	1,7
Antioquia	39	0,5
Arauca	6	1,4
Atlántico	13	0,7
Barranquilla	12	0,6
Bogotá	42	0,5
Bolívar	6	0,4
Boyacá	8	0,6
Buenaventura	5	1,1
Caldas	10	1,2
Caquetá	1	0,2
Cartagena	7	0,4
Casanare	5	0,8
Cauca	4	0,2
Cesar	10	0,4
Chocó	8	0,9
Córdoba	14	0,6
Cundinamarca	9	0,3
Guainía	2	1,9
La Guajira	10	0,4
Guaviare	0	0,0
Huila	8	0,5
Magdalena	6	0,4
Meta	7	0,5
Nariño	2	0,1
Norte de Santander	14	0,6
Putumayo	2	0,4
Quindío	8	1,5
Risaralda	5	0,5
San Andrés	1	1,3
Santander	18	0,7
Santa Marta	5	0,5
Sucre	6	0,4
Tolima	7	0,4
Valle del Cauca	24	0,6
Vaupés	1	1,5
Vichada	1	0,5
<b>Colombia</b>	<b>328</b>	<b>0,5</b>

Fuente: Población DANE, cifras definitivas de 2020, publicadas el 8 de abril de 2022

**Anexo 3. Características sociales y demográficas de sífilis gestacional y COVID-19, Colombia, 2021**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Porcentaje</b>
Grupo de edad	<14 años	1	0,3
	14 a 19 años	45	13,7
	20 a 24 años	95	29
	25 a 29 años	96	29,3
	30 a 34 años	51	15,5
	35 a 39 años	28	8,5
	40 a 44 años	11	3,4
	45 años y más	1	0,3
Tipo de régimen	Subsidiado	167	50,9
	Contributivo	129	39,3
	No asegurado	30	9,1
	Indeterminado	1	0,3
	Especial	1	0,3
Pertenenencia étnica	Otro	301	91,8
	Negro, mulato afrocolombiano	19	5,8
	Indígena	6	1,8
	Rom-Gitano	1	0,3
	Raizal	1	0,3
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	286	87,2
	Rural disperso	22	6,7
	Centro poblado	20	6,1