



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Informe de evento - Año 2025
750-Sífilis Gestacional y 740-Sífilis Congénita
Secretaría de salud e inclusión social de Antioquia

Responsable:

Daniela Herrera Posada
Microbióloga y Epidemióloga
Equipo de Gestión del Riesgo para Eventos de Interés en Salud Pública - EGREISP
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual (ITS) sistémica, de curso crónico, causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, subespecie *pallidum*. Su único reservorio natural es el ser humano y se transmite principalmente por vía sexual a través del contacto con lesiones infecciosas, aunque también puede ocurrir por vía sanguínea y de forma vertical de la madre al feto. Si la infección no recibe un manejo clínico adecuado, puede progresar hacia etapas avanzadas que derivan en complicaciones crónicas irreversibles, tales como afecciones del sistema nervioso central y alteraciones cardiovasculares graves [1-3].

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la combinación de la historia clínica, la exploración física y pruebas de laboratorio. Existen dos tipos de pruebas serológicas: las no treponémicas (como VDRL y RPR), que miden la actividad de la infección y permiten el seguimiento del tratamiento, y las treponémicas (como pruebas rápidas, TPHA o EIA), que detectan anticuerpos específicos y suelen permanecer positivas de por vida. El uso de pruebas rápidas (POCT) es fundamental en la estrategia de eliminación, ya que permite el diagnóstico y el inicio del tratamiento con penicilina en una sola visita [3,4].

En el contexto del embarazo, la sífilis gestacional (SG) representa una amenaza crítica debido a que la bacteria puede atravesar la placenta e infectar al feto, especialmente si la madre no es diagnosticada ni tratada de manera oportuna. Por esta razón, resulta imperativo que los protocolos de control prenatal garanticen el acceso a pruebas diagnósticas para asegurar una detección temprana y el inicio inmediato del tratamiento con penicilina benzatínica, el cual es altamente efectivo para prevenir desenlaces adversos en el binomio madre-hijo. La sífilis congénita (SC) es la consecuencia de esta transmisión vertical y se asocia con una alta carga de morbilidad y mortalidad, pudiendo ocasionar abortos espontáneos, partos prematuros, bajo peso al nacer, neumonía neonatal y retrasos significativos en el desarrollo. Dada la gravedad de estas secuelas, es necesario un seguimiento clínico estricto tanto de la gestante como del recién nacido [3,4].



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

La literatura epidemiológica reciente destaca que la incidencia de estos eventos está estrechamente ligada a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Se ha identificado una fuerte asociación entre la presencia de sífilis y condiciones de vulnerabilidad, tales como el bajo nivel educativo, el desempleo, la pobreza extrema, la falta de afiliación al sistema de salud o la pertenencia al régimen subsidiado. Estudios realizados en el contexto colombiano señalan que ser madre soltera, pertenecer a etnias afrodescendientes, residir en áreas rurales dispersas con barreras geográficas y el consumo de sustancias psicoactivas en la madre, incrementa significativamente el riesgo de falla en la prevención de la transmisión [6,7].

Desde la perspectiva asistencial, el manejo inadecuado del control prenatal constituye el principal factor de riesgo para la SC. La inasistencia o el inicio tardío de los controles prenatales, así como la escasez de pruebas de tamizaje oportunas, impiden el diagnóstico temprano [7]. Factores clínicos como títulos elevados en pruebas no treponémicas (VDRL $\geq$ 1:8) en la madre y el inicio del tratamiento con penicilina benzatínica después de la semana 28 de gestación se asocian con una probabilidad hasta ocho veces mayor de infección neonatal. Por el contrario, un antecedente de sífilis con tratamiento previo adecuado actúa como un factor protector [6].

A nivel epidemiológico, la OMS estimó para 2022 unos 8 millones de nuevos casos de sífilis en adultos y cerca de 700.000 casos de sífilis congénita [8,9]. En la región de las Américas, para ese mismo año, hubo alrededor de 3,36 millones de nuevos casos de sífilis, se notificaron 183.000 casos en gestantes y 68.000 casos de SC en ese mismo año, lo que refleja un incremento del 30% respecto a 2020 [10]. En Colombia, entre 2019 y 2022 se ha observado un aumento sostenido en la notificación de casos de sífilis gestacional, con un leve descenso en 2023 y 2024; sin embargo, las razones de prevalencia se han mantenido con tendencia al incremento, pasando de una razón de prevalencia de 11,1 a 22,0 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales (NV+MF). Para el 2024, las entidades territoriales con razones de prevalencia superiores a la nacional fueron Arauca con 52,2, Buenaventura con 42,4, Chocó con 38,5, Casanare con 37,6 y Cali con 35,7 por 1 000 NV + MF, todas con incrementos frente a 2023 [11]. Con respecto al evento de Sífilis congénita, en 2024 se notificaron 1.097 casos en el país, lo que representa una disminución del 21% respecto a los 1.382 registrados en 2023. La incidencia en Colombia viene disminuyendo progresivamente, pasando de 3,2 en 2021 a 2,5 casos por cada 1.000 NVMF en 2024. Buenaventura, Arauca, Chocó y Casanare, son las entidades territoriales con cifras superiores a la nacional [11].

Antioquia, ha venido presentando un comportamiento similar al nacional para ambos eventos. Los casos de Sífilis gestacional que venían en aumento desde 2014, presentaron una disminución desde 2022; sin embargo, la razón de prevalencia mantiene una tendencia al incremento, pasando de 6 a 22,6 casos por cada 1.000 NVMF en la última década. Las entidades territoriales con mayores razones de prevalencia que superan los 32 casos por cada 1.000 NVMF fueron en orden descendente Gómez plata (73,2), Turbo (60,1), San Francisco (54,5), Puerto Nare (50,6), Concordia (48,1), Puerto Triunfo (45,5), Apartadó (41,0), Carepa (39,6), Hispania (38,5), Liborina (38,5), Salgar (38,5), Chigorodó (37,8), Remedios (37,8), Girardota (35,8), Cañasgordas (35,7), Amalfi (35,2), San Roque





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

(34,3), Caramanta (32,3), La pintada (32,3), Necoclí (32,2) y Urrao (32,1). Frente a la sífilis congénita, Antioquia presentó las mayores incidencias y notificaciones durante los años 2020 y 2021, con 2,9 y 3 casos por cada 1.000 NVMF. A partir el 2021, el evento ha mostrado una disminución constante con una incidencia en 2024 de 2,2 casos por cada 1.000 NVMF y un total de 117 casos notificados; cifra que, aunque es la más baja de los últimos años, aún supera la meta de eliminación de $\leq 0,5$ casos por 1.000 NVMF establecida por la OPS/OMS. Los municipios que presentan alto riesgo de SC al obtener tasas de incidencia superiores a 5 por 1.000NVMF, son en su orden Ebéjico (21,7), Nariño (15,6), Maceo (15,2), Frontino (14,1), Fredonia (11,4), Puerto Berrío (10,8), San Carlos (8,8), Betulia (7,1), Nechí (7,0), Tarazá (6,3), Turbo (5,4) y Anorí (5,3). 72 de los 125 municipios no reportaron casos de SC durante el 2024 [12].

Objetivo: Este informe tiene como propósito describir el comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en el departamento de Antioquia durante el año 2025, con el fin de generar información útil para la toma de decisiones en salud pública, fortalecer las estrategias de prevención y control del evento, y avanzar hacia la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil.

1. 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 Antioquia, tomando como fuente la información captada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entre la semana epidemiológica 01 a 53 de 2025 y comparando con años anteriores.

La recolección y procesamiento de datos se realizó mediante la metodología propuesta por los lineamientos nacionales de vigilancia, el protocolo de vigilancia de los eventos en cuestión y las indicaciones del manual de usuario del aplicativo del SIVIGILA. Considerando el protocolo de vigilancia de SC y SG, ambos 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 clasifican como confirmados por laboratorio y los de sífilis congénita como confirmados por nexo epidemiológico, por clínica o por laboratorio (Colombia. Instituto Nacional de Salud., 2024). Durante el procesamiento de los datos se realizó verificación de aspectos de completitud y consistencia de las variables, se excluyeron los casos que no cumplieran con definición operativa de casos, casos duplicados o repetidos, casos con residencia fuera de Antioquia (los que llevan menos de 6 meses de estancia constante en el Departamento) y los casos con ajuste 6 o D, siempre que contaran con evidencia que respaldara su descarte, ya fuese mediante unidad de análisis, resultados de laboratorio, investigación epidemiológica de cambo (IEC) o historia clínica enviada al referente departamental.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Se analizaron las variables consignadas en la sección de datos básicos, que contiene información general sobre el evento y la UPGD notificadora, identificación del caso, notificación, seguimiento y clasificación final del caso, así como la sección de datos complementarios que incluye antecedentes maternos, resultados de laboratorio, diagnóstico y tratamiento del caso y de contactos. 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 (Colombia. Instituto Nacional de Salud., 2024).

Se calcularon medidas de frecuencia absoluta para ambos eventos y se calcularon tasas de incidencia para sífilis congénita y razón de prevalencia para sífilis gestacional, considerando como denominador, el total de embarazos que corresponde a la suma de nacidos vivos y mortinatos con fuente DANE 2024 como fuente actualizada y oficial para el Departamento. Se analizaron variables sociales y demográficas (estrato, 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). Los indicadores considerados en el análisis son los descritos en el protocolo de vigilancia y se calcularon sobre 125 entidades territoriales y 9 subregiones.

Para el cálculo de los indicadores, se tomó en consideración la entidad territorial de residencia. Para la incidencia, se utilizó como denominador la proyección DANE para 2024 de nacidos vivos y mortinatos (NVMF). 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. Para el indicador de notificación materna en SC, se verificó la notificación de las madres de los casos de sífilis congénita del 2025 frente a la notificación de casos de sífilis gestacional notificados en 2024 y 2025 que aplicaran para el periodo gestacional del caso. Las variables que se cruzaron para la verificación de esta información fueron el número de identificación de la madre y el nombre completo.

Las muertes ocurridas en el evento fueron detectadas a través de la ficha de notificación en Sivigila 2025; además se realizaron búsquedas activas institucionales en cruce con RUAF-ND para las muertes fetales perinatales o neonatales donde en su cadena causal se relacionara la sífilis gestacional o congénita. Las muertes que cumplieron criterios para realización de Unidad de análisis fueron registradas en el aplicativo UACE.

Para el procesamiento de la información y análisis de resultados se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel, presentados en tablas y gráficos. Finalmente se realizó análisis de los casos de sífilis congénita con condición final 2 (muerto) por entidad territorial (ET) de residencia y teniendo en cuenta las unidades de análisis y tableros de problemas. Los mapas de riesgo se realizaron empleando el software ArcGIS Pro (Esri, 2023).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

2. Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de fuentes secundarias, provenientes 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 territorial.

3. Resultados

3.1 Sífilis gestacional

Entre la semana 1 y la 53 del 2025, se notificaron al SIVIGILA un total de 1.532 casos de SG. 84 casos duplicados, 19 no cumplían criterios de definición de caso, 13 fueron descartados con soporte, 24 habían sido reportados durante el 2024 y correspondían a la misma gestación, 61 eran de residencia fuera de Antioquia, para un total de 1331 casos incluidos para el análisis de este informe. Durante el 2025 para Antioquia se notificaron 24,7 casos de sífilis en gestantes por cada mil nacidos vivos más mortinatos.

En la figura 1 se describe la tendencia de notificación de casos de SG en la última década, observándose un incremento sostenido en la notificación de casos; así como en la Incidencia, año tras año, casi cuadruplicando la cifra en la última década, pasando de 6 en 2014 a 24,7 gestantes por cada mil nacidos vivos más mortinatos.

Figura 1. Casos notificados y razón de prevalencia por año de sífilis gestacional, Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024

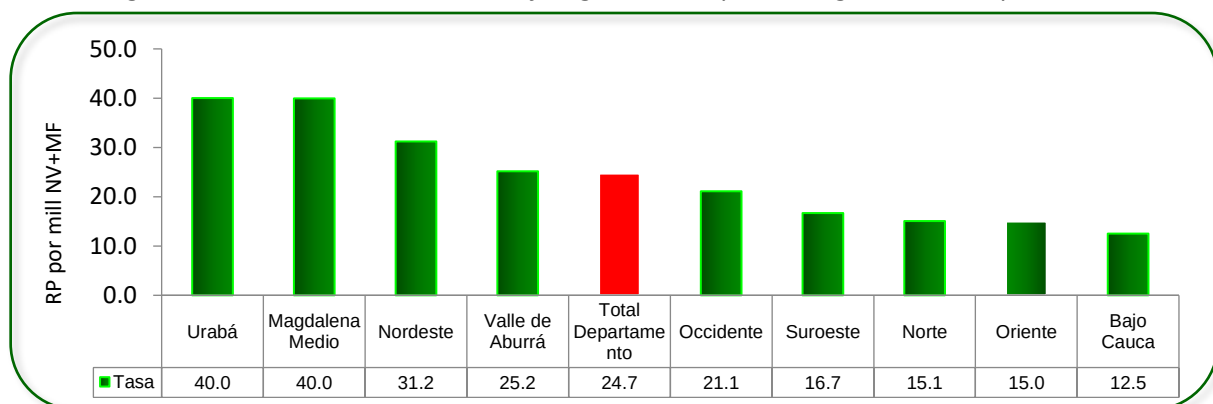




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Al analizar el comportamiento del evento por subregiones de la figura 2, se observa que Urabá (273 casos), Magdalena Medio (39 casos), Nordeste (31 casos) y Valle de Aburrá (717 casos) son las subregiones que reportan mayores razones de prevalencia de SG, por encima de la tasa departamental; Occidente que estaba en tercer lugar en RP durante el primer semestre del año, descendió al quinto lugar, con una RP menor a la departamental. El resto de subregiones se encuentran con tasas inferiores a 17/1.000 embarazos.

Figura 2. Razón de Prevalencia de Sífilis gestacional por subregión de Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024

28 entidades territoriales se ubican en alto riesgo de SG, con razones de prevalencia por mil nacidos vivos mas mortinatos, superiores a las departamentales; a continuación se enlistan en orden descendente: Yondó (71,1), Murindó (69,8) Puerto Triunfo (63,4), Vegachí (55,9), Remedios (55,4), Apartadó (53,3), Chigorodó (52,8), Turbo (49,3), Frontino (48,9), Valdivia (47,2), San Jerónimo (45,11), Ebéjico (43,5), Carepa (39,6), Caracolí (35,7), Campamento (33,9), Andes (33,8), Necoclí (32,2), Anorí (31,7), Yalí (30,3), Barbosa (29), Tarazá (28), Angostura (27,8), Montebello (27,8), Medellín (27,7), Mutatá (27,2), Bello (26,9), Segovia (26,7) y Girardota (26,1).

Es importante resaltar que los municipios de Maceo, Santo Domingo, Abriaquí, Anzá, Armenia, Giraldo, Heliconia, Olaya, Sabanalarga, Belmira, Briceño, Carolina, Gómez Plata, Guadalupe, San José de la Montaña, Alejandría, Argelia, Concepción, Granada, Guatapé, Nariño, San Francisco, Angelópolis, Betania, Caramanta, Hispania, La Pintada, Pueblorrico, Tarso, Titiribí y Valparaíso estuvieron en silencio epidemiológico todo el año (ver mapa de riesgo, gráfico 3).

En cuanto a las variables sociodemográficas, se observa que el riesgo de SG disminuye con el aumento de la edad, siendo mayor en el grupo etario de 15 a 19 años con 38,9 casos por cada mil nacidos vivos mas mortinatos (274 casos), seguido del de 20 a 24 años con 35,7 casos por cada mil nacidos vivos mas mortinatos (519 casos). Es importante resaltar que se presentaron 9 casos en mujeres gestantes de 10 a 14 años (ver gráfico 4). En los gráficos 5 al 7 se observa que el 79% de los

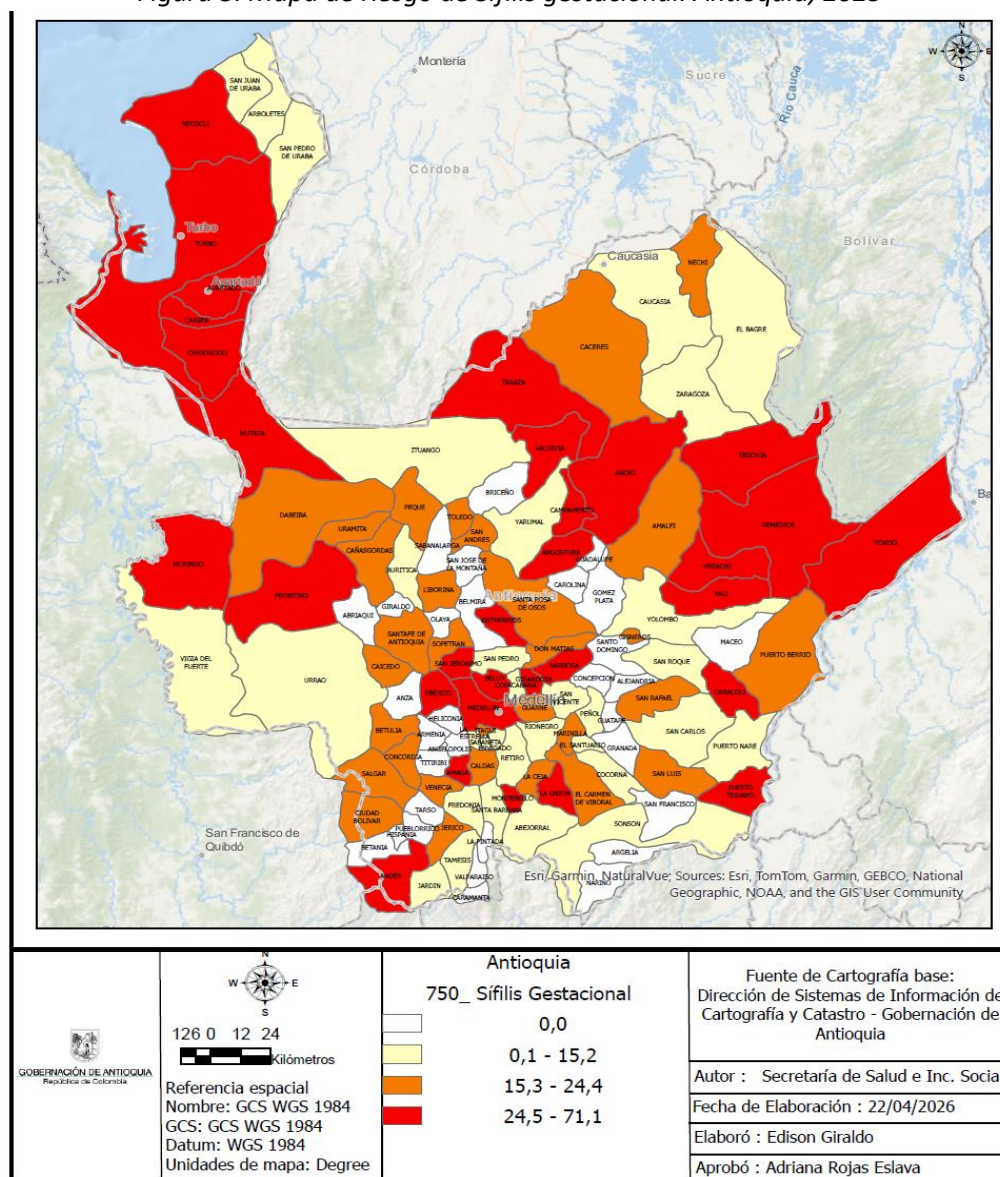




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

casos notificados residían en área urbana; el 29% pertenecían al régimen subsidiado y un 4% que corresponde a gestantes sin aseguramiento en salud o este era indeterminado. Con respecto a la étnia, el 95% de los casos se notificaron en la categoría de otros, 20 casos pertenecían población indígena (18 en Embera y 2 en Wayuu) y 51 en población Afro. No hubo casos en etnia Raizal, ROM, Gitano o palenquero.

Figura 3. Mapa de riesgo de Sífilis gestacional. Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.

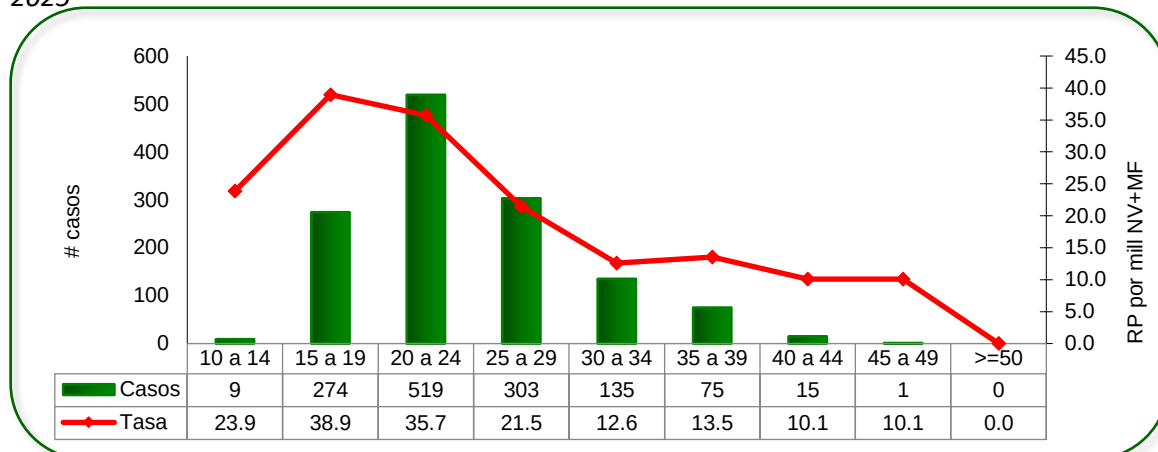


SC4887-1



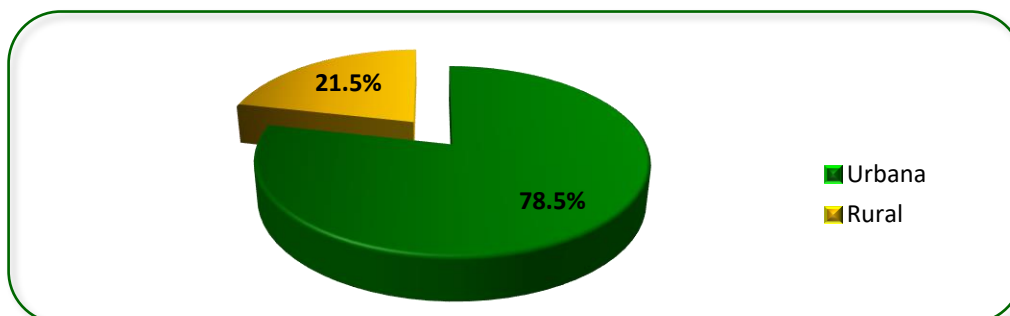
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 4. Casos e incidencia de evento 740-sífilis gestacional, según grupos de edad en Antioquia, 2025



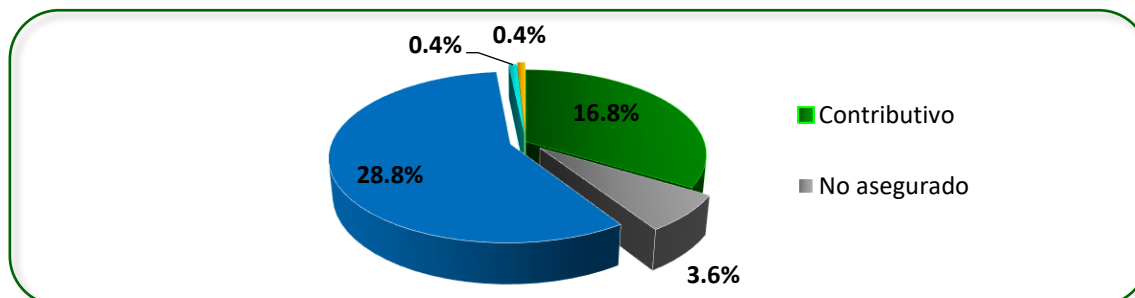
Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024

Figura 5. Distribución de casos de SG por zona de residencia en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

Figura 6. Distribución de casos de SG por régimen de aseguramiento en Antioquia, 2025



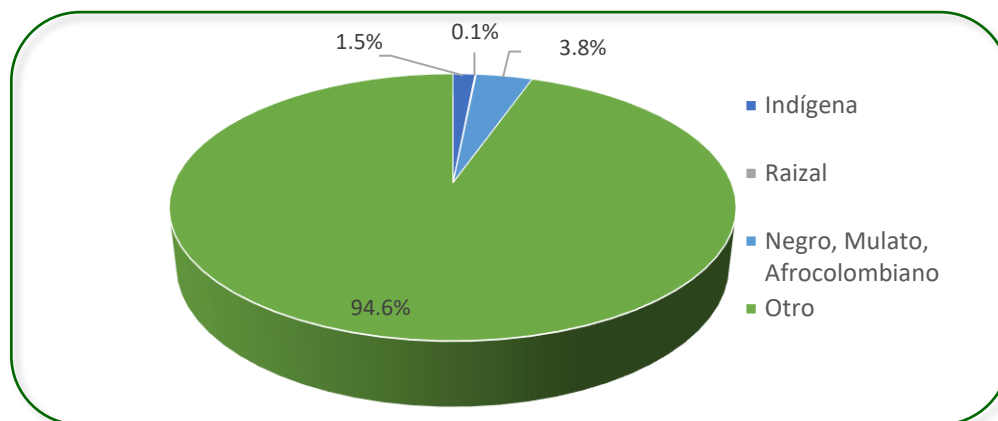
Fuente: Sivigila 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 7. Distribución de casos de SG por régimen de aseguramiento en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

En otras variables sociodemográficas de importancia, no mostradas en los gráficos, es importante mencionar que el 30,4% de los casos notificados pertenecían a la EPS Savia Salud, seguida de SURA con el 21,3% y Nueva EPS con 18,7% y El 8% de los casos no reportaban este dato. El 11,6% (154 casos) de los casos notificados correspondían a población extranjera, todos de Venezuela como país de origen.

Al analizar las variables relacionadas con la atención de las gestantes notificadas, se destaca que el 18% no reportaban controles prenatales (CPN) previos en el embarazo actual al momento de la detección de la enfermedad, y un 22,6% de las gestantes, presentaron su primer control prenatal después del primer trimestre de gestación. El 98% de los casos reportaron al menos una dosis de tratamiento con penicilina benzatínica, 33 casos no reportan dosis de tratamiento, estos pertenecen a las ET de Medellín (13 casos), Itagüí (4 casos), La unión (2 casos), Puerto Triunfo (2 casos), Frontino (2 casos), Amagá (2 casos); Turbo, Fredonia, Ituango, Marinilla, Nechí, Necoclí, Envigado y Peñol (1 caso). En un 64% de los casos se reporta tratamiento a la pareja sexual (ver tabla 1). Estos resultados son más alentadores que los obtenidos durante el 2024, donde solo el 60% de las gestantes recibieron primer control prenatal en el trimestre 1, el 4% no recibió tratamiento y el 39% no registró tratamiento para su pareja sexual (Ver informe de evento del año 2024).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 1. Comportamiento de atención a las madres con sífilis gestacional en Antioquia, 2025

Variable	N	%
Control embarazo actual		
Si	1093	82.2%
No	237	17.8%
Total	1330	100.0%
Edad gestacional primer control		
I TRIMESTRE	1180	88.7%
II TRIMESTRE	151	11.3%
III TRIMESTRE	151	11.3%
Total	1331	100.0%
Tratamiento gestante		
Sin tratamiento	33	2,5%
Una dosis	394	29,6%
> 1 dosis	902	67,9%
Total	1329	100,0%
Tratamiento contactos		
SI	854	64.2%
NO	476	35.8%
Total	1330	99.9%

Fuente: Sivigila 2025

3.2 Sífilis congénita

Entre la semana 1 y la 53 del 2025, se notificaron al SIVIGILA un total de 183 casos de SC. En el procesamiento de los datos se detectaron 5 casos duplicados, 28 no cumplían criterios, 20 fueron descartados con soporte, 22 eran de residencia fuera de Antioquia, para un total de 108 casos incluidos para el análisis de este informe. Con base en esta información, el 74% de los casos de sífilis congénita notificados para Antioquia cumplieron definición de caso, resultado menor a la meta nacional del 90%. Con respecto al indicador de notificación de la madre bajo el evento de SG, el Departamento presenta un 96% de Sífilis congénita de madres con sífilis gestacional notificadas, dando cumplimiento a la meta nacional del 90%. La incidencia de SC del departamento fue de 2 casos por cada mil nacidos vivos más mortinatos.

A continuación, se presenta la tabla de los indicadores de protocolo del evento 740 de sífilis congénita. Se puede observar un aumento en el indicador de la notificación materna de los casos de SC.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

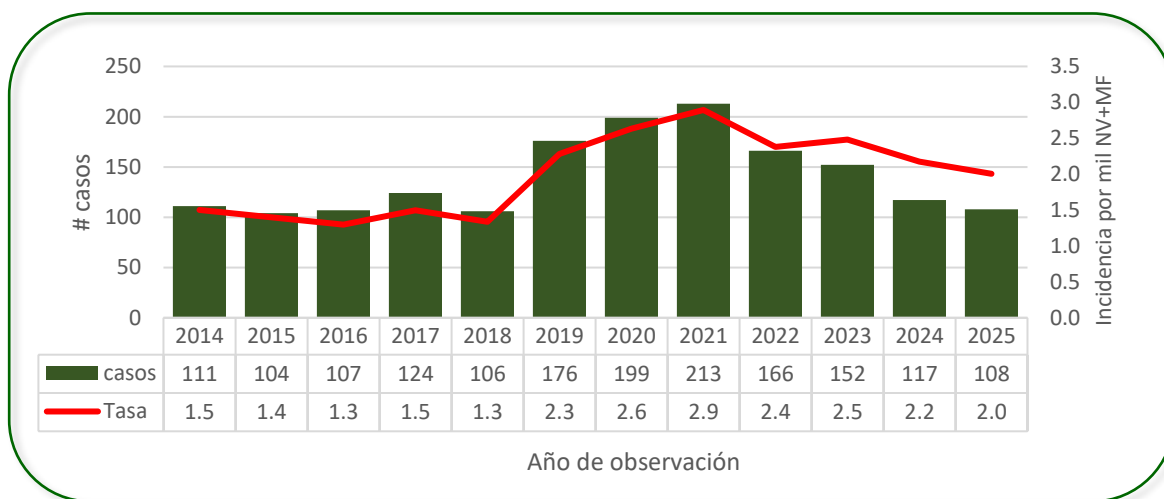
Tabla 2. Indicadores de vigilancia para sífilis congénita en Antioquia, 2024 y 2025

Indicador	Resultado 2024	Resultado 2025	Meta
Incidencia de sífilis congénita	2,2/1.000NVMF	2,0/1.000NVMF	≤ 0,5/1.000NVMF
Porcentaje de casos de sífilis congénita que cumplen definición de caso	75,5%	73,8%	90%
Proporción de casos de sífilis congénita cuyas madres fueron notificados como sífilis gestacional	92%	96,3%	90%

Fuente: Sivigila 2024-2025 y DANE 2023-2024

En la figura 8 se detalla la tendencia de notificación de casos de SC en la última década, observándose un comportamiento diferente al de la notificación de SG; durante los años 2019 a 2021 se había incrementado la notificación de casos en un 160%, reflejándose en una tasa de incidencia incrementada en una unidad. A partir del 2022 hasta el 2024, se observa una tendencia a la disminución, pasando de una tasa de 3 casos a 2,0 por 1.000 nacidos vivos más mortinatos; sin embargo, no se ha logrado llegar a la meta de eliminación de menos de 0,5.

Figura 8. Tendencia de la notificación de Sífilis congénita por año en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024

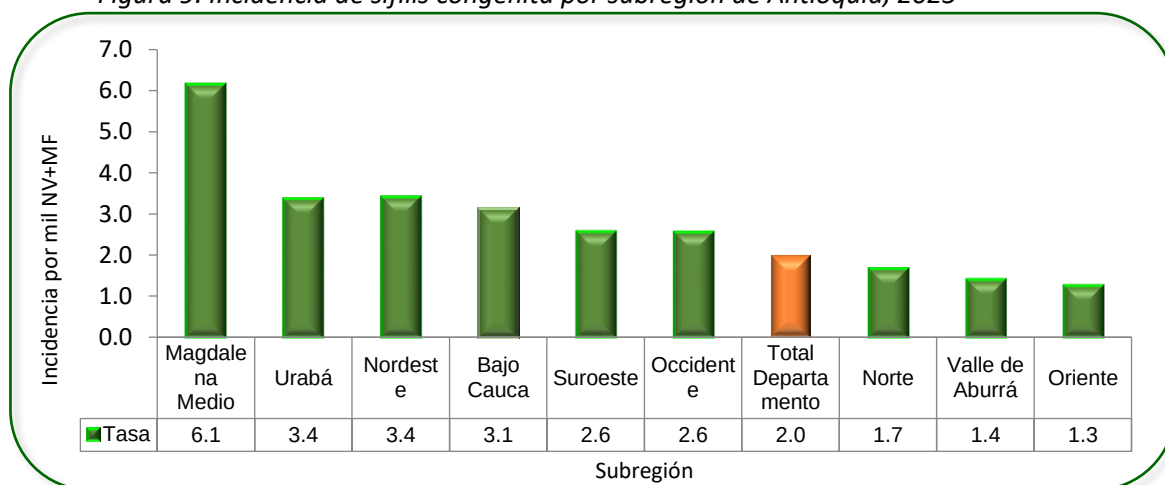




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Al analizar el comportamiento del evento por subregiones de residencia, en la figura 9 se observa que las subregiones con mayores tasas de incidencia de SC fueron en orden descendente Magdalena medio, Urabá, Nordeste, Bajo Cauca, Suroeste y Occidente, con cifras superiores a la departamental. Ninguna subregión presenta cumplimiento de la meta de eliminación, en 2024, norte había logrado 0 casos de SC.

Figura 9. Incidencia de sífilis congénita por subregión de Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024

Al analizar por entidad territorial en la figura 10, se encuentra que 40 municipios notificaron casos de SC en 2025, los 85 Municipios restantes, tienen cero casos notificados. Entre los municipios que presentan alto riesgo de SC al obtener tasas de incidencia superiores a 5 por 1.000NVMF, son en su orden Toledo (21,3), Frontino (21), Caicedo (16,1), Yalí (15,2), Yondó (14,2), Mutatá, (13,6), Murindó (11,6), Fredonia (11,4), Amagá (9,8), Concordia (9,6), Zaragoza (9,1), Puerto Triunfo (9,0), Segovia (8,9), Donmatías (7,3), Cáceres (7,2), Nechí (7,0), Ituango (6,2), San Vicente (6,1), La Ceja (5,5) y Anorí (5,3). 85 municipios lograron en 2025 la meta de eliminación con cero casos notificados, estos corresponden a: Caracolí, Maceo, Puerto Nare, El Bagre, Arboletes, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Vigía del Fuerte, Amalfi, Cisneros, Remedios, San Roque, Santo Domingo, Vegachí, Yolombó, Abriaquí, Anzá, Armenia, Buriticá, Cañasgordas, Dabeiba, Ebéjico, Giraldo, Heliconia, Liborina, Olaya Peque, Sabanalarga, San Jerónimo, Santa Fe de Antioquia, Sopetrán, Uramita, Angostura, Belmira, Briceño, Campamento, Carolina, Entreríos, Gómez Plata, Guadalupe, San Andrés de Cuerquia, San José de La Montaña, San Pedro de Los Milagros, Santa Rosa de Osos, Valdivia, Yarumal, Abejorral, Alejandría, Argelia, Cocorná, Concepción, El Carmen de Viboral, El Peñol, El Retiro, El Santuario, Granada, Guarne, Guatapé, Nariño, San Carlos, San Francisco, San Luis, San Rafael, Sonsón, Angelópolis, Betania, Betulia, Caramanta, Ciudad Bolívar, Hispania, Jardín, Jericó, La Pintada,

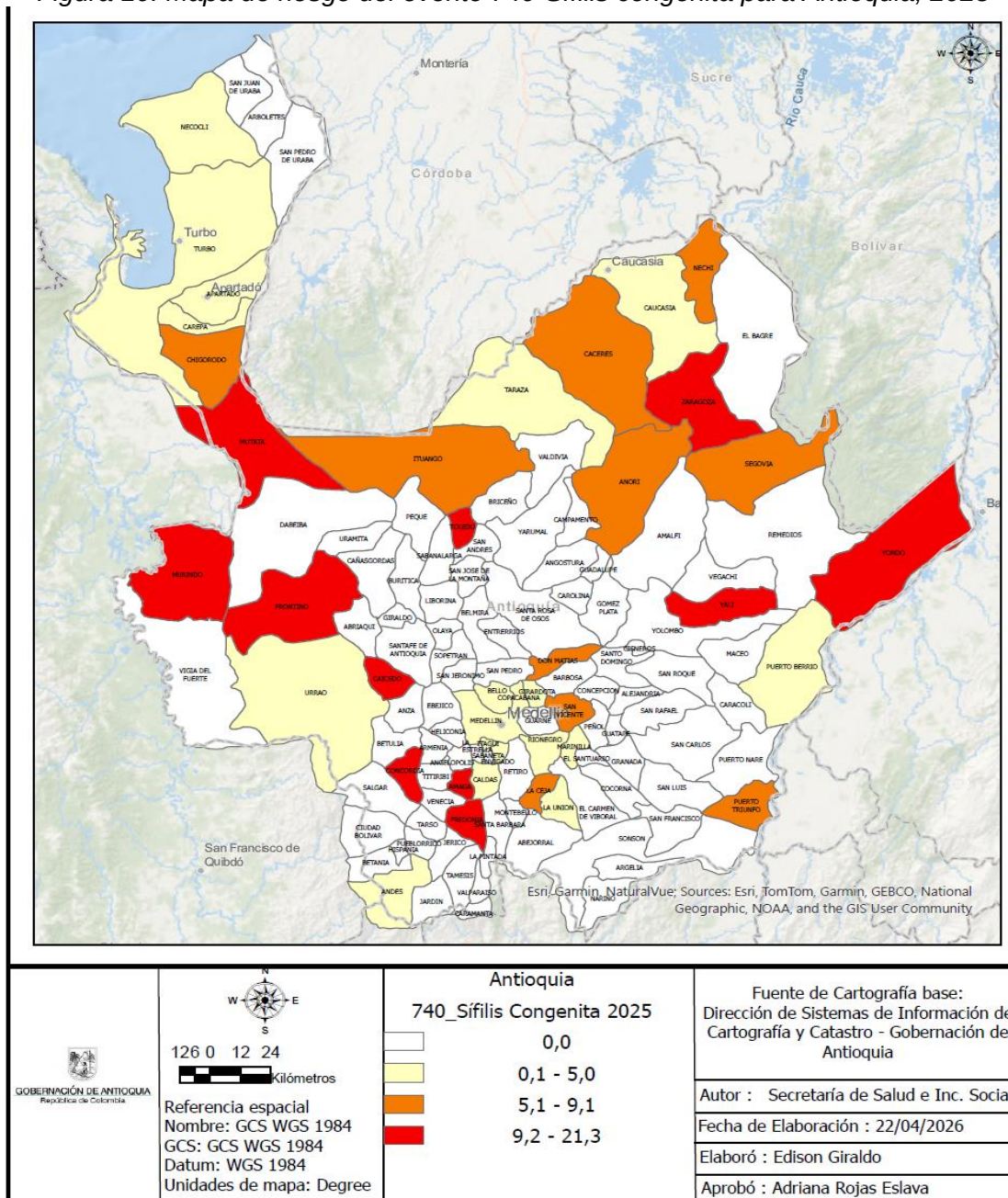




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Montebello, Pueblorrico, Salgar, Santa Bárbara, Támesis, Tarso, Titiribí, Valparaíso, Venecia, Barbosa, La Estrella y Sabaneta.

Figura 10. Mapa de riesgo del evento 740-Sífilis congénita para Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



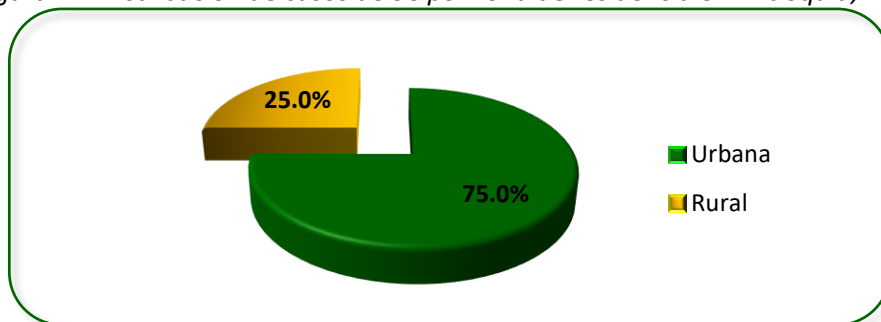
SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

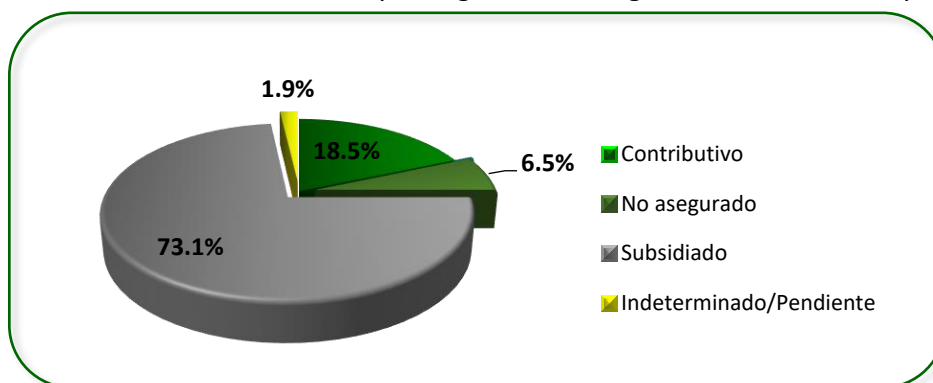
Con respecto a las características sociodemográficas mostradas en los gráficos 11 al 13, se puede destacar que el 75% residían en área urbana; 20 de los 27 casos residentes en zona rural, pertenecen a zona rural dispersa. El 16% (17 casos) eran hijos de madres extranjeras de origen venezolano, el 73% pertenecían al régimen subsidiado de salud y el 8,4% no tenían aseguramiento o era indeterminado. Frente a la etnia, se presentaron cuatro casos en población indígena, de la etnia Emberá y uno en afro. Similar al comportamiento de la SG, la mayoría de los casos de SC pertenecían a la EPS Savia salud con el 33%, 19% a COOSALUD y 18% a Nueva EPS (datos no mostrados).

Figura 11. Distribución de casos de SC por zona de residencia en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

Figura 12. Distribución de casos de SC por régimen de aseguramiento en Antioquia, 2025



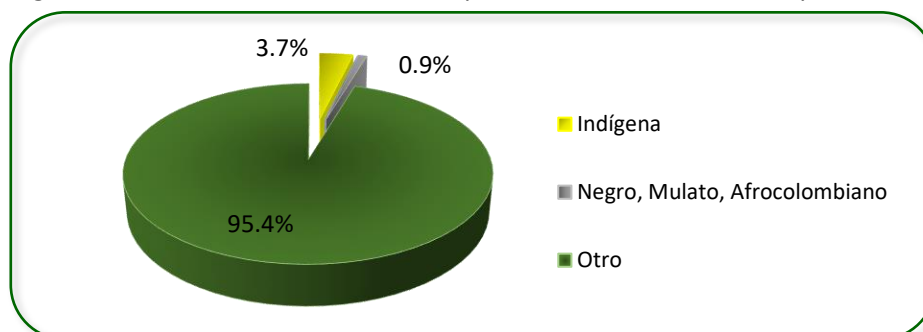
Fuente: Sivigila 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

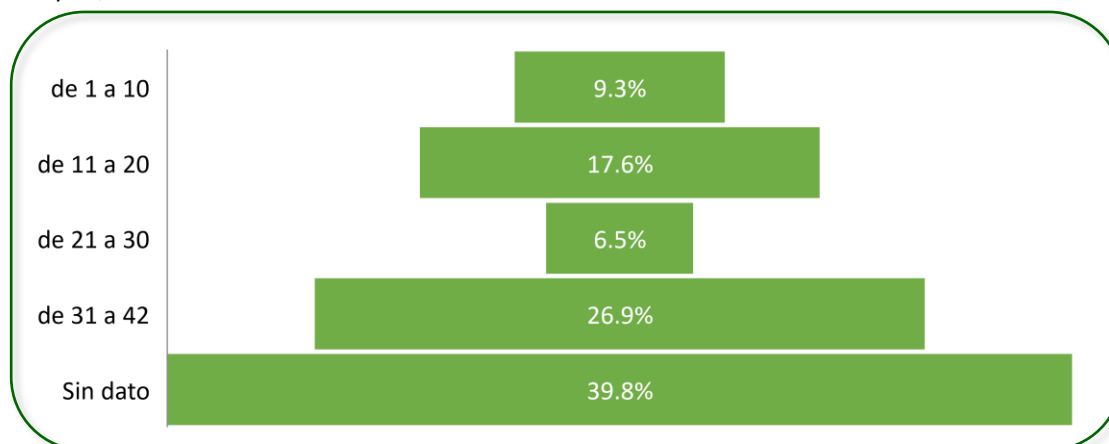
Figura 13. Distribución de casos de SC pertenencia étnica en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

Con respecto a las características clínicas de los casos de SC notificados en el primer semestre del 2025 detalladas en la figura 14, 15 y tabla 3, se puede resaltar que solo el 9,3% de las madres de los casos de SC, habían tenido CPN en las primeras 10 semanas de estación, el 27% la tuvo entre la semana 31 y 42 y la mayoría que corresponde al 40%, no tiene este dato reportado, revelando fallas en el registro de la ficha de notificación. El 88% de los casos tuvo prueba diagnóstica reactiva en el tercer trimestre, lo que sugiere un diagnóstico tardío de la infección o posible infección durante la fase final del embarazo, al 767% no se le suministró tratamiento al contacto sexual materno.

Figura 14. Distribución de casos de SC según la edad gestacional del primer control prenatal en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

En cuanto al tratamiento materno con penicilina benzatínica, el 80,5% recibió al menos una dosis de la misma y 19% no recibió tratamiento. El 87% de los bebés diagnosticados con SC requirió hospitalización y se presentaron 8 casos con estado final fallecido, lo que corresponde a un 8% del total de notificados, esto se profundizará en la sección de unidades de análisis 3. En la figura 15 se



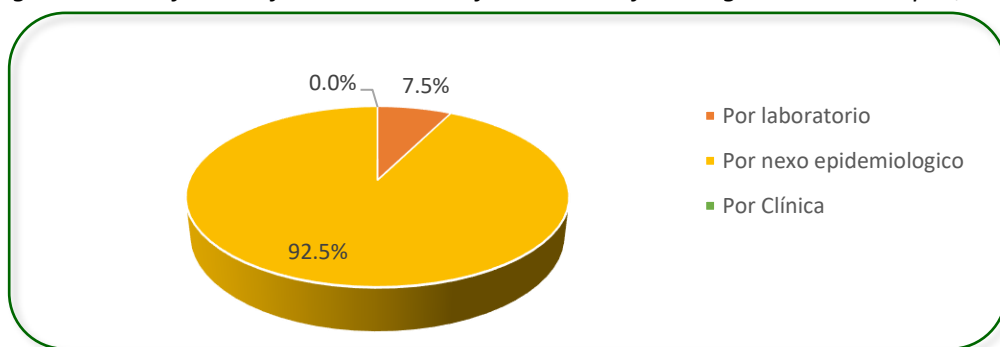


GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

puede observar que luego de la depuración de los datos y al verificar cumplimiento de definición operativa de casos, el 7,5% fueron confirmados por laboratorio y el 93% por nexo epidemiológico; esto dista de lo reportado en la ficha al momento de la notificación donde el 46% está clasificado como confirmado por laboratorio, el 11% por clínica y el 43% por Nexo epidemiológico (datos no mostrados), esto revela dificultades a nivel de las UPGD para aplicar correctamente los criterios de caso del protocolo en la clasificación.

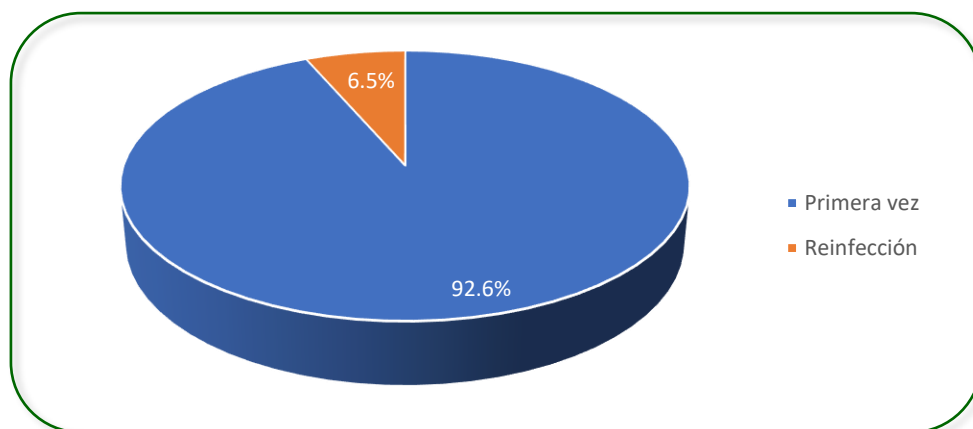
Frente al diagnóstico materno, es importante resaltar lo observado en la figura 16, donde luego de la verificación de criterios, el 6,5% de los casos de SC notificados, evidenciaban una reinfección materna; sin embargo, la notificación indicaba otro panorama, según la ficha de notificación, habían 21% de casos con reinfección materna (datos no mostrados). Esta comparación denota fallas en la interpretación de los criterios del protocolo para la clasificación de una reinfección materna.

Figura 15. Clasificación final del caso confirmado de Sífilis congénita en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

Figura 16. Distribución de casos de sífilis congénita según diagnóstico materno en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 3. Características clínicas de los casos de sífilis congénita notificados en Antioquia, 2025

Variable	N	%
Control embarazo actual		
Si	69	63,9%
No	39	36,1%
Edad gestacional en prueba diagnóstica materna		
TRIMESTRE	2	1,9%
II TRIMESTRE	10	9,8%
III TRIMESTRE	90	88,2%
Tratamiento a contacto sexual		
SI	36	33,3%
NO	72	66,6%
Dosis Aplicadas		
0	21	19,4%
1	44	40,7%
>2	43	39,8%
Condición al momento del diagnóstico		
Gestación	49	45,8%
Parto	44	41,1%
Posparto	15	14,0%
Requirió hospitalización		
Si	94	87,0%
No	14	13,0%
Estado final		
Vivo	100	92,6%
Muerto	8	7,4%

Fuente: Sivigila 2025

Frente a los casos con estado final fallecido en el evento de SC, es importante resaltar que 7 de los 8 casos, ocurrieron en etapa perinatal, por lo que requirieron unidad de análisis, el caso restante pertenece al Municipio de Envigado y el deceso ocurrió después del mes de vida. Los casos fallecidos eran residentes de Medellín (3 casos), Turbo, Yondó, Amagá y Chigorodó. El caso de residencia Chigorodó fue detectado mediante cruce con RUAF-ND. Las EAPB involucradas en los casos fallecidos se describen en la tabla 4, destacándose Savia salud con 3 casos y Nueva EPS y Coosalud con dos casos cada una. En todas las unidades de análisis realizadas se confirmó la sífilis congénita, pero en cuatro se confirmó que esta fuera la causa de la muerte, en los otros casos, la muerte fue atribuida a otros procesos como la drogadicción materna en dos casos y en el restante por síndrome





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

de transfusión placentaria. En la tabla 5 se detallan los factores identificados en los tableros de problemas de los 7 casos analizados especificándose los que fueron confirmados y los descartados. Los tableros de problemas generan 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.

Tabla 4. Casos fallecidos para evento Sífilis congénita en Antioquia, 2025

Municipio de residencia	EAPB	Clasificación final	Oportunidad UA
MEDELLIN	SAVIA SALUD	CONFIRMADO	SI
TURBO	NUEVA EPS	CONFIRMADO	SI
YONDO (CASABE)	SAVIA SALUD	DESCARTADO	SI
AMAGÁ	COOSALUD	CONFIRMADO	SI
MEDELLIN	NUEVA EPS	DESCARTADO	SI
CHIGORODO	SAVIA SALUD	CONFIRMADO	NO
MEDELLIN	COOSALUD	DESCARTADO	NO
ENVIGADO	FAMISANAR	NO APLICA	NO APLICA

Fuente: Sivigila 2025 y UACE 2025

En el análisis de los tableros de problemas de casos de sífilis congénita fallecidos especificados en la tabla 5, se identificaron 53 problemas, agrupados en 9 factores. Se describen los factores y problemas hallados en todos los casos analizados y segregados por clasificación final. Los factores más frecuentemente con los casos confirmados fueron: Desde el cuidador (madre), los conocimientos actitudes y prácticas con 17 problemas identificados, siendo los principales, el desconocimiento de derechos y deberes en salud y Desconocimiento de signos y síntomas y falta de oportunidad en la toma de decisiones para acceder a los servicios. Como determinantes estructurales e intermedios, se destacan la residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad social y el consumo de sustancias psicoactivas. Desde los servicios de salud, el principal factor involucrado está relacionado con incumplimiento en acciones de promoción y mantenimiento de la salud. En el tipo de entidad responsable la más frecuente.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 5. Tablero de problemas de los casos de muerte por Sífilis congénita analizados mediante unidad de análisis en Antioquia, 2025

Factor / Problema	Confirmado	Descartado	Total
Relacionados con el individuo/cuidador			
Acceso a los servicios de salud	3	3	6
No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde la residencia hacia el centro de atención médica	1	1	2
No cuenta con la capacidad económica necesaria para los gastos de la atención en salud (medicamentos, insumos)		1	1
Prácticas domiciliarias o comunitarias que retrasan acceso a servicios de salud	1		1
Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud	1	1	2
Conocimientos, actitudes y prácticas en salud	17	8	25
Baja percepción de riesgo en salud para acudir a servicios de salud	4	1	5
Desconocimiento de derechos y deberes en salud	5	1	6
Desconocimiento de signos y síntomas de alerta por parte del cuidador	3	1	4
Desconocimiento sobre los mecanismos de acceso a los servicios de salud	1	2	3
Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud	1	2	3
Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud	3	1	4
Determinantes estructurales	8	8	16
Desplazado		3	3
Identidad de género	3		3
Menor de edad		1	1
Pertenencia étnica: indígena, negro, mulato, afrocolombiano, etc	2	1	3
Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social	3	1	4
Víctima del conflicto armado		2	2
Determinantes intermedios	12	8	20
Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador	2	3	5
Consumidor de sustancias psicoactivas	4	2	6
Desocupado	2	1	3
Hogar con servicios públicos deficientes (acueducto, alcantarillado, luz, gas, telefonía, otros)	1		1
No disponibilidad o acceso a los alimentos	1	1	2
Población con afectaciones en la salud mental	2	1	3
Total Individuo/Cuidador	40	27	67





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Factor / Problema	Confirmado	Descartado	Total
Relacionados con los servicios de salud			
Acciones de promoción y mantenimiento de la salud	6	2	8
Incumplimiento de las acciones de educación y comunicación para la salud	1		1
Incumplimiento en las acciones de demanda inducida	2		2
Incumplimiento en las acciones de detección temprana	1		1
Incumplimiento en las acciones de protección específica	2	2	4
Gestión del aseguramiento	3	2	5
Incumplimiento en la oferta de prestación de servicios		1	1
La EAPB o entidad territorial no garantiza una red de servicios suficiente, oportuna, accesible o resolutive	1		1
No se desarrollan acciones específicas o intervenciones de acuerdo con la caracterización poblacional	1		1
No se realiza seguimiento a los procesos de afiliación de su población a cargo	1	1	2
Gobernanza	1		1
Ausencia de coordinación de acciones intersectoriales en el territorio	1		1
Prestación de servicios individuales	3	8	11
Falla en los mecanismos de seguimiento	1	1	2
Falta o deficiencia en la disponibilidad de medicamentos, dispositivos médicos y tecnológicos para la atención		1	1
Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	1	2	3
No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	1	3	4
No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente		1	1
Total servicios de salud	13	12	25

Fuente: UACE 2025

4. Discusión

El comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en Antioquia durante 2025 evidencia la persistencia de un problema de salud pública que, aunque ha mostrado avances en algunos indicadores clave, continúa reflejando brechas estructurales en la prevención de la transmisión materno-infantil (TMI).



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

En el marco de estrategias como ETMI-PLUS y la implementación de la Resolución 1314 de 2020, el cambio en el algoritmo diagnóstico; así como, el fortalecimiento del tamizaje en gestantes ha favorecido una mayor detección de casos de sífilis gestacional [3,4] Esto se refleja en el incremento sostenido de la razón de prevalencia, que alcanzó 24,7 casos por 1.000 nacidos vivos más mortinatos en 2025. Este comportamiento no necesariamente indica un aumento real en la transmisión, sino una mayor capacidad del sistema para identificar casos previamente no diagnosticados.

Sin embargo, este avance en la detección contrasta con la persistencia de una incidencia de sífilis congénita de 2,0 por 1.000 nacidos vivos más mortinatos, cifra que, aunque menor a la de años previos, continúa ampliamente por encima de la meta de eliminación establecida por la OPS [13]. Este hallazgo pone en evidencia que el principal desafío no radica en la identificación de casos, sino en la oportunidad y calidad del manejo clínico y epidemiológico de las gestantes diagnosticadas. Los resultados muestran que una proporción importante de los casos de sífilis congénita se asocian a diagnósticos maternos tardíos, principalmente en el tercer trimestre, lo cual limita significativamente la efectividad del tratamiento para prevenir la transmisión vertical. A esto se suma que cerca de una quinta parte de las gestantes no accedieron a control prenatal y que persisten retrasos en el inicio del mismo, lo que evidencia fallas en la captación temprana, particularmente en poblaciones vulnerables [6,7,11].

Aunque el tratamiento materno mostró coberturas altas, la baja proporción de tratamiento a contactos sexuales (64% en sífilis gestacional y 33% en sífilis congénita) constituye una de las principales brechas, favoreciendo la reinfección materna y la persistencia de cadenas de transmisión. Este aspecto, sumado a la identificación de reinfecciones y al diagnóstico en etapas avanzadas de la gestación, sugiere debilidades en el abordaje integral del evento desde la salud pública [6,7,11].

Adicionalmente, los hallazgos relacionados con la calidad de la información evidencian limitaciones importantes en el sistema de vigilancia. El bajo cumplimiento de la definición de caso en sífilis congénita (73,8%) y las inconsistencias en la clasificación diagnóstica y de reinfección reflejan dificultades en la apropiación del protocolo por parte de las UPGD, lo que impacta la validez del análisis epidemiológico y la toma de decisiones, ya que las reinfecciones ocurren principalmente al final de la gestación y al no contar con tratamiento adecuado, los casos pueden ser clasificados como SC por nexo epidemiológico generando una sobreestimación de casos. Estos dos últimos aspectos señalan la necesidad de fortalecer la aplicación de los criterios de definición de caso en las asistencias técnicas; así como la auditoría de las HC de los casos de SC notificados con miras a verificación de criterios, considerando la importancia del evento en las metas de eliminación nacionales [3].

El análisis territorial confirma una distribución heterogénea del evento, con mayor carga en subregiones como Urabá, Magdalena Medio, Nordeste y Bajo Cauca, territorios caracterizados por mayores niveles de vulnerabilidad social, ruralidad dispersa y barreras de acceso a los servicios de





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

salud y migración [15]. Esta relación evidencia el papel de los determinantes sociales en la ocurrencia de la sífilis congénita, reafirmando que su control trasciende el ámbito clínico [6,7].

Los hallazgos derivados de las unidades de análisis de mortalidad aportan evidencia crítica sobre las fallas del sistema. La identificación de barreras de acceso, bajo nivel educativo, consumo de sustancias psicoactivas y deficiencias en las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, así como fallas en la adherencia a las guías clínicas, demuestra que una proporción de los desenlaces fatales eran potencialmente evitables [6,7].

En conjunto, estos resultados evidencian que, si bien Antioquia ha avanzado en la detección y seguimiento de la sífilis gestacional, persisten brechas significativas en la calidad, oportunidad e integralidad de la atención, lo que limita el impacto de las intervenciones y retrasa el cumplimiento de la meta de eliminación de la transmisión materno-infantil.

5. Conclusiones

Antioquia mantiene una alta carga de sífilis gestacional, con incremento sostenido asociado al fortalecimiento del tamizaje, lo que refleja una mayor capacidad de detección del sistema de salud.

La sífilis congénita continúa siendo un evento prevenible no controlado, con una incidencia que, aunque en descenso, permanece muy por encima de la meta de eliminación.

Las principales fallas del sistema se concentran en diagnóstico tardío en gestantes, captación inoportuna al control prenatal, bajo tratamiento de contactos sexuales, debilidades en la calidad del dato y aplicación del protocolo. Existe una clara relación entre la ocurrencia del evento y los determinantes sociales, particularmente en territorios con mayor vulnerabilidad, ruralidad y presencia de población migrante.

6. Recomendaciones

A nivel departamental se debe priorizar intervenciones en municipios y subregiones con mayor riesgo, mediante planes de choque territoriales. Se recomienda fortalecer la calidad de la información mediante auditorías periódicas en SIVIGILA, orientadas a evaluar la completitud, consistencia y validez de los datos, incluyendo la verificación con historias clínicas y otras fuentes. Es fundamental mantener procesos continuos de capacitación al talento humano de las UPGD en la aplicación de definiciones de caso, clasificación diagnóstica y diligenciamiento adecuado de las fichas, especialmente en contextos de alta rotación. Asimismo, se debe avanzar en la estandarización de criterios de notificación y clasificación entre los actores del sistema, en





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

concordancia con los lineamientos del Instituto Nacional de Salud, para mejorar la calidad del análisis epidemiológico y la toma de decisiones.

De parte de las EAPB se debe garantizar estrategias efectivas de búsqueda activa y demanda inducida en gestantes y mujeres en edad fértil con el objetivo de asegurar Inicio temprano del CPN, tratamiento completo y oportuno, tratamiento simultáneo de contactos sexuales e Implementar seguimiento estricto a gestantes con diagnóstico de sífilis hasta el desenlace del embarazo. Por otro lado, es fundamental que las EAPB fortalezcan las acciones de promoción y prevención basadas en campañas educativas y de tamización, dirigidas a población en edad reproductiva, principalmente mujeres jóvenes quienes son las que mas aportan casos en ambos eventos.

Las IPS deben fortalecer la adherencia a las guías clínicas y protocolos de vigilancia con el fin de reducir errores en la clasificación de casos, interpretación de pruebas, garantizar diagnóstico en el primer trimestre y tratamiento inmediato en el mismo momento (estrategia “test and treat”). Como una de las causas de la baja adherencia a protocolos y guías es la alta rotación de personal asistencial en territorio, se deben implementar estrategias para la garantía de personal con experiencia en manejo de gestantes.

Las entidades territoriales locales, en articulación con la Secretaría Seccional de Salud, deben fortalecer la vigilancia basada en comunidad como estrategia para la captación temprana de gestantes. Asimismo, es fundamental implementar estrategias diferenciales dirigidas a población migrante y a residentes de zonas rurales dispersas, considerando sus barreras particulares de acceso.

De manera complementaria, se deben robustecer los procesos de aseguramiento en salud mediante acciones coordinadas con gestores y vigías comunitarios, así como con las instituciones prestadoras de servicios de salud, que cumplen un rol clave en la identificación de población no asegurada. Estas acciones deben orientarse a la canalización oportuna hacia las Direcciones Locales de Salud, garantizando el acompañamiento en los procesos de regularización, cuando aplique, y su afiliación efectiva al sistema de salud.

Se recomienda implementar intervenciones diferenciales dirigidas a gestantes con consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y población con bajo nivel educativo, reconociendo su mayor vulnerabilidad frente a la transmisión materno-infantil. Para gestantes con consumo de SPA, es clave fortalecer la identificación temprana, el acompañamiento psicosocial continuo y la articulación con servicios de salud mental y protección social, priorizando su captación oportuna al control prenatal, el tamizaje para ITS y la adherencia al tratamiento. En población con baja escolaridad o pertenecientes a grupos étnicos con idioma distinto al español, se deben desarrollar estrategias de educación para la salud adaptadas, enfocadas en la importancia del control prenatal temprano, el reconocimiento de signos de alarma y el acceso a servicios.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

De manera transversal, se debe garantizar la integración de salud mental, salud sexual y reproductiva y protección social, mediante rutas de atención articuladas que respondan a las necesidades sociales y clínicas de estas gestantes.

Bibliografía.

1. Arando Lasagabaster M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(6):398–404. doi:10.1016/j.eimc.2018.12.009
2. Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Sífilis: la gran simuladora. *Infectio*. 2008;12(2).
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de sífilis gestacional y congénita. Versión 7. Bogotá: INS; 2024.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. ETMI-PLUS Colombia 2021–2030. Bogotá: MSPS; 2020.
5. Kojima N, Klausner JD. An update on the global epidemiology of syphilis. *Curr Epidemiol Rep*. 2018;5(1):24–38. doi:10.1007/s40471-018-0138-z
6. Batista-Pascoal L, Machado-Carelllos EV, Machado-Tarabai BH, Cerqueira-Vieira C, Gonsalves-Rezende L, Faria-Salgado BS, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis: A systematic review. *Trop Med Int Health*. 2023;28(6):442–53. doi:10.1111/tmi.13881
7. Moreno-Gómez GA, Moreno-Gómez JG, Colorado-Barrios KT. Determinantes sociales de la salud asociados a la sífilis gestacional y congénita en Risaralda. *Rev Méd Risaralda*. 2022;28(2). doi:10.22517/25395203.25271
8. Organización Mundial de la Salud. Sífilis [Internet]. 2025 [citado 2025 May 29]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
9. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. 2025.
10. Organización Panamericana de la Salud. Sífilis [Internet]. 2024.
11. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento 2024: sífilis gestacional y sífilis congénita [Internet]. Bogotá: INS; [citado 2026 Abr 24]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/S%C3%8DFILIS%20CONG%C3%89NITA%20Y%20GESTACIONAL%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf>
12. Gobernación de Antioquia. Informe anual 2024: evento 750 sífilis gestacional y 740 sífilis congénita. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2025.
13. Organización Panamericana de la Salud. Eliminación de la transmisión materno-infantil de VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas [Internet].
14. Resolución 1314 de 2020. Ministerio de Salud y Protección Social; 2020.
15. Gobernación de Antioquia. Plan Territorial de Salud 2024–2027. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2024.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Elaboró:

Daniela Herrera Posada
Microbióloga Epidemióloga
Equipo de Gestión del Riesgo de Eventos de Interés en Salud Pública
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia
vigilanciaits.sssa@antioquia.gov.co

Indicadores:

Edison Giraldo López, GESIS.
Profesional en gerencia de sistemas de información en salud
Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia
edison.giraldo@antioquia.gov.co



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

