



Gobernación de
Cundinamarca

INFORME ANUAL DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA 2025



Salud

Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

[f/CundiGob](#) [@CundinamarcaGob](#)

www.cundinamarca.gov.co



Gobernación de
Cundinamarca

**COMPORTAMIENTO DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA 2025
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA**

Neidy Adriana Tinjacá Rueda

Secretaria de Salud

Liliana Sofia Cepeda

Directora de Salud Pública



Salud

Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

[f/CundiGob](#) [@CundinamarcaGob](#)

www.cundinamarca.gov.co



Gobernación de
Cundinamarca

Subdirección de Vigilancia en Salud Pública

Aprobado por: Fabian Camilo Salgado Escobar
Subdirector de vigilancia en Salud Pública

Elaborado por: Ivonne Organista Insuasti
Médico Epidemiólogo referente del evento



Salud

Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

/CundiGob @CundinamarcaGob

www.cundinamarca.gov.co



1. INTRODUCCION

La sífilis es una enfermedad infecciosa bacteriana causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, de curso crónico y compromiso sistémico, que evoluciona a través de diferentes etapas clínicas con manifestaciones específicas. Se clasifica como una infección de transmisión sexual (ITS) y se transmite principalmente por contacto sexual directo con lesiones infecciosas; adicionalmente, puede transmitirse de manera vertical de la madre al feto durante el embarazo, el parto o el puerperio, ocasionando sífilis congénita, una condición prevenible pero con graves consecuencias perinatales cuando no se detecta y trata de forma oportuna (Instituto Nacional de Salud [INS], 2024).

La sífilis gestacional y congénita constituye un evento prioritario de salud pública a nivel mundial, regional y nacional, debido a su impacto sobre la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En América Latina y el Caribe, la transmisión materno infantil de la sífilis continúa representando un desafío significativo, dado que puede generar desenlaces adversos hasta en el 80 % de los casos no tratados, incluyendo aborto espontáneo, muerte fetal, parto pretérmino, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, discapacidad y muerte neonatal. Estas complicaciones ocurren a pesar de que la enfermedad cuenta con herramientas diagnósticas sencillas y tratamientos costo-efectivos, como el tamizaje serológico oportuno y el uso de penicilina benzatínica (OPS/OMS, 2022; INS, 2024).

En Colombia, la sífilis gestacional y congénita permanece como un “evento intolerable en salud pública”, según los lineamientos nacionales, debido a su carácter prevenible y a la persistencia de fallas estructurales en la atención prenatal, el inicio tardío del control prenatal, la captación tardía de gestantes, el tratamiento incompleto o inoportuno y las limitaciones en el seguimiento clínico y epidemiológico del binomio madre-hijo. A pesar de los esfuerzos institucionales, el país no ha logrado alcanzar la meta regional de eliminación definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), establecida en una incidencia de $\leq 0,5$ casos por cada 1.000 nacidos vivos, compromiso asumido por Colombia en el marco de la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (ETMI-Plus) 2019–2030 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020; INS, 2024).

En el departamento de Cundinamarca, la situación epidemiológica refleja de manera clara esta brecha frente a las metas de eliminación. **De acuerdo con el Lineamiento para la Estrategia de Plan de Choque, con corte al periodo epidemiológico V del año**





2025, se reportó una incidencia de sífilis congénita de 2,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos, cifra que supera ampliamente el estándar nacional e internacional y que evidencia la necesidad urgente de fortalecer la respuesta territorial. Este escenario ha motivado la adopción de un plan de choque departamental, orientado a optimizar la ruta integral de atención materno-perinatal, garantizar el tamizaje universal en los momentos establecidos del embarazo, asegurar el tratamiento inmediato y completo de las gestantes diagnosticadas y sus parejas sexuales, y fortalecer el seguimiento clínico y la vigilancia epidemiológica del recién nacido expuesto (Secretaría de Salud de Cundinamarca, 2025).

En concordancia con la normatividad vigente, incluyendo la Resolución 3280 de 2018, la Resolución 229 de 2020 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031, el Plan de Choque para la Reducción de la Sífilis Gestacional y Congénita en Cundinamarca se enmarca en los principios de la Estrategia ETMI-Plus, promoviendo un enfoque territorial, diferencial, de derechos humanos, género e interculturalidad. Este esfuerzo busca no solo reducir la incidencia del evento, sino también cerrar brechas de acceso, mejorar la calidad de la atención, fortalecer las capacidades del talento humano en salud y consolidar sistemas de información y monitoreo que permitan una toma de decisiones oportuna, con el objetivo final de avanzar hacia la eliminación de la sífilis congénita como problema de salud pública en el departamento para el año 2030 (Secretaría de Salud de Cundinamarca, 2025; INS, 2024).

Instituto Nacional de Salud. (2024). *Protocolo de vigilancia en salud pública de sífilis gestacional y congénita* (Versión 7). <https://doi.org/10.33610/CWUE8188>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Estrategia Nacional ETMI-Plus Colombia 2019–2030*. <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 3280 de 2018*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Decenal de Salud Pública 2022–2031*.

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2022). *Criterios para la validación de la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis*.

Secretaría de Salud de Cundinamarca. (2025). *Lineamiento para la Estrategia de Plan de Choque para la Reducción de la Sífilis Gestacional y Congénita*. Gobernación de Cundinamarca.





2. METODO

Se realizó un análisis descriptivo a partir de la información recolectada a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), correspondiente a las notificaciones efectuadas por las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) del departamento de Cundinamarca. La población de estudio estuvo conformada por las pacientes notificadas con sífilis gestacional y los casos de sífilis congénita registrados en las fichas epidemiológicas 740 y 750, así como por los reportes de laboratorio asociados a dichos eventos. Para las variables categóricas se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y se estimaron tasas de incidencia y razones de prevalencia, según correspondiera.

El análisis de las bases de datos derivadas de las estrategias de notificación individual se realizó utilizando Microsoft Excel. La caracterización del evento en persona se efectuó mediante el análisis de las variables sociodemográficas de los casos notificados, mientras que la caracterización en tiempo y lugar se basó en la semana epidemiológica de notificación y en la entidad territorial de residencia de las pacientes.

Desde el punto de vista ético, el estudio se clasificó como una investigación sin riesgo, dado que se basó en el análisis de fuentes secundarias de información oficial y no se realizaron intervenciones ni contacto directo con las pacientes. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos, en cumplimiento de la normatividad ética vigente en Colombia para la investigación en salud, particularmente la Resolución 8430 de 1993, asegurando el uso exclusivo de la información con fines epidemiológicos y de salud pública.

Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1993). *Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*.
<https://www.minsalud.gov.co>





3. SÍFILIS GESTACIONAL

El presente análisis se desarrolló de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud para la implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita (Ministerio de Salud, 2014). Dicha guía, adoptada mediante lineamientos emitidos el 28 de noviembre de 2015, estableció como fecha de cierre del período de transición para la aplicación de las nuevas definiciones operativas de caso el 30 de septiembre de 2015.

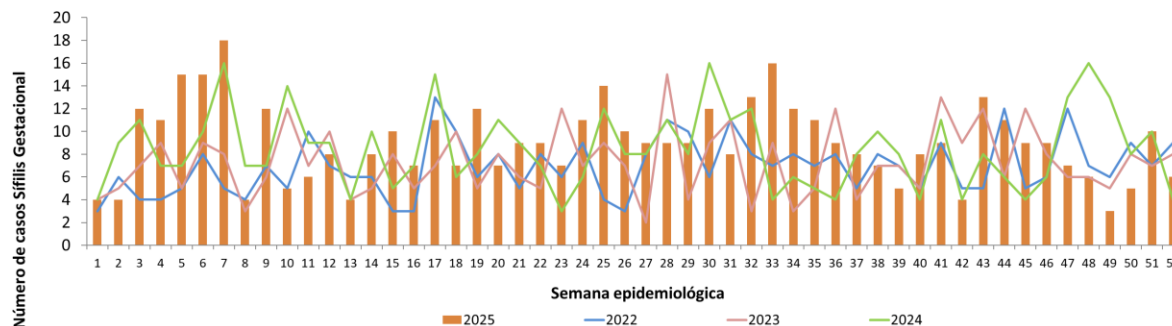
En el departamento de Cundinamarca, durante el año 2025, se notificaron 473 casos confirmados de sífilis gestacional, de acuerdo con la definición operativa de caso por residencia. Esto corresponde a un promedio de nueve casos por período epidemiológico, en comparación con el año 2024, en el que se registró un promedio de ocho casos por período. Los períodos epidemiológicos II, VII, VIII, IX y VIII fueron los que concentraron el mayor número de casos notificados, con 52, 42, 42 y 48 casos, respectivamente como se evidencia en la siguiente gráfica.

A través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de Cundinamarca se notificó el 85 % (403) de los casos registrados, mientras que el 15 % (70) restante fue reportado por Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) pertenecientes a otros departamentos. Al comparar la notificación del evento entre los años 2024 y 2025, se evidenció un incremento del 3,6 %, equivalente a 17 casos adicionales.





GRÁFICA 1. COMPORTAMIENTO EVENTO SÍFILIS GESTACIONAL POR SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS, CUNDINAMARCA 2025.



Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2022–2025pr

Magnitud en Lugar y Persona

Durante el año 2025, en el departamento de Cundinamarca, de los 473 casos de sífilis gestacional notificados, el 31,7 % se concentró en el municipio de Soacha, con un total de 150 casos, lo que representa la mayor carga del evento. En comparación con el año 2024, cuando se notificaron 139 casos en este municipio, se evidenció un incremento en la notificación. Le siguieron Fusagasugá con el 8 % (38 casos), Mosquera con el 7 % (33 casos), Madrid con el 5,5 % (26 casos), y los municipios de Facatativá y Girardot, cada uno con el 4 % (19 casos).

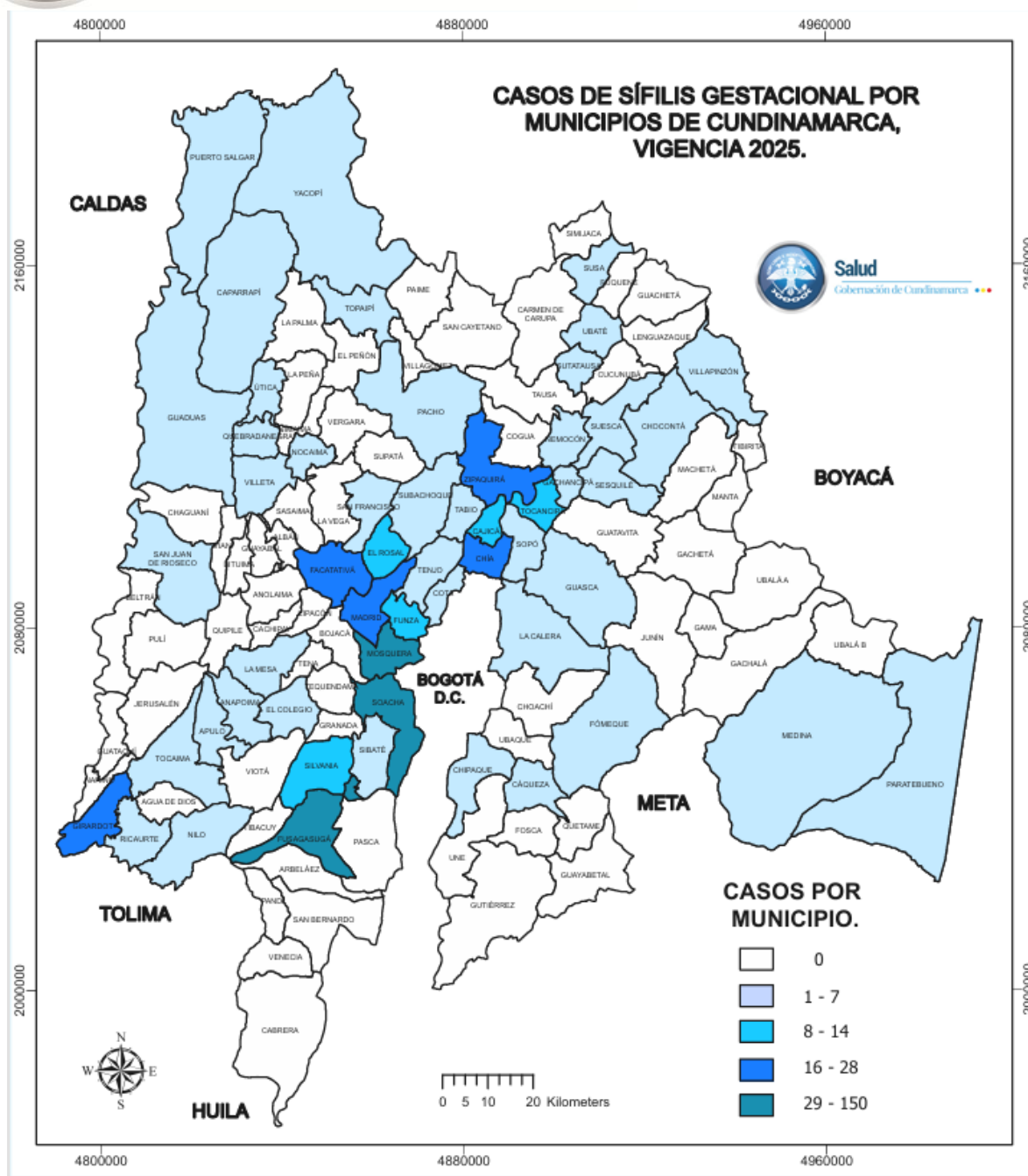
Los municipios anteriormente mencionados también ocuparon, durante el año 2024, los primeros cinco lugares en cuanto al número de casos notificados. Asimismo, es importante señalar que los mismos 61 municipios que reportaron casos de sífilis gestacional en 2024 también registraron casos en 2025, lo cual se evidencia en los mapas de distribución geográfica del evento.

FIGURA 1. MAPA CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL, CUNDINAMARCA, AÑO 2025.





Gobernación de Cundinamarca



Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025pr

FIGURA 2. MAPA COMPARATIVO CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL, CUNDINAMARCA, AÑO 2024 Y 2025.



Salud

Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

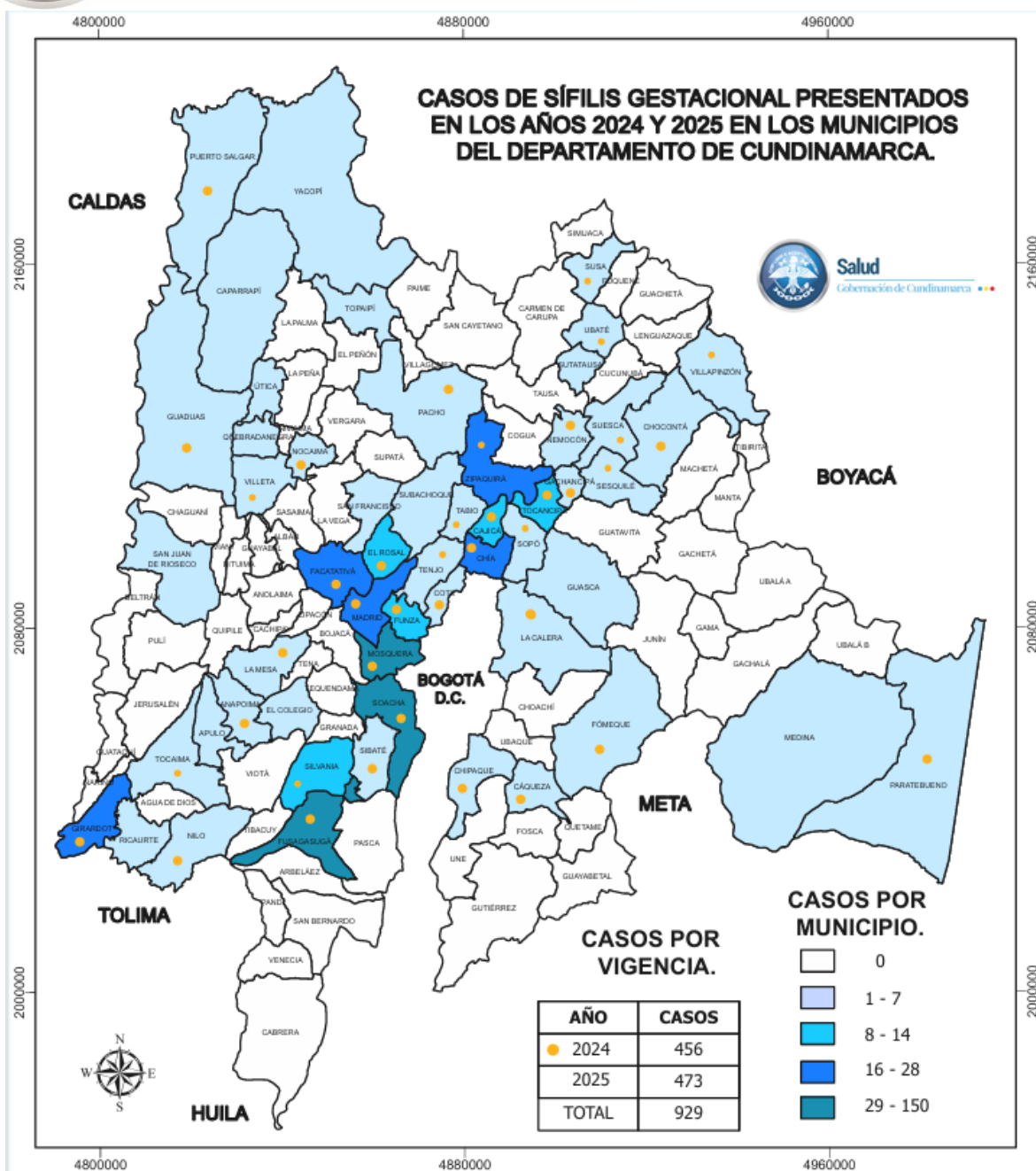
Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

[f/CundiGob](#) [x/CundinamarcaGob](#)

www.cundinamarca.gov.co



Gobernación de Cundinamarca



Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025pr

Para el año 2025, la razón de prevalencia estimada para el departamento fue de 18 casos por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos, lo que representa una ligera



Salud
Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

[f/CundiGob](#) [x/CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



disminución en comparación con el año 2024, cuando se registró una razón de 19 casos por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL, MUNICIPIO DE RESIDENCIA, AÑO 2025, CUNDINAMARCA.

Municipio	N° de Casos	Porcentaje	Nacidos vivos (NV)+Mortinatos RUAF 2025 pr	Razón de prevalencia por 1000 nv	Municipio	N° de Casos	Porcentaje	Nacidos vivos (NV)+Mortinatos RUAF 2025 pr	Razón de prevalencia por 1000 nv
SOACHA	150	31,71	5884	25,49	SOPO	3	0,63	179	16,76
FUSAGASUGA	38	8,03	1068	35,58	VILLETA	3	0,63	213	14,08
MOSQUERA	33	6,98	1411	23,39	CAQUEZA	2	0,42	199	10,05
MADRID	26	5,50	1755	14,81	SUBACHOQUE	2	0,42	131	15,27
FACATATIVA	19	4,02	1473	12,90	EL COLEGIO	2	0,42	148	13,51
GIRARDOT	19	4,02	922	20,61	GACHANCIPA	2	0,42	241	8,30
CHIA	17	3,59	1338	12,71	YACOPI	2	0,42	47	42,55
ZIPAQUIRA	15	3,17	1561	9,61	EL COLEGIO	2	0,42	148	13,51
TOCANCIPA	14	2,96	711	19,69	SAN JUAN DE RIO SECO	2	0,42	37	54,05
SILVANIA	11	2,33	135	81,48	QUEBRADANEGRA	2	0,42	9	222,22
FUNZA	10	2,11	830	12,05	CHIPAQUE	2	0,42	79	25,32
EL ROSAL	10	2,11	422	23,70	SUESCA	2	0,42	186	10,75
CAJICA	8	1,69	771	10,38	PARATEBUENO	1	0,21	100	10,00
SESQUILE	6	1,27	130	46,15	SUSA	1	0,21	55	18,18
COTA	6	1,27	297	0,00	NOCAIMA	1	0,21	31	32,26
TENJO	5	1,06	240	20,83	SAN JUAN DE RIO SECO	1	0,21	37	27,03
CHOCONTA	5	1,06	205	24,39	SUTATAUSA	1	0,21	45	22,22
FOMEQUE	4	0,85	90	44,44	TOPAIPÍ	1	0,21	10	100,00
TABIO	4	0,85	224	17,86	SAN FRANCISCO	1	0,21	73	13,70
NEMOCON	4	0,85	187	21,39	RICAURTE	1	0,21	86	11,63
UBATE	4	0,85	476	8,40	VILLAPINZON	1	0,21	212	4,72
GUADUAS	4	0,85	133	30,08	RAFAEL REYES (APULO)	1	0,21	44	22,73
LA CALERA	3	0,63	281	10,68	UTICA	1	0,21	12	83,33
LA MESA	4	0,85	218	18,35	NILO	1	0,21	44	22,73
SIBATE	4	0,85	256	15,63	CAPARRAPÍ	1	0,21	58	17,24
GUASCA	3	0,63	157	19,11	ANAPOIMA	1	0,21	97	10,31
LA MESA	4	0,85	218	18,35	CUNDINAMARCA	473	100,00	26768	17,67
PUERTO SALGAR	2	0,42	118	16,95					

Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025

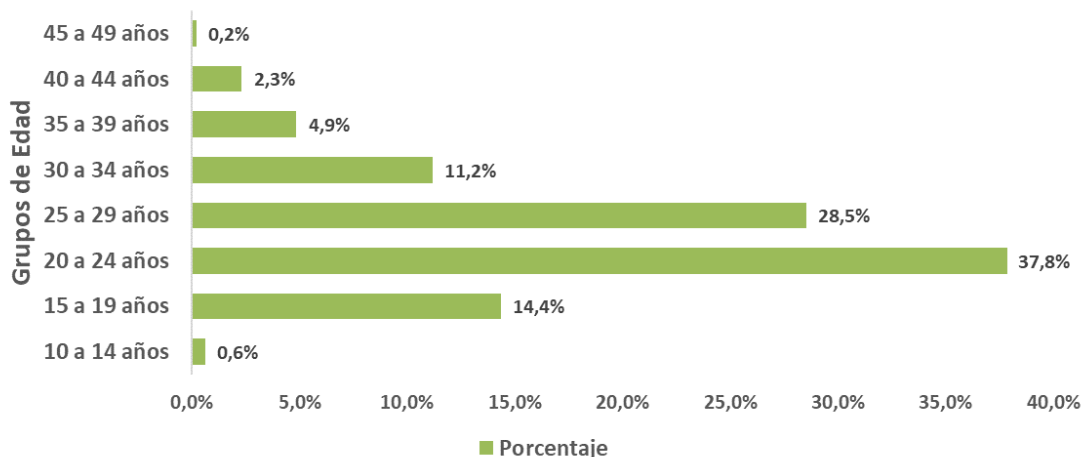
Al analizar la distribución de los casos por grupos quinquenales de edad, se identificó que la mayor proporción de diagnósticos de sífilis gestacional se presentó en las mujeres de 20 a 24 años, quienes concentraron el 37,8 % de los casos, seguidas por el grupo etario de 25 a 29 años, con el 28,5 %.

GRÁFICA 2. PROPORCIÓN CASOS SÍFILIS GESTACIONAL POR GRUPOS QUINQUENALES, CUNDINAMARCA, AÑO 2025.





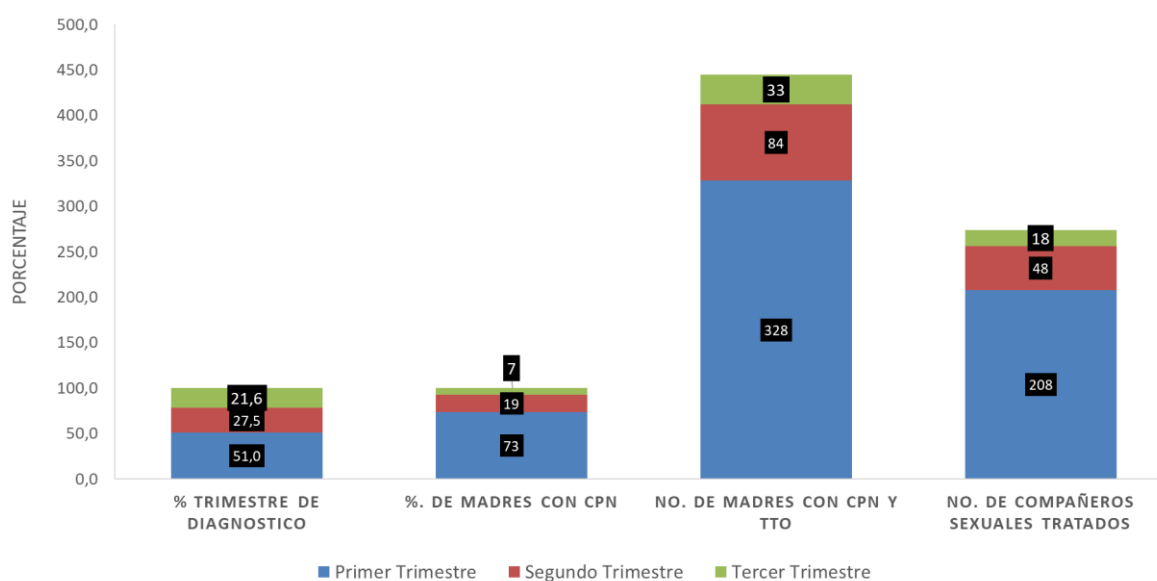
Gobernación de Cundinamarca



Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 3280 de 2018 en relación con la oportunidad en el inicio del control prenatal, se observó que en el año 2025 el 51 % de los casos de sífilis gestacional fueron diagnosticados durante el primer trimestre de la gestación, lo que representa un aumento en comparación con el año 2024, cuando esta proporción fue del 46,7 %.

Grafica 3. Atención de casos de sífilis gestacional, Cundinamarca 2025.



Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

[f/CundiGob](#) [X/CundinamarcaGob](#)

www.cundinamarca.gov.co



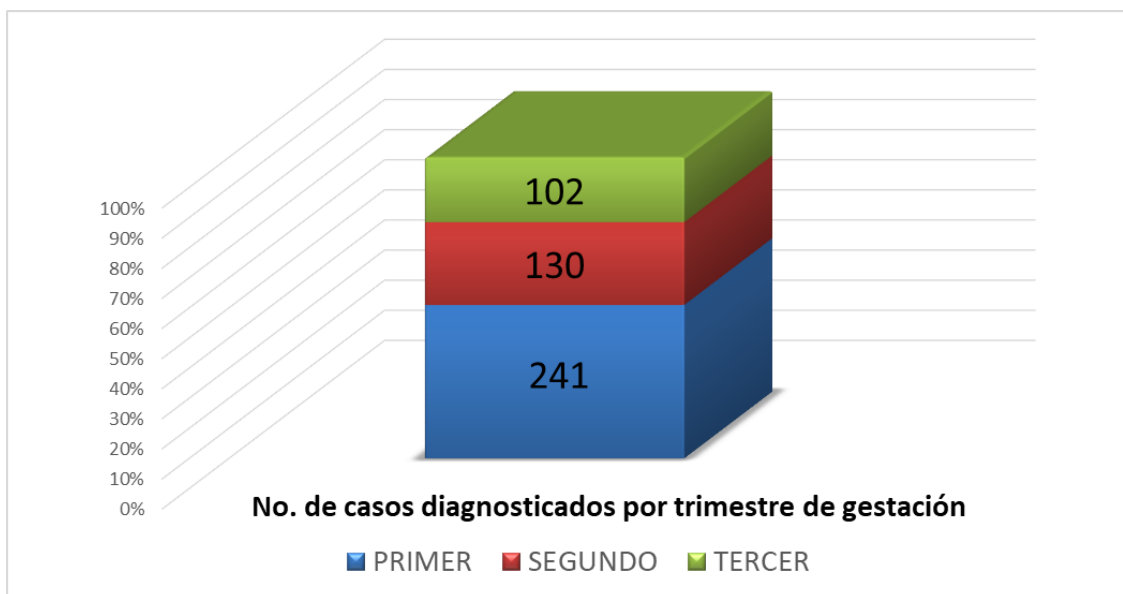
Salud

Gobernación de Cundinamarca



En cuanto a la condición al momento del diagnóstico, el 94 % (445 casos) fueron notificados durante el embarazo. De estos, el 73,3 % (347 casos) correspondió a gestantes que asistieron al primer control prenatal. No obstante, únicamente el 47 % (222 casos) inició el tratamiento de manera oportuna en el primer trimestre, mientras que el 53 % restante (251 casos) lo hizo de forma tardía.

Gráfica 4. Casos con prueba treponémica Sífilis gestacional, Cundinamarca 2025.



Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025

En el 51 % (241 casos) de las gestantes, la prueba treponémica se realizó durante el primer trimestre de la gestación; el 27,5 % (130 casos) fue diagnosticado en el segundo trimestre y el 21,6 % (102 casos) en el tercer trimestre. En cuanto al manejo terapéutico, el 28 % (132 casos) de las gestantes recibió un tratamiento adecuado, definido como la administración de tres dosis completas de acuerdo con los lineamientos establecidos.





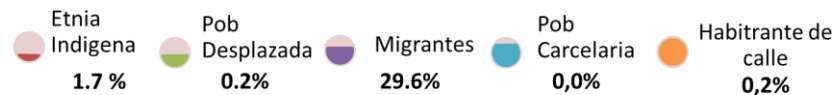
Respecto al tratamiento de los contactos sexuales, este fue registrado únicamente en el 58 % (274 casos) de los eventos notificados, lo que evidencia una brecha en la implementación integral de las acciones de control y prevención del evento.

Otras variables de interés

En el departamento de Cundinamarca el 29,6% (140 casos) de la población vulnerable con diagnóstico de Sífilis gestacional correspondió a población migrante, lo que representa un dato relevante teniendo en cuenta el acceso a servicios de salud, seguimientos y administración del medicamento. En cuanto a pertenecía étnica el 1.6% (1 caso) pertenece a población indígena.

De acuerdo con el área de residencia, se evidenció que el 70,4 % (333 casos) de las gestantes notificadas con sífilis gestacional residía en cabecera municipal, el 1,7 % (8 casos) en centros poblados y el 13 % (62 casos) en zonas rurales dispersas.

Grafica 5. Proporción de población vulnerable con sífilis gestacional 2025, Cundinamarca.



Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025

En cuanto a la afiliación al régimen en salud el 42.5% (201) de los casos notificados durante el año 2025 pertenecen al régimen contributivo, seguido por el 40% (189) perteneciente al régimen subsidiado y la población no asegurada con el 16,7% (79).

TABLA 2. TIPO DE RÉGIMEN DE AFILIACIÓN SÍFILIS GESTACIONAL, CUNDINAMARCA, AÑO 2025.





Tipo de Regimen	No de Casos	Porcentaje
CONTRIBUTIVO	201	42,5
SUBSIDIADO	189	40,0
EXCEPCION	3	0,6
INDERTERMINADO	1	0,2
NO ASEGURADO	79	16,7
TOTAL	473	100

Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025.

Comportamiento de los indicadores: Razón de prevalencia de Sífilis Gestacional

La razón de prevalencia de Sífilis gestacional estimada para el departamento de Cundinamarca en el 2025 es de 18 casos x 1.000 nacidos vivos + mortinatos de acuerdo a datos preliminares por RUAF ND para el 2025.



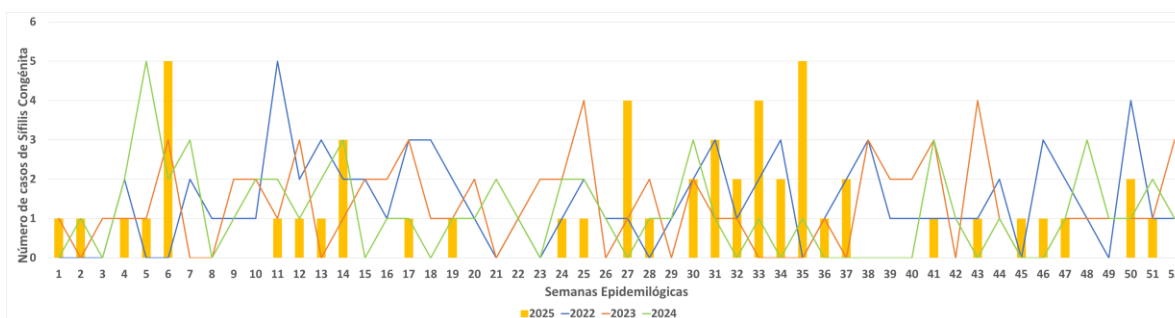


4. SÍFILIS CONGÉNITA

El presente análisis se desarrolló de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y del Instituto Nacional de Salud para la implementación de la Guía de Práctica Clínica para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita (Ministerio de Salud, 2014). Dicha guía fue adoptada mediante lineamientos emitidos el 28 de noviembre de 2015, estableciendo como fecha de finalización del período de transición para la aplicación de las nuevas definiciones operativas de caso el 30 de septiembre de 2015.

Durante el año 2025, con corte a la semana epidemiológica 52, se notificaron 54 casos de sífilis congénita en hijos de madres residentes en el departamento de Cundinamarca que cumplieron con la definición operativa de caso. Los períodos epidemiológicos VIII y IX concentraron el mayor número de casos notificados, con siete y doce casos, respectivamente. Del total de casos, el 63 % (34) fue notificado a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de Cundinamarca, mientras que el 37 % (20) restante fue reportado por Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) pertenecientes a otros departamentos. Al comparar con el mismo período del año 2024, en el que se notificaron 58 casos, se evidenció una tendencia al descenso en la notificación de sífilis congénita durante 2025.

Gráfica 6. Comportamiento evento Sífilis congénita, Cundinamarca, hasta la semana epidemiológica 52 año 2025.



Fuente: Elaboración propia. SIVIGILA 2022 – 2025





Magnitud en Lugar y Persona

Hasta la semana epidemiológica 52 del año 2025 los municipios en donde se concentra la mayoría de los casos son Soacha con el 40,7% (22 casos) que comparado con el 2024 fue de 27,6 % (16 casos) el cual sigue reportando la mayor carga de la enfermedad, seguido por Mosquera con el 9,26% (5 casos), Zipaquirá y Tocancipá con 5,56% (3 casos). Para el Departamento la incidencia durante el 2025 fue de 2 casos por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos que comparada con el año 2024 tuvo un descenso (2,5 casos por 1.000 nacidos vivos más mortinatos).

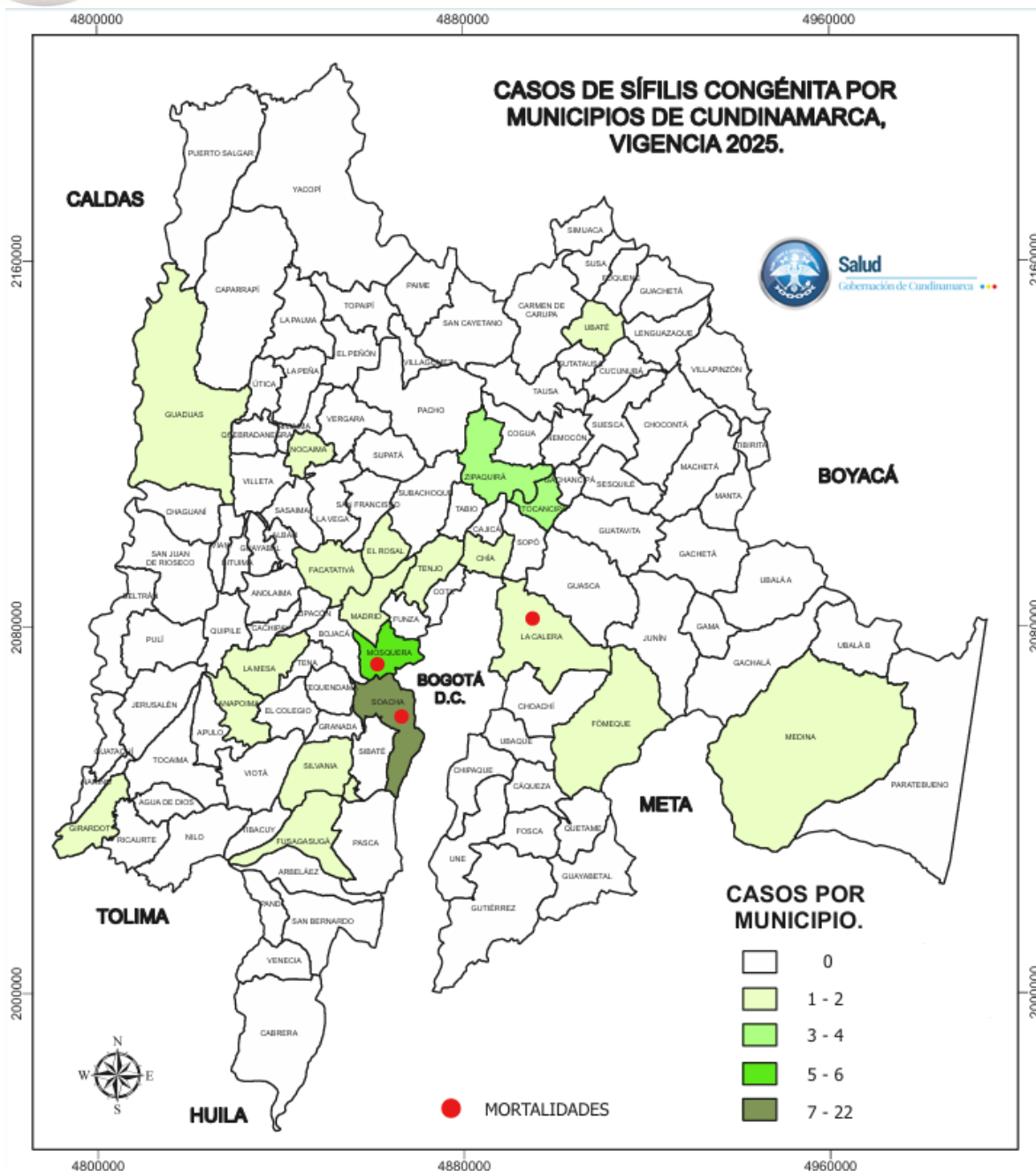
Por otra parte, durante el proceso de depuración semanal de las bases de datos se identificaron tres casos de sífilis congénita con fecha de defunción, a los cuales se les realizó unidad de análisis departamental. Como resultado de este análisis, se determinó que dos casos, correspondientes a los municipios de La Calera y Mosquera, se clasificaron como mortalidad por sífilis congénita, mientras que un caso correspondiente al municipio de Soacha fue catalogado como no concluyente.

FIGURA 3. MAPA CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA, CUNDINAMARCA, AÑO 2025.





Gobernación de Cundinamarca



Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025pr

Al realizar la comparación entre los años 2024 y 2025, se evidenció que los municipios que ocuparon los primeros cuatro lugares en cuanto al número de casos notificados se mantuvieron similares en ambos años, situación que se observa de manera consistente en los mapas de distribución geográfica del evento.



Salud

Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

[f/CundiGob](#) [@CundinamarcaGob](#)

www.cundinamarca.gov.co



FIGURA 4. MAPA COMPARATIVO CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA, CUNDINAMARCA, AÑO 2024 Y 2025.

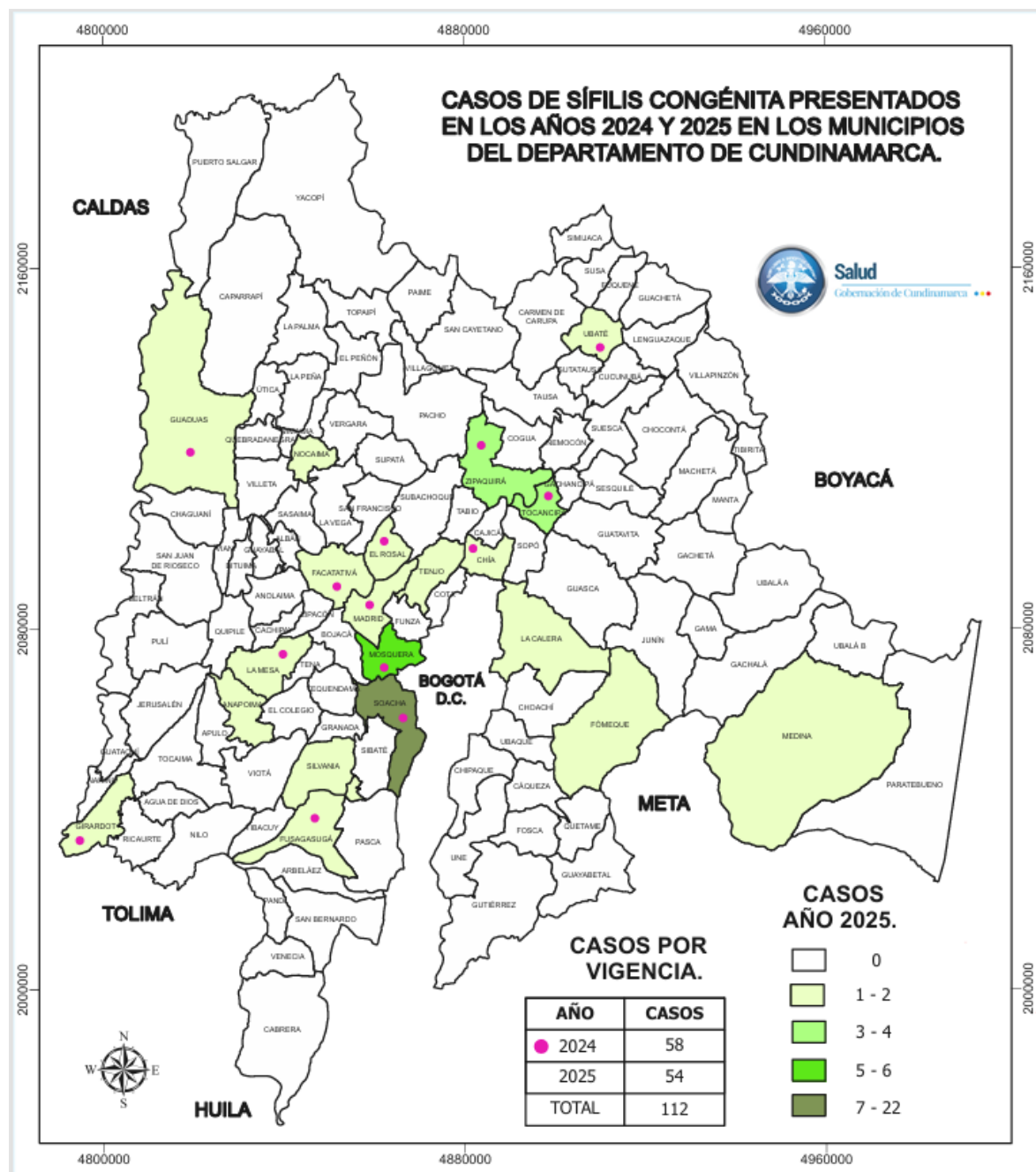




TABLA 3. DISTRIBUCIÓN CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA, MUNICIPIO DE RESIDENCIA, AÑO 2025, CUNDINAMARCA.

MUNICIPIO	No de Casos	Porcentaje	Incidencia por 1000 nv + Mortinatos	
CHIA	2	3,70	1	1,49
EL ROSAL	2	3,70	2	4,74
FACATATIVA	1	1,85	1	0,68
FUSAGASUGA	1	1,85	1	0,94
GIRARDOT	1	1,85	1	1,08
MADRID	2	3,70	1	1,14
MOSQUERA	5	9,26	2	3,54
SOACHA	22	40,74	2	3,74
UBATE	2	3,70	2	4,20
SILVANIA	1	1,85	3	7,41
FOMEQUE	1	1,85	4	11,11
GUADUAS	1	1,85	3	7,52
MEDINA	1	1,85	4	15,15
ANAPOIMA	1	1,85	4	10,31
ZIPAQUIRA	3	5,56	1	1,92
TENJO	1	1,85	2	4,17
LA MESA	1	1,85	2	4,59
TOCANCIPA	3	5,56	2	4,22
NOCIMA	1	1,85	5	32,26
LA CALERA	2	3,70	2	7,12
Total general	54	100,00	1	2,02

Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025 p

El 94,6 % (48 casos) de las gestantes fueron diagnosticadas en el tercer trimestre de la gestación. Del total de casos notificados, el 68,5 % (37 casos) asistió a control prenatal, proporción ligeramente inferior a la registrada en 2024, cuando fue del 70,7 %. A pesar de la asistencia al control prenatal, el 7,4 % (4 casos) no recibió tratamiento durante el año 2025, lo que representa una disminución frente al 8,6 % observado en 2024. En relación con el manejo de los contactos sexuales, el 53,7 % (29 casos) no recibió tratamiento; no obstante, este porcentaje evidencia una

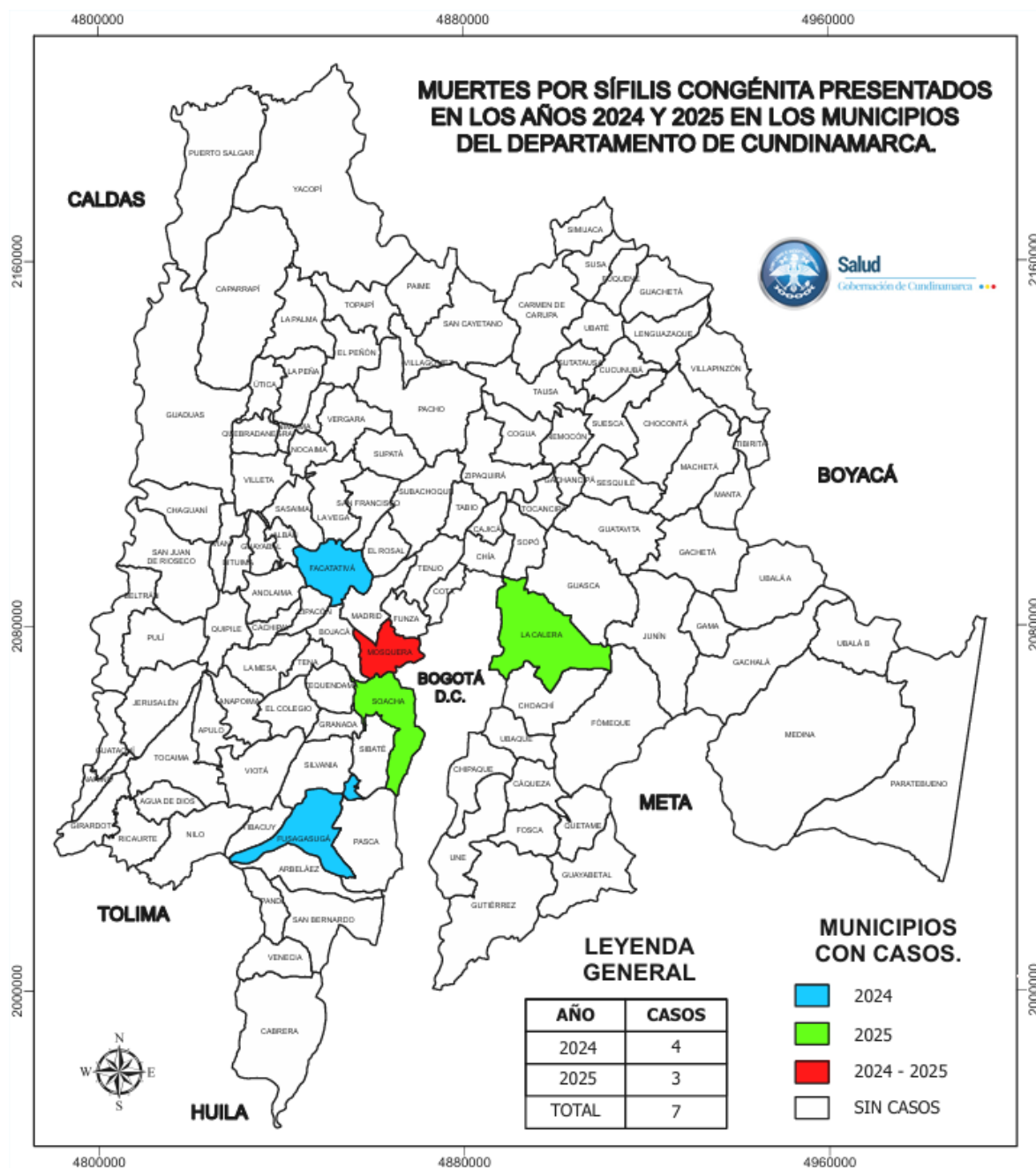




Gobernación de Cundinamarca

reducción en comparación con el año 2024, cuando el 62,1 % de los contactos no fue tratado.

FIGURA 5. MAPA COMPARATIVO CASOS DE MORTALIDAD POR SÍFILIS CONGÉNITA, CUNDINAMARCA, AÑO 2024 Y 2025.



Salud
Gobernación de Cundinamarca

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

[f/CundiGob](#) [@CundinamarcaGob](#)
www.cundinamarca.gov.co



En el análisis comparativo de la mortalidad por sífilis congénita entre los años 2024 y 2025, se evidenció que el municipio de Mosquera registró un caso en cada uno de estos años. Este hallazgo resulta relevante, dado que Mosquera se encuentra de manera consistente entre los cinco municipios con mayor número de casos notificados de sífilis gestacional en el departamento, lo que resalta la importancia de fortalecer las acciones de prevención, diagnóstico oportuno y seguimiento integral en este territorio.

TABLA 4. TIPO DE RÉGIMEN DE AFILIACIÓN SÍFILIS CONGÉNITA, CUNDINAMARCA 2025.

Régimen	Casos	%
Contributivo	17	31,5
Indeterminado	0	0,0
No asegurado	12	22,2
Excepción	0	0,0
Subsidiado	25	46,3
Total	54	100,0

Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025 p

En relación con el régimen de afiliación, durante el año 2025 se observó que el 46,3 % de los casos notificados de sífilis congénita correspondieron a población afiliada al régimen subsidiado. Le siguió el régimen contributivo, en el cual se concentró el 31,5 % de los casos (17 casos).

Comportamiento de los indicadores

Incidencia de sífilis congénita



Salud

Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

[f/CundiGob](#) [@CundinamarcaGob](#)

www.cundinamarca.gov.co



A la semana epidemiológica 52 del año 2025, el departamento de Cundinamarca registró una incidencia de 2 casos de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos, lo que representa una disminución en comparación con el año 2024, cuando la incidencia fue de 2,5 casos por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos. El municipio que presentó la mayor incidencia fue Medina, con una razón de 32 casos por cada 1.000 nacidos vivos, incluidos los mortinatos.

PORCENTAJE DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA QUE CUMPLEN DEFINICIÓN DE CASO

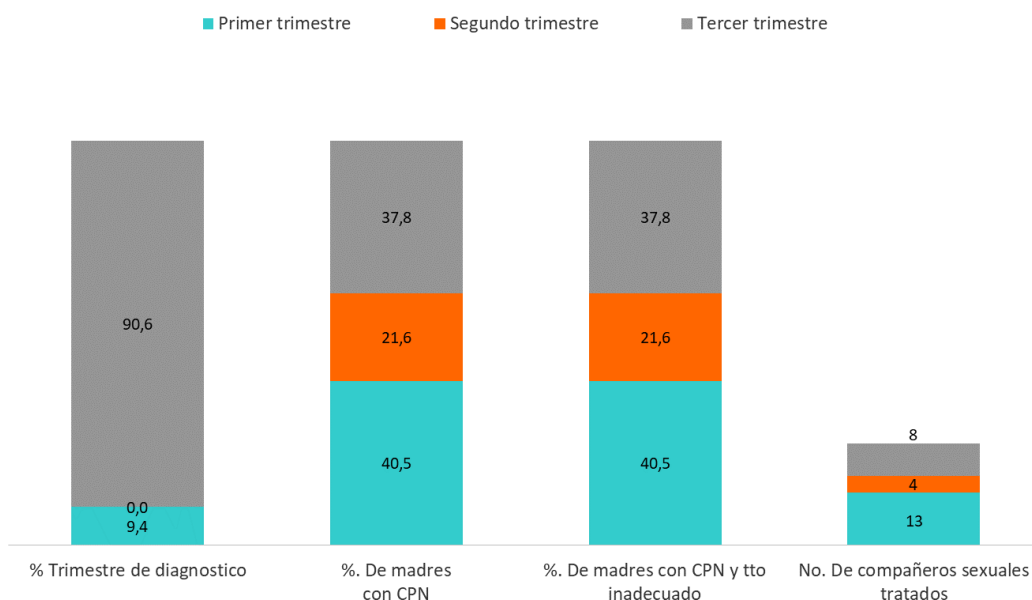
A periodo epidemiológico XIII de 2025 el 100% de los casos notificados como sífilis congénita cumplen con la definición de caso según protocolo.

Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional.

Durante el 2025 el 100% de las madres de los casos notificados en el departamento como Sífilis congénita fueron notificadas como sífilis gestacional.

Gráfica 7. Atención de casos para Sífilis congénita, Cundinamarca, semana epidemiológica 52 año 2025





Fuente: Elaboración propia. Sivigila 2025 p

5. DISCUSIÓN

La sífilis gestacional continúa representando un evento prioritario en salud pública debido a las graves consecuencias que puede generar tanto en la gestante como en el recién nacido. La evidencia científica señala que el diagnóstico y tratamiento oportunos, idealmente durante el primer trimestre de la gestación, constituyen la principal estrategia para prevenir la transmisión maternoinfantil, la cual ocurre con mayor probabilidad entre las semanas 16 y 28 de gestación (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). En el departamento de Cundinamarca, durante el año 2025, el 51 % de las gestantes con sífilis gestacional fueron diagnosticadas en el primer trimestre, lo que representa una mejoría frente a lo observado en 2024 (46,7 %). No obstante, este avance sigue siendo insuficiente, dado que cerca de la mitad de las gestantes continúan siendo diagnosticadas de manera tardía, lo cual incrementa el riesgo de transmisión vertical y de desenlaces adversos prevenibles.





Estos hallazgos adquieren mayor relevancia al analizar el comportamiento de la sífilis congénita en el departamento, donde durante 2025 se notificaron 54 casos y una incidencia de 2 casos por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos. Si bien se observa una disminución frente a 2024 (2,5 por 1.000), la incidencia continúa lejos de la meta de eliminación establecida por la OMS y la OPS ($\leq 0,5$ casos por 1.000 nacidos vivos) (OMS, 2017; Pan American Health Organization [PAHO], 2016). La persistencia de casos de sífilis congénita, pese a que el 100 % de las madres fueron notificadas como sífilis gestacional, sugiere fallas críticas en la oportunidad del diagnóstico, el inicio del tratamiento y el seguimiento durante la gestación (Instituto Nacional de Salud [INS], 2025a).

La literatura describe que la sífilis gestacional no tratada o tratada de forma inoportuna se asocia con un mayor riesgo de aborto espontáneo, mortinato, parto pretérmino, bajo peso al nacer y manifestaciones clínicas tardías de sífilis congénita, tales como sordera, cataratas y alteraciones neurológicas (OMS, 2017; PAHO, 2016). En este sentido, los resultados de Cundinamarca para 2025, donde el 94,6 % de las madres de los casos de sífilis congénita fueron diagnosticadas en el tercer trimestre, refuerzan la evidencia de que el diagnóstico tardío continúa siendo un determinante clave de la transmisión maternoinfantil, incluso en gestantes con algún grado de contacto con los servicios de salud.

En cuanto a la distribución por edad, los resultados de 2025 evidencian que la mayor proporción de casos de sífilis gestacional se concentró en mujeres jóvenes, particularmente en los grupos de 20 a 24 años (37,8 %) y 25 a 29 años (28,5 %). Este patrón coincide con lo reportado en la literatura nacional e internacional, donde se identifica a las mujeres en edad reproductiva temprana como un grupo de mayor vulnerabilidad, asociado al inicio precoz de las relaciones sexuales, el uso inconsistente del preservativo, la multiplicidad de parejas sexuales y el bajo conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual distintas al VIH (PAHO, 2016; INS, 2025a). Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer intervenciones de prevención primaria y educación sexual integral con enfoque diferencial y territorial.

El control prenatal constituye el principal escenario para la detección temprana y el manejo adecuado de la sífilis gestacional, conforme a la normatividad vigente en Colombia (MSPS, 2018). Sin embargo, en Cundinamarca durante 2025, aunque el 73,3 % de las gestantes con sífilis gestacional asistió al primer control prenatal, solo el 47 % inició tratamiento de manera oportuna en el primer trimestre. Esta brecha entre la captación al control prenatal y el inicio del tratamiento es consistente con lo descrito en la literatura, que señala que las demoras diagnósticas, las barreras





administrativas y la débil adherencia a los lineamientos clínicos limitan la efectividad del control prenatal como estrategia preventiva (INS, 2025a; OMS, 2017).

Respecto a las poblaciones vulnerables, durante 2025 el 29,6 % de las gestantes con sífilis gestacional correspondió a población migrante. Este hallazgo concuerda con estudios que señalan mayores barreras de acceso, dificultades en el aseguramiento, movilidad territorial y limitaciones en el seguimiento clínico en esta población, factores que favorecen la ocurrencia de diagnósticos tardíos y la transmisión maternoinfantil (PAHO, 2016; INS, 2025b). Adicionalmente, la mayor proporción de casos de sífilis congénita en población afiliada al régimen subsidiado y no asegurada evidencia inequidades sociales y del sistema de salud que inciden en la persistencia del evento.

Un aspecto crítico identificado fue el manejo de los contactos sexuales. En 2025, solo el 58 % de los contactos de los casos de sífilis gestacional recibió tratamiento. La literatura resalta que la falta de tratamiento de las parejas sexuales constituye uno de los principales factores asociados a la reinfección materna y a la continuidad de la transmisión comunitaria, limitando el impacto de las estrategias de control (OMS, 2017; MSPS, 2014).

Finalmente, la identificación de casos con pruebas diagnósticas incompletas, tratamientos tardíos o incompletos y la ocurrencia de muertes atribuibles a sífilis congénita en municipios con alta carga de sífilis gestacional ponen en evidencia brechas persistentes en la apropiación de los protocolos de vigilancia y de la Guía de Práctica Clínica. Este escenario, ampliamente documentado en la literatura, demuestra que, a pesar de tratarse de una enfermedad prevenible, curable y de bajo costo, las fallas en la calidad de la atención continúan dificultando el cumplimiento de las metas de eliminación, haciendo necesario fortalecer la vigilancia integrada, la capacitación continua y el seguimiento efectivo por parte de las entidades responsables (INS, 2025a; PAHO, 2016).

6. CONCLUSIONES

Durante el año 2025, la sífilis gestacional continuó representando un evento de relevancia en salud pública en el departamento de Cundinamarca, con la notificación de 473 casos confirmados y una razón de prevalencia de 18 casos por





cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos. Aunque se evidenció una ligera disminución frente a 2024, los niveles observados continúan siendo elevados y distantes de las metas nacionales e internacionales de eliminación de la transmisión maternoinfantil.

Aunque se observó una mejora en la oportunidad diagnóstica, con el 51 % de los casos identificados en el primer trimestre de la gestación, persiste un porcentaje considerable de diagnósticos tardíos que incrementan el riesgo de transmisión maternoinfantil y de desenlaces adversos prevenibles en el recién nacido. Esta situación se ve reflejada en la ocurrencia de casos de sífilis congénita durante 2025, donde el 94,6 % de las madres fueron diagnosticadas en el tercer trimestre, evidenciando fallas críticas en la oportunidad del diagnóstico y tratamiento durante la gestación.

La mayor carga de la sífilis gestacional se concentró en mujeres jóvenes, principalmente en los grupos etarios de 20 a 24 años y 25 a 29 años, lo que confirma la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y educación en salud sexual y reproductiva dirigidas a población en edad reproductiva temprana. Este patrón etario contribuye al mantenimiento de la transmisión y a la ocurrencia de casos de sífilis congénita prevenibles.

A pesar de que una proporción importante de las gestantes asistió al primer control prenatal, se identificaron brechas significativas entre la captación al control y el inicio oportuno del tratamiento, evidenciando fallas en la continuidad y calidad de la atención. Estas brechas se traducen en la persistencia de casos de sífilis congénita, aun cuando el 100 % de las madres de los casos notificados fueron identificadas previamente como sífilis gestacional.

Durante 2025 se notificaron 54 casos de sífilis congénita en el departamento, con una incidencia de 2 casos por cada 1.000 nacidos vivos más mortinatos, lo que representa una disminución frente a 2024; sin embargo, esta cifra continúa claramente por encima de la meta de eliminación. Municipios como Soacha, Mosquera y otros previamente priorizados concentraron la mayor carga del evento, evidenciando persistencia territorial del problema.

La ocurrencia de casos de mortalidad por sífilis congénita en municipios con alta carga de sífilis gestacional, como Mosquera, pone de manifiesto la gravedad del evento y la necesidad de fortalecer las acciones de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento integral y seguimiento del binomio madre-hijo.





La elevada proporción de casos de sífilis gestacional en población migrante confirma la persistencia de desigualdades en el acceso a los servicios de salud, al diagnóstico oportuno y al seguimiento adecuado, situación que incide en la continuidad de la transmisión y en la ocurrencia de sífilis congénita, y que requiere intervenciones intersectoriales y enfoques diferenciales.

El bajo registro de tratamiento de los contactos sexuales constituye una de las principales debilidades del abordaje integral del evento, tanto para sífilis gestacional como congénita, favoreciendo la reinfección materna y la persistencia de la transmisión, y reflejando dificultades en la adherencia a las guías de práctica clínica.

Finalmente, la persistencia de casos notificados sin la realización completa de pruebas diagnósticas o con tratamientos incompletos pone de manifiesto brechas en el conocimiento, apropiación y aplicación de los protocolos de vigilancia y manejo clínico por parte del talento humano en salud, lo que limita el impacto de las acciones de control y dificulta el cumplimiento de las metas de eliminación de la sífilis congénita en el departamento.

7. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados del análisis del comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en el departamento de Cundinamarca durante el año 2025, se formulan las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la vigilancia epidemiológica, la atención integral y la prevención del evento:

Fortalecer el proceso de notificación de los casos de sífilis gestacional y sífilis congénita por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), garantizando el registro oportuno, completo y de calidad en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), así como el adecuado diligenciamiento de las fichas de notificación individual y complementaria vigentes, con énfasis en las variables relacionadas con diagnóstico materno, tratamiento, seguimiento del recién nacido y desenlaces perinatales.

Continuar el acompañamiento permanente a las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y a los entes territoriales en los procesos de ajuste de los casos notificados de sífilis gestacional y congénita, con el fin de asegurar la integridad de la información, mejorar la calidad del dato, reducir los rezagos en la notificación y fortalecer la correcta clasificación de los casos, incluyendo los desenlaces de mortalidad.





Fortalecer al interior de los entes territoriales la realización sistemática y oportuna de la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) tanto en los casos de sífilis gestacional como en los de sífilis congénita y mortalidad asociada, como estrategia clave para confirmar la ocurrencia del evento, identificar fallas en la atención prenatal, el diagnóstico y tratamiento materno, y realizar el seguimiento del tratamiento adecuado de la gestante, sus contactos sexuales y el recién nacido.

Continuar realizando asistencia técnica y procesos de capacitación dirigidos a los diferentes actores del sistema de vigilancia (IPS, EAPB, UPGD y entidades territoriales), enfocados en la correcta notificación de los casos de sífilis gestacional y congénita, así como en la apropiación de la Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita (GPC-2014-41).

Fortalecer el conocimiento y la aplicación del algoritmo diagnóstico, los lineamientos terapéuticos y los criterios para el cierre adecuado de los casos, haciendo énfasis en la oportunidad del diagnóstico durante el primer trimestre, el tratamiento completo de la gestante, el manejo del recién nacido expuesto y la correcta clasificación del caso de sífilis congénita.

Retroalimentar de manera permanente y fortalecer la articulación con los equipos y programas de salud sexual y reproductiva y materno-perinatal, a fin de garantizar que los casos confirmados de sífilis gestacional cuenten con seguimiento clínico oportuno, adherencia al tratamiento y acciones integrales de prevención de la sífilis congénita, especialmente en municipios que concentran la mayor carga del evento.

Garantizar la articulación efectiva de la información entre los componentes de vigilancia epidemiológica y los programas de atención materno-perinatal, asegurando la oportunidad y calidad de los datos relacionados con el binomio madre-hijo, desde el diagnóstico materno hasta el seguimiento del recién nacido, incluyendo los casos de sífilis congénita y mortalidad asociada.

Fortalecer las acciones orientadas a reducir las barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno, especialmente en población migrante, mujeres jóvenes y gestantes en condiciones de vulnerabilidad, mediante estrategias de búsqueda activa institucional y comunitaria, seguimiento continuo de gestantes y recién nacidos expuestos, y articulación intersectorial.

Promover el enfoque diferencial en la atención, garantizando intervenciones culturalmente pertinentes y adaptadas a las condiciones sociales y territoriales de las gestantes y sus hijos, con especial énfasis en población afiliada al régimen





subsidiado y no asegurada, donde se concentra una mayor proporción de los casos de sífilis congénita.

Consolidar la integración de la vigilancia de la sífilis gestacional y la sífilis congénita mediante un enfoque integral que permita el seguimiento continuo del binomio madre-hijo, desde el diagnóstico materno durante la gestación hasta el desenlace perinatal, incorporando estrategias de vigilancia basada en comunidad que faciliten la identificación temprana de gestantes, el acompañamiento al control prenatal, la adherencia al tratamiento y el manejo oportuno de los contactos sexuales, especialmente en municipios de mayor carga y en poblaciones vulnerables, a través de la participación activa de equipos de atención primaria, agentes comunitarios y líderes locales como complemento a la vigilancia epidemiológica institucional.

8. REFERENCIAS

1. Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas. 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
2. Sífilis, Organización Panamericana de la Salud, fecha de consulta: 13 de abril de 2024, disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>.
3. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita / GPC-2014-41. Fecha de consulta: 13 de abril de 2025, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IET/S/gpc-guia-corta-sifilis.pdf>





Gobernación de Cundinamarca

4. Protocolo de vigilancia de Sífilis Gestacional y Congénita. Versión 07; 25 de marzo de 2024, Fecha de consulta: 13 de abril de 2025, disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Si%CC%81filis%20Gestacional%20y%20Conge%CC%81nita%202024.pdf
5. Minsalud amplió criterios para prueba y tratamiento de sífilis congénita y gestacional. Boletín de prensa 893 de 2020, Fecha de consulta: 13 de abril de 2025, disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-amplio-criterios-para-prueba-y-tratamiento-de-sifilis-congenita-y-gestacional.aspx>



Salud

Gobernación de Cundinamarca

Calle 26 #51-53 Bogotá D.C.

Sede Administrativa - Torre Salud Piso 6.

/CundiGob @CundinamarcaGob

www.cundinamarca.gov.co