

Fidelidad de implementación y factores asociados en la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal para sífilis gestacional y congénita en Candelaria, Colombia, 2022-2024

Yenny Daniela Padilla Morales¹; Luisa Consuelo Rubiano¹

Resumen

Objetivo: Evaluar la fidelidad de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIASMP) en los componentes de sífilis gestacional y congénita en los servicios de salud del municipio de Candelaria, Valle del Cauca, entre 2022 y 2024, e identificar los factores que favorecen o limitan su implementación.

Métodos: Estudio evaluativo con enfoque mixto y triangulación convergente, sustentado en el marco Conceptual para la Fidelidad de la Implementación de Carroll et al., y en el CFIR. Se desarrolló en una Empresa Social del Estado e incluyó 15 gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional y tres profesionales vinculados a la RIASMP, seleccionados mediante muestreo intencional. La información se recolectó mediante 2 escalas tipo Likert, 2 entrevistas semiestructuradas y una lista de chequeo institucional. Los datos cuantitativos se analizaron con estadística descriptiva y los cualitativos mediante análisis temático; posteriormente, los hallazgos fueron integrados mediante triangulación.

Resultados: La fidelidad de implementación alcanzó un nivel medio desde la experiencia de las gestantes (75,3 %), con fortalezas en los componentes de diagnóstico y tratamiento y brechas en el acceso a los servicios y el seguimiento del recién nacido. La evaluación institucional evidenció un cumplimiento del 88,9 % de los criterios establecidos para la ruta. Sin embargo, la integración de los hallazgos mostró diferencias entre la evaluación institucional y la experiencia de las gestantes en aspectos relacionados con la disponibilidad de pruebas rápidas, la captación temprana, el manejo de los contactos sexuales y los tiempos de atención. La notificación de los contactos sexuales, delegada principalmente en las

gestantes, constituyó una brecha en la implementación de la ruta y estuvo presente en el único caso de sífilis congénita identificado en la muestra.

Conclusiones. Aunque la RIASMP cuenta con recursos, procesos y lineamientos para la atención de la sífilis gestacional y congénita, persisten brechas que limitan su implementación efectiva. Fortalecer la captación temprana, la búsqueda activa de contactos sexuales, el acompañamiento psicosocial y la articulación entre servicios, incorporando un enfoque diferencial, resulta fundamental para avanzar hacia la eliminación de la sífilis congénita.

Palabras claves: sífilis, ruta de atención, RIASMP, fidelidad, barreras, facilitadores, atención materno perinatal.

Introducción

La sífilis gestacional y congénita continúa siendo un problema de salud pública y un indicador sensible de la capacidad de los sistemas de salud para garantizar una atención oportuna y de calidad durante el embarazo. En 2022, la Organización Mundial de la Salud estimó cerca de 700.000 casos de sífilis congénita en el mundo, asociados a aproximadamente 150.000 muertes fetales y prenatales, 70 000 muertes neonatales y 55 000 nacimientos prematuros o con bajo peso (1). En la Región de las Américas se notificaron alrededor de 3,36 millones de nuevos casos de sífilis, lo que representó un incremento del 30 % respecto a 2020 (2). Estas cifras resultan especialmente preocupantes si se considera que se trata de una infección prevenible, de diagnóstico relativamente sencillo y con un tratamiento efectivo y de bajo costo.

En Colombia, continúa siendo contradictoria la disponibilidad del conocimiento y su aplicación en los servicios de salud. La incidencia de sífilis gestacional aumentó de 10,3 casos por cada 1 000 nacidos vivos en 2019 a 16,1 en 2024, año en el que se notificaron 9 229 casos en el país (3). Aunque la incidencia de sífilis congénita mostró una reducción durante este periodo, alcanzando 1,9 casos por cada 1 000 nacidos vivos y mortinatos, la cifra continúa lejos de la meta de eliminación propuesta por la Organización Mundial de la Salud, establecida en menos de 0,5 casos por cada 1 000 nacimientos (3,4). La persistencia de la transmisión, evidencia que las dificultades no se relacionan únicamente con la disponibilidad de lineamientos, pruebas diagnósticas o tratamientos efectivos, sino también con la forma en que estas intervenciones son implementadas en la práctica.

Con el propósito de fortalecer la atención materno-perinatal y prevenir la transmisión materno-infantil de infecciones prevenibles, Colombia ha adoptado diferentes estrategias, entre ellas la estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil (ETMI Plus), el Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para sífilis gestacional y congénita y la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIASMP), establecida mediante la Resolución 3280 de 2018 (5). La RIASMP constituye el principal marco operativo para garantizar la atención integral de las gestantes y sus recién nacidos, definiendo acciones relacionadas con consulta preconcepcional, la captación temprana, el tamizaje oportuno, el tratamiento inmediato con penicilina, el tratamiento de los contactos sexuales y el seguimiento de la madre y del recién nacido (5). Sin embargo, la existencia de una ruta técnicamente completa no garantiza por sí sola su adecuada ejecución.

En este contexto, la fidelidad de implementación cobra especial relevancia. Este concepto se refiere al grado en que una intervención se desarrolla de acuerdo con lo previsto y permite comprender si los resultados observados se relacionan con su implementación o

con aspectos propios de su diseño (6,7). Sin embargo, la fidelidad no depende únicamente de la existencia de lineamientos, sino también de las condiciones institucionales, sociales y territoriales en las que estos se ponen en práctica.

El municipio de Candelaria, Valle del Cauca, constituye un escenario relevante para analizar esta problemática. Durante 2024 se notificaron 24 casos de sífilis gestacional, de los cuales 9 evolucionaron a sífilis congénita (8), situación que evidencia la persistencia de la transmisión materno-infantil. Comprender cómo se implementan las acciones contempladas en la RIASMP y cuáles son los factores que facilitan o limitan su desarrollo resulta fundamental para identificar oportunidades de mejora en la atención.

Aunque existen estudios sobre la situación epidemiológica de la sífilis gestacional y congénita, la evidencia sobre la fidelidad de implementación de los componentes de la RIASMP sigue siendo limitada. igualmente, son escasas las investigaciones que analizan de manera integrada los factores que favorecen o dificultan su implementación. Generar evidencia sobre estos aspectos puede contribuir a comprender las brechas entre las políticas y su aplicación en contextos locales como Candelaria.

Por lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la fidelidad de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal en los componentes de sífilis gestacional y congénita en el municipio de Candelaria durante el periodo 2022-2024, así como identificar los factores que favorecen o limitan su implementación, con el fin de aportar evidencia útil para el fortalecimiento de las acciones de prevención y control de una enfermedad que continúa siendo evitable.

MÉTODOS

Tipo de estudio y contexto

Se realizó un estudio evaluativo con enfoque mixto y estrategia de triangulación convergente (9), con el propósito de comprender y evaluar la fidelidad de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIASMP) en los componentes relacionados con la sífilis gestacional y congénita. Para orientar el análisis se utilizaron dos marcos conceptuales complementarios. Por un lado, Marco Conceptual para la Fidelidad de la Implementación de Carroll et al, que propone dimensiones como la adherencia, la dosis, la calidad de la entrega y la respuesta de los participantes (6); y por otro, el Marco Consolidado para la Investigación en Implementación (CFIR), que permite comprender los factores contextuales que facilitan o dificultan la ejecución de una intervención (10)

El estudio se desarrolló en una Empresa Social del Estado del municipio de Candelaria, Valle del Cauca, e incluyó el periodo comprendido entre los años 2022 y 2024. La Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, establecida en la Resolución 3280 de 2018(5), sirvió como referente principal para el análisis.

Participantes

Participaron 15 gestantes diagnosticadas con sífilis gestacional durante el periodo de estudio y tres profesionales de salud vinculados directamente con la implementación de la ruta materno-perinatal. La selección se realizó mediante un muestreo intencional, no probabilístico, seleccionando participantes que habían vivido o participado directamente en los procesos de atención, seguimiento y manejo de los casos.

Entre los profesionales participaron la coordinadora de enfermería, una auxiliar de enfermería de servicios amigables y el médico responsable de la ruta materno-perinatal. Se incluyeron gestantes y el personal de salud que cumplieran los criterios de inclusión.

Inicialmente se identificaron 39 gestantes potencialmente elegibles. Sin embargo, 24 no aceptaron participar o no completaron el proceso de consentimiento informado.

Procedimiento

La recolección de información se realizó mediante 5 instrumentos, previamente revisados y validados por expertos metodológicos y temáticos.

La información se recolectó mediante tres técnicas. Primero, se aplicó una escala tipo Likert (11) a gestantes y personal de salud para explorar aspectos relacionados con la atención y la implementación de la ruta. Segundo, se realizaron entrevistas semiestructuradas que permitieron profundizar en las experiencias y percepciones de los participantes. Finalmente, se utilizó una lista de chequeo institucional basada en los componentes de la RIASMP para sífilis gestacional y congénita (5), orientada a evaluar la disponibilidad de recursos, la organización de los servicios, la articulación institucional y el seguimiento de los casos.

El contacto con el personal de salud se realizó a través de la institución. Para la identificación de las gestantes se utilizaron diferentes fuentes de información, Debido a que la institución sufrió un incidente de seguridad informática que ocasionó la pérdida parcial de información clínica y de los registros históricos de atención, fue necesario recurrir a fuentes secundarias para la recuperación de los casos correspondientes al periodo de estudio. Los casos de los años 2022 y 2023 fueron identificados a partir de las bases de datos suministradas por la Secretaría de Salud Municipal y los registros del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Durante la revisión de estas fuentes se

identificaron dificultades relacionadas con la calidad del dato, lo que dificultó el contacto con las gestantes. Para el año 2024 se utilizaron los registros institucionales disponibles. Una vez identificadas las posibles participantes, se estableció contacto telefónico para explicar los objetivos del estudio, verificar su disposición para participar y coordinar la realización de las entrevistas. Todas las entrevistas fueron grabadas con autorización previa y posteriormente transcritas de manera textual.

Análisis de la información

La información cuantitativa fue organizada y analizada mediante estadística descriptiva a través de Excel. Para facilitar la interpretación de los resultados, las respuestas de las gestantes se agruparon de acuerdo con los principales componentes de la ruta de atención, considerando que estos reflejan las diferentes etapas de su experiencia dentro del sistema de salud. Por su parte, las respuestas del personal de salud se organizaron según los dominios del CFIR, con el propósito de identificar factores relacionados con la implementación institucional.

La información cualitativa fue analizada mediante análisis temático con apoyo del software ATLAS.ti versión 25. El proceso incluyó la lectura detallada de las entrevistas, la identificación de códigos y la construcción de categorías relacionadas con la fidelidad de implementación, así como con las barreras y facilitadores presentes durante la ejecución de la ruta.

Posteriormente, los hallazgos provenientes de las diferentes fuentes de información fueron integrados mediante triangulación múltiple (12). Este proceso permitió contrastar los resultados cuantitativos, cualitativos e institucionales, identificando coincidencias, diferencias y elementos complementarios entre las gestantes, el personal de salud y la

institución. Como apoyo para la construcción de matrices de triangulación y la elaboración de figuras, se utilizó la herramienta de inteligencia artificial Claude (Anthropic). Todos los productos generados fueron revisados y validados de manera independiente por las investigadoras, quienes asumieron la responsabilidad sobre la interpretación y presentación final de los resultados.

Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación del comité de ética en investigación CEI el 02 de febrero del 2026 y se desarrolló de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y la normativa colombiana vigente para la investigación en salud. Todas las participantes firmaron consentimiento informado previo a su participación y se garantizó la confidencialidad de la información mediante la asignación de códigos alfanuméricos que protegieron su identidad durante todo el proceso investigativo.

RESULTADOS

Caracterización de participantes

Las 15 gestantes participantes tuvieron una mediana de edad de 26 años (rango: 18–40 años), 12 de ellas se encuentran entre 20 y 34 años (80,0 %). 10 residían en zona rural (66,7 %) y 5 en la cabecera municipal (33,3 %). Según el año de diagnóstico, 5 casos correspondieron a 2022, 8 a 2023 y 2 a 2024. En relación con la captación al control prenatal, 9 gestantes (60,0 %) fueron captadas de manera temprana (≤ 12 semanas de gestación), mientras que 6 (40,0 %) ingresaron de forma tardía (> 12 semanas), incluidas 3 captaciones muy tardías registradas en las semanas 35, 36 y 38. El personal de salud entrevistado estuvo conformado por la coordinadora de enfermería con 5 años de experiencia en la RIASMP, una auxiliar de enfermería de servicios amigables con 3 años

de experiencia y el médico responsable de la ruta materno-perinatal con 2 años de experiencia en la misma.

Casos de sífilis congénita

Dentro de las gestantes participantes se identificó un caso de sífilis congénita confirmada, correspondiente a una mujer cuya captación al control prenatal se realizó en la semana 38 de gestación. El recién nacido recibió tratamiento desde el primer día de vida y requirió hospitalización durante dos semanas en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

Al analizar este caso de manera integral, se observó la presencia simultánea de varias de las brechas identificadas a lo largo del estudio, entre ellas la captación tardía al control prenatal, el tratamiento incompleto antes del parto y la ausencia de tratamiento de la pareja sexual. De acuerdo con la información recolectada, el caso correspondió a una posible reinfección materna asociada a la negativa de la pareja para recibir tratamiento, situación frente a la cual no se documentó una búsqueda activa por parte de la institución. La concurrencia de estos factores resalta la importancia del manejo integral de los contactos sexuales como parte de las acciones dirigidas a prevenir la transmisión materno-infantil de la sífilis.

Las otras dos gestantes con captación tardía identificadas en la muestra (semanas 35 y 36) no tuvieron recién nacidos con sífilis congénita; sin embargo, una de ellas manifestó preocupación persistente por las posibles consecuencias futuras para su hijo. En conjunto, estos hallazgos muestran que la captación oportuna y el manejo adecuado de los contactos sexuales continúan siendo elementos clave para prevenir desenlaces adversos asociados a la sífilis gestacional.

Fidelidad percibida por las gestantes

Los resultados obtenidos a través de la escala tipo Likert aplicada a las gestantes mostraron una fidelidad percibida total de 75 % (mediana: 78%), correspondiente a un nivel medio de implementación de la ruta. Al clasificar los resultados por niveles, 5 participantes (33%) percibieron una fidelidad alta, 8 (53 %) una fidelidad media y 2 (13 %) una fidelidad baja, lo que indica que, aunque la mayoría reconoció el cumplimiento de las acciones previstas en la atención, persistieron experiencias asociadas a dificultades en algunos componentes de la ruta.

El análisis por dimensiones mostró diferencias importantes entre los distintos momentos de la atención. Las puntuaciones más altas se observaron en las dimensiones de diagnóstico con un cumplimiento de (86,7 %) y tratamiento (80,7 %), ambas clasificadas en nivel alto. Por el contrario, las dimensiones relacionadas con el acceso a los servicios tuvieron un cumplimiento de (69,3 %) y el seguimiento del recién nacido (66,7 %) obtuvieron las puntuaciones más bajas, evidenciando oportunidades de mejora en aspectos relacionados con la continuidad de la atención y el acompañamiento posterior al nacimiento (*figura 1*).

A nivel de los ítems evaluados, las gestantes otorgaron las mayores puntuaciones a la realización de las pruebas diagnósticas (media: 4,67; mediana: 5) y a la aplicación completa del tratamiento (media: 4,47; mediana: 5). En contraste, los aspectos menos valorados fueron la ausencia de barreras para acceder a los servicios (media: 2,93; mediana: 3) y la información recibida sobre el seguimiento del recién nacido (media: 3,33; mediana: 3). No se observaron diferencias relevantes según el lugar de residencia.

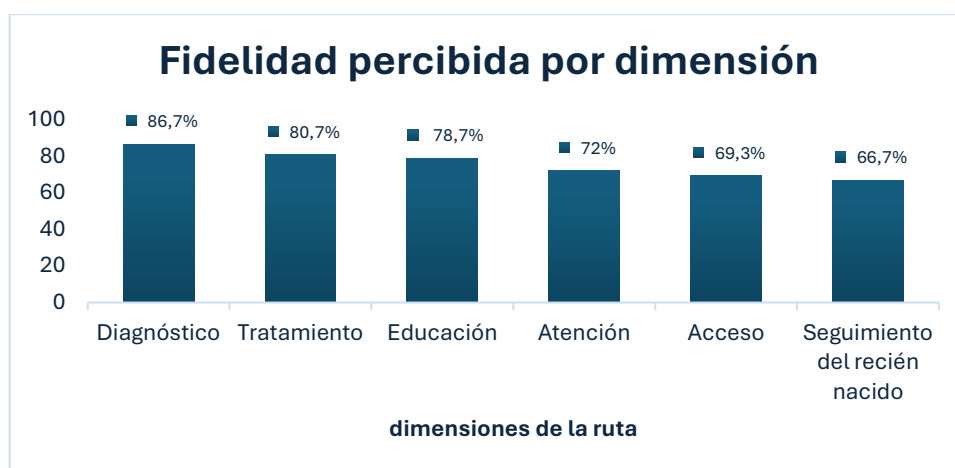


Figura 1. Fidelidad percibida por las gestantes según dimensión de la ruta ($n = 15$). Fidelidad total: 75,3 % (nivel medio).

Factores relacionados con la implementación de la ruta según el personal de salud

La valoración global alcanzó un 77,0 %, lo que indica condiciones generalmente favorables para el desarrollo de la ruta, aunque con diferencias importantes entre los integrantes del equipo. La coordinadora del programa materno-perinatal obtuvo la puntuación más alta (81,2 %), seguida del médico responsable de la ruta (76,2 %), mientras que la auxiliar de enfermería registró la valoración más baja (56,2 %).

Por dimensiones, los resultados más altos se observaron en las características del personal (84,0 %) y el entorno interno (78,7 %), evidenciando fortalezas relacionadas con el compromiso de los profesionales y el apoyo institucional para el desarrollo de la ruta. Por el contrario, las dimensiones de intervención (73,3 %) y procesos de implementación (72,0 %) concentraron las principales oportunidades de fortalecimiento (*cuadro 1*).

Las mayores diferencias entre los participantes se observaron en los componentes relacionados con la capacitación y el seguimiento de los procesos institucionales. En estos aspectos, la auxiliar de enfermería reportó puntuaciones considerablemente inferiores a las registradas por la coordinadora y el médico. Este hallazgo podría estar relacionado con

su participación directa en la atención y seguimiento de las gestantes, lo que le permite identificar de manera más cercana las dificultades que surgen durante la implementación de la ruta y las oportunidades de mejora presentes en la práctica

Dimensión	Coord.	Médico	Auxiliar	Grupal
Intervención	72,0	76,0	72,0	73,3
Entorno interno	84,0	88,0	64,0	78,7
Personal	100,0	84,0	68,0	84,0
Procesos	84,0	76,0	56,0	72,0

Cuadro 1. Factores relacionados con la ruta según las dimensiones del CFIR

Cumplimiento institucional

La evaluación institucional realizada mediante la lista de chequeo evidenció un cumplimiento global de 88,9 % (24 de 27 ítems evaluados), lo que indica una alta disponibilidad de las condiciones estructurales necesarias para la implementación de la ruta. La información fue suministrada por la coordinadora del servicio y del programa materno-perinatal, quien aportó los elementos requeridos para la verificación de cada componente.

El cumplimiento fue total en las dimensiones relacionadas con la disponibilidad de insumos y los servicios clínicos (100 %), evidenciando la existencia de los recursos diagnósticos, terapéuticos y de atención requeridos para el manejo de los casos. No obstante, las brechas se concentraron en la capacitación del personal (66,7 %), la integración de servicios (75,0 %) y los procesos de supervisión y mejoramiento de la calidad (83,3 %).

Los tres ítems no cumplidos correspondieron a la remisión oportuna entre niveles de complejidad, la disponibilidad de personal capacitado específicamente en infecciones de

transmisión sexual y la implementación de acciones de mejora derivadas de los hallazgos identificados en las unidades de análisis. En conjunto, los hallazgos sugieren que, aunque la institución dispone de los recursos básicos para la atención de los casos, persisten desafíos relacionados con la articulación de los servicios en el municipio, el fortalecimiento de capacidades del personal y el uso sistemático de la información para el mejoramiento continuo.

Facilitadores y barreras en la implementación de la ruta

El análisis cualitativo de las entrevistas permitió identificar factores que favorecieron y limitaron la implementación de la ruta desde la experiencia de las gestantes. La atención humanizada fue uno de los aspectos más valorados. Más allá de la atención clínica, 9 de las participantes resaltaron la forma en que el personal comunicó el diagnóstico y brindó acompañamiento emocional en un momento marcado por el miedo y la incertidumbre: *"la enfermera me hizo entrar al consultorio y me habló muy tranquila, me dijo: tranquila, esto tiene tratamiento, no se preocupe"* (GESTANTE1)

La continuidad en la atención y el apoyo familiar también fueron reconocidos como elementos que facilitaron la adherencia al tratamiento y el seguimiento de los controles por 10 de las participantes.

Sin embargo, las barreras identificadas estuvieron presentes en diferentes momentos de la ruta. Una de las más recurrentes fue la fragmentación territorial de los servicios, donde 9 de las participantes manifestaron que tuvieron que desplazarse a otros municipios para acceder a procedimientos especializados: *"que todo fuera como en un solo lado, eso de que las citas acá, los medicamentos allá, las ecografías en Palmira... eso es muy duro"* (GESTANTE12). A ello se sumaron barreras administrativas relacionadas con el

aseguramiento, especialmente en la población migrante, donde 3 de 4 participantes migrantes, manifestaron barreras al momento de afiliarse a la EPS.

Dentro del entorno institucional también se identificaron situaciones que afectaron la oportunidad y la calidad de la atención. 2 participantes reportaron demoras diagnósticas asociadas a dificultades en el seguimiento de resultados y 2 participantes manifestaron la disponibilidad intermitente de pruebas rápidas, además, 1 de las participantes, describió la incomodidad frente a condiciones que no siempre garantizaban la privacidad requerida para el manejo de un diagnóstico sensible como la sífilis: *"cuando uno entra a recibir las inyecciones, uno tiene que decir para qué viene, y a veces hay otras personas escuchando, eso es incómodo"* (GESTANTE3)

En cuanto a las características individuales, el desconocimiento sobre la sífilis fue una constante en la mayoría de las entrevistas. 10 de las quince participantes manifestaron no haber recibido información previa sobre la enfermedad antes de su diagnóstico: *"yo tengo veinte años y nunca en mi vida alguien me había hablado de sífilis"* (GESTANTE3)

Aunque este hallazgo podría interpretarse inicialmente como una falta de conocimiento individual, los testimonios sugieren que también está relacionado con condiciones sociales y contextuales que limitan el acceso a información preventiva. Varias participantes residían en zonas rurales o eran migrantes, circunstancias que pueden dificultar su participación en actividades comunitarias y espacios de educación en salud. Igualmente, ninguna de las gestantes refirió haber recibido orientación sobre sífilis antes del embarazo ni haber participado en espacios de consulta preconcepcional, lo que pone en evidencia oportunidades perdidas para la promoción de la salud y la prevención temprana contempladas dentro de la RIASMP. Sin embargo, llama la atención que el desconocimiento sobre la sífilis persistiera incluso entre mujeres que habían tenido

contacto frecuente con los servicios de salud durante el embarazo. Este hallazgo plantea interrogantes sobre la efectividad de las estrategias educativas desarrolladas en escenarios habituales de atención, como las salas de espera o las actividades de promoción y prevención realizadas por las IPS y la secretaria de salud municipal, sugiriendo la necesidad de fortalecer metodologías que favorezcan una mayor comprensión y apropiación de la información por parte de las usuarias. Por otra parte, la necesidad de acompañamiento psicosocial se identificó como una de las necesidades más recurrentes, especialmente durante las primeras etapas del diagnóstico y tratamiento, sin que las participantes reconocieran la existencia de espacios de apoyo emocional que les permitieran afrontar esta experiencia de manera integral.

Notificación y atención de los contactos sexuales

De manera reiterada, las gestantes manifestaron que la responsabilidad de informar a sus parejas sobre el diagnóstico recaía exclusivamente en ellas: *"yo la verdad hubiera preferido que desde el hospital lo hubieran citado directamente o llamado, porque al final toda esa carga queda sobre uno"* (GESTANTE3) En otro caso, la solicitud fue realizada explícitamente al personal de salud, sin obtener una respuesta favorable: *"yo hasta le dije a la enfermera y ella me dijo que no, que ellos no hacían eso porque era responsabilidad de nosotros que éramos los contactos directos..."* (GESTANTE12)

Las entrevistas también evidenciaron preocupación frente a las implicaciones de delegar completamente esta responsabilidad en las gestantes: *"¿si mi marido dice que no quiere y ya?, ¿entonces que se quede por ahí contagiando a todo el mundo?, ahí sí me pareció mal"* (GESTANTE12)

La coordinadora del programa materno-perinatal manifestó que el proceso se basa inicialmente en la confianza de que las gestantes informen a sus contactos sexuales y

señaló que existen limitaciones administrativas para contactar directamente algunas parejas debido a que muchos de ellos, se encuentran afiliadas a otras EPS y no hacen parte de la población atendida por la ESE. Sin embargo, esta práctica difiere de lo establecido en la Guía de Práctica Clínica y en la Resolución 3280 de 2018, que contemplan la notificación y captación activa de los contactos sexuales cuando estos no acuden a valoración.

Triangulación de los hallazgos

La integración de la información permitió identificar coincidencias y diferencias entre las distintas fuentes, ampliando la comprensión de los factores que influyen en la fidelidad de implementación de la ruta (cuadro 2). Las principales coincidencias se observaron en el acceso al tratamiento, la atención de la población migrante, la fragmentación territorial de los servicios y las limitaciones en la capacitación sobre infecciones de transmisión sexual. Las diferencias más relevantes se relacionaron con la disponibilidad de pruebas rápidas, la captación temprana, el manejo de los contactos sexuales y los tiempos de atención. Mientras la institución reportó cumplimiento en estos componentes, las gestantes y el personal asistencial describieron retrasos, barreras de acceso y dificultades operativas durante la implementación de la ruta. igualmente, el apoyo psicosocial emergió como una necesidad recurrente entre las gestantes, aunque no fue identificado en la evaluación institucional. A su vez, los hallazgos muestran que, aunque la institución dispone de los recursos necesarios para la atención de la sífilis gestacional y congénita, persisten brechas en la oportunidad de la atención, la articulación de los servicios, el manejo de los contactos sexuales y el acompañamiento integral. Esto evidencia que la existencia de recursos y lineamientos no siempre garantiza una implementación uniforme de la RIASMP y resalta la importancia de incorporar múltiples perspectivas y contextos en su evaluación (cuadro 2, figura 2).

Patrón de triangulación	Ejes de la ruta
Coincidencia	• Tratamiento con penicilina • Atención a población migrante
Coincidencia en la brecha	• Capacitación específica del personal • Fragmentación territorial
Diferencia crítica.	• Pruebas rápidas • Manejo de la pareja • Captación temprana • Tiempo de consulta
Diferencia	• Seguimiento del recién nacido
Brecha	• Apoyo psicosocial

Cuadro 2. Síntesis de los patrones de triangulación entre las cinco fuentes de datos. Elaboración propia.

Figura. Triangulación de los hallazgos: coincidencias y diferencias entre las fuentes de información

Fidelidad de la ruta de atención en sífilis gestacional y congénita · Candelaria, Valle del Cauca

EJE DE ANALISIS	Gestantes Likert (n=15)	Gestantes Cualitativo (n=15)	Personal Likert (n=3)	Personal Cualitativo (n=3)	Lista de chequeo IPS	PATRÓN
1. Tratamiento con penicilina	ALTO	ALTO*	ALTO	ALTO	ALTO	Coincidencia
2. Atención población migrante	—	ALTO+	—	ALTO+	—	Coincidencia
3. Capacitación específica	—	—	BAJO	BAJO	BAJO	Coinc. en brecha
4. Fragmentación territorial	MEDIO	BAJO	—	BAJO	BAJO	Coinc. en brecha
5. Disponibilidad pruebas rápidas	ALTO	BAJO	MEDIO	BAJO	ALTO	Diferencia
6. Manejo de la pareja sexual	MEDIO	BAJO	—	BAJO	ALTO	Diferencia
7. Captación temprana	—	BAJO	—	BAJO	ALTO	Diferencia
8. Tiempo de consulta	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO**	—	Diferencia
9. Seguimiento del recién nacido	BAJO	BAJO	—	ALTO	ALTO	Diferencia
10. Apoyo psicosocial	—	BAJO	—	—	—	Brecha

LEYENDA DE NIVELES POR CELDA:

- ALTO+** Alta fidelidad / aspecto positivo destacado
- ALTO** Cumplimiento alto
- MEDIO** Cumplimiento medio
- BAJO** Cumplimiento bajo / brecha
- No aplica o no medido

PATRONES:

- Coincidencia** Las fuentes coinciden en la fortaleza
- Coincidencia en brecha** Las fuentes coinciden en la falla
- Diferencia (crítica)** Lo institucional registra mayor cumplimiento que lo percibido
- Diferencia** Distancia entre lo informado y lo experimentado
- Brecha** Componente no contemplado por la ruta formal

Figura 2. Matriz de triangulación (10 ejes × 5 fuentes de información)

DISCUSIÓN

El hallazgo principal de este estudio, es que la fidelidad de la ruta no es uniforme: resulta alta en el campo clínico, el tamizaje y el tratamiento con penicilina, pero media o baja en los componentes de acceso, atención de la pareja sexual, captación temprana y seguimiento del recién nacido. Esta brecha entre una ruta técnicamente sólida y una implementación desigual coincide con lo reportado por Garcia Rodríguez, en Bucaramanga, quienes, pese a documentar un cumplimiento global del 93 % mediante una lista de verificación basada en la Resolución 3280, identificaron aspectos que requerían mejoras para optimizar la adherencia del personal y de las gestantes (13). La diferencia es que, al incorporar la voz de las usuarias y no solo la verificación institucional, este estudio revela brechas contextuales que también influyen de manera negativa en la implementación de la ruta.

Uno de los hallazgos más relevantes fue la diferencia entre el cumplimiento reportado por la institución y la experiencia de las gestantes y del personal asistencial. Aunque la lista de chequeo mostró un cumplimiento del 88,9 %, las principales brechas se concentraron en la capacitación, la articulación entre servicios y el uso de la información para la mejora continua. Esto sugiere que la disponibilidad de recursos no siempre se traduce en una implementación efectiva. Las diferencias observadas en aspectos como los tiempos de atención evidencian que evaluar la fidelidad únicamente mediante indicadores institucionales puede ofrecer una visión parcial de la realidad. Los hallazgos resaltan la importancia de incorporar las experiencias de las gestantes y considerar los contextos sociales, culturales y territoriales, especialmente en municipios

como Candelaria, donde la ruralidad, la migración y las barreras de acceso influyen directamente en la implementación de la RIASMP.

Los hallazgos de este estudio coinciden con lo planteado por Estrada-Jaramillo y colaboradores en Chocó y Caldas, quienes concluyen que contar con guías y lineamientos es importante, pero no suficiente para prevenir la sífilis congénita (14). En Candelaria se observó una situación similar: aunque la RIASMP dispone de recursos y procesos definidos, las principales dificultades surgieron en aspectos relacionados con la captación oportuna, la articulación entre servicios y el seguimiento continuo de las gestantes. Estos resultados sugieren que la prevención de la sífilis congénita no depende únicamente de lo establecido en la ruta, sino también de las estrategias utilizadas para implementarla y de su capacidad para responder a las características sociales, culturales y territoriales de la población. Más que cumplir actividades de manera aislada, el desafío consiste en lograr que las acciones previstas se traduzcan en experiencias de atención efectivas, oportunas y centradas en las necesidades de las mujeres.

Una de las principales brechas identificadas se relacionó con el manejo de los contactos sexuales. Las gestantes señalaron de manera reiterada que la responsabilidad de informar a sus parejas recaía exclusivamente en ellas, una práctica que difiere de lo establecido en la Guía de Práctica Clínica y en la Resolución 3280 de 2018, las cuales asignan a las instituciones de salud la responsabilidad de notificar y captar a los contactos sexuales, incluso cuando estos no acuden inicialmente a los servicios (15,5). Este hallazgo coincide con lo reportado por Echavez y Bula en Córdoba, donde la baja cobertura del tratamiento de las parejas fue identificada como una de las principales barreras para el control de la sífilis congénita (16). La persistencia de esta situación en contextos y momentos diferentes sugiere que no se trata de una dificultad aislada, sino de una brecha

que continúa limitando la efectividad de las acciones de prevención. Además, pone en evidencia la necesidad de distribuir de manera más equitativa las responsabilidades del cuidado, evitando que la carga de interrumpir la cadena de transmisión recaiga únicamente sobre las mujeres durante el embarazo.

La captación tardía fue otra de las brechas identificadas, presente en seis de las quince gestantes, tres de ellas captadas en etapas muy avanzadas del embarazo. Este hallazgo coincide con lo reportado por Echavez y Bula, quienes encontraron que una proporción importante de las gestantes iniciaba tratamiento cerca de la semana 36 (16). En este estudio, el único caso de sífilis congénita confirmada ocurrió en una gestante captada en la semana 38, cuya pareja no recibió tratamiento ni fue buscado de manera activa por parte de la institución. Más que un evento aislado, este caso refleja cómo la acumulación de brechas a lo largo de la ruta (captación tardía, tratamiento incompleto y manejo insuficiente de los contactos sexuales) puede traducirse en desenlaces que son potencialmente prevenibles. En este sentido, los hallazgos respaldan lo planteado por Vanegas y colaboradores sobre la importancia de una atención integral y oportuna para la madre y su hijo (17), y coinciden con Hawkes y Gómez, que reconocen la atención prenatal temprana como uno de los factores más importantes para reducir las complicaciones asociadas a la sífilis gestacional y congénita (18).

La captación tardía observada en varias gestantes también invita a reflexionar sobre el papel de la consulta preconcepcional dentro de la RIASMP. Aunque este componente busca identificar riesgos y fortalecer la educación en salud sexual y reproductiva antes del embarazo, los hallazgos sugieren que las acciones preventivas continúan concentrándose principalmente durante el control prenatal. El desconocimiento sobre la sífilis expresado por muchas participantes evidencia oportunidades de mejora en

las intervenciones previas a la gestación, especialmente en poblaciones con mayores condiciones de vulnerabilidad. Fortalecer la consulta preconcepcional podría contribuir a una identificación más temprana de riesgos y al cumplimiento de los objetivos preventivos de la ruta.

Las barreras de acceso también influyeron de manera importante en la fidelidad de la ruta. La necesidad de desplazarse a Palmira o Cali para completar la atención, sumada a las dificultades administrativas del aseguramiento y a la disponibilidad intermitente de pruebas diagnósticas, limitó la continuidad del cuidado de varias gestantes. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Ríos y colaboradores, quienes señalaron la necesidad de fortalecer el seguimiento, las pruebas diagnósticas y la atención prenatal (19). Más allá del contexto local, estas dificultades reflejan los desafíos que aún enfrenta el sistema de salud para garantizar una atención articulada y continua entre los diferentes niveles de atención. En este contexto, las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) representan una oportunidad para abordar varias de las brechas identificadas, al promover una mayor coordinación entre actores y una atención centrada en las necesidades de la población (20). En un municipio predominantemente rural como Candelaria, donde gran parte de la población reside fuera de la cabecera municipal, avanzar hacia redes efectivamente integradas podría favorecer una implementación más coherente de la RIASMP y reducir las barreras que hoy limitan el acceso oportuno, el seguimiento y la continuidad de la atención.

La educación para la salud es otro componente de la RIASMP que requiere fortalecimiento. Aunque las gestantes tuvieron múltiples contactos con los servicios de salud durante el embarazo, el desconocimiento sobre la sífilis continuó siendo frecuente. Esto sugiere que la realización de actividades educativas no garantiza la apropiación de la

información. Los hallazgos invitan a fortalecer estrategias acordes con las características sociales, culturales y territoriales de la población, de modo que la educación trascienda el cumplimiento institucional y contribuya efectivamente a la prevención y al cuidado de la salud.

Un hallazgo que merece especial atención es que las barreras identificadas no ocurrieron de manera aislada. En muchas gestantes se acompañaron de condiciones como la juventud, la ruralidad, las dificultades económicas o la condición migratoria, aumentando las dificultades para acceder a la atención. Las mujeres migrantes venezolanas, en particular, enfrentaron barreras de afiliación que, en algunos casos, se sumaron con experiencias de trato diferencial. Esta realidad coincide con el enfoque del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que reconoce la importancia de actuar sobre las desigualdades que afectan de manera distinta a los grupos poblacionales (20). En este sentido, fortalecer la fidelidad de la ruta requiere incorporar enfoques diferenciales que respondan a las condiciones reales de las gestantes. La decisión institucional de asumir el suministro de penicilina para mujeres migrantes sin afiliación constituye un ejemplo de cómo las acciones locales pueden contribuir a reducir brechas y favorecer una atención más equitativa.

El estudio también evidenció diferencias en la capacitación del personal. Mientras la coordinadora recibía formación específica, el médico participaba principalmente en capacitaciones generales y la auxiliar no era convocada a estos espacios; además, la lista de chequeo confirmó la ausencia de personal capacitado en infecciones de transmisión sexual. Este hallazgo coincide con lo reportado por Gallego-Vélez y colaboradores y Salas-Romero y colaboradores, quienes demostraron que una intervención educativa dirigida al personal mejoró el tratamiento de los contactos sexuales y de los recién nacidos

expuestos y de otro lado en Bolívar un estudio, reveló que el personal de salud presenta deficiencias en el conocimiento y aplicación de la guía sobre sífilis gestacional y congénita, con fallas críticas en el diagnóstico, el seguimiento y el manejo de alergias.. (21.22). Lo anterior sugiere que fortalecer la capacitación específica en la ruta de sífilis gestacional y congénita puede favorecer tanto el conocimiento de los lineamientos como su cumplimiento. También, incorporar el acompañamiento psicosocial solicitado por las gestantes contribuiría a una atención más integral y centrada en las necesidades de las mujeres y sus familias.

Conclusiones

La implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal en los componentes de sífilis gestacional y congénita en Candelaria mostró que, aunque las acciones clínicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento se desarrollan con un alto nivel de fidelidad, persisten brechas importantes en aspectos fundamentales de la ruta, como la captación temprana, la educación para la salud, el manejo de los contactos sexuales, el seguimiento de la madre y del recién nacido y la articulación entre los diferentes servicios. Estos hallazgos evidencian que disponer de recursos, medicamentos y lineamientos técnicos no siempre garantiza que las acciones lleguen a las gestantes de la manera en que fueron concebidas. Las principales dificultades no estuvieron en la existencia de la ruta, sino en la capacidad de convertirla en una experiencia de atención continua, oportuna e integral para todas las mujeres.

Más allá de evaluar el cumplimiento de una intervención, este estudio permitió comprender cómo la ruta es experimentada por quienes la viven y cómo factores sociales, territoriales e institucionales influyen en su implementación. La integración de diferentes fuentes de información permitió reconocer realidades que no siempre son visibles en los

indicadores institucionales, como las dificultades de acceso derivadas de la ruralidad, las barreras económicas, las barreras administrativas que enfrentan las mujeres migrantes, la carga que recae sobre las gestantes en la notificación de sus contactos sexuales y la necesidad de acompañamiento emocional durante el proceso de diagnóstico y tratamiento. Escuchar estas experiencias permitió comprender que la fidelidad de una ruta no depende únicamente de lo que está escrito en los lineamientos, sino también de las condiciones en las que las personas acceden y transitan por los servicios de salud.

Para la salud pública del municipio, estos hallazgos ofrecen una oportunidad para fortalecer aquellos componentes de la RIASMP que mostraron mayores debilidades y que continúan limitando el avance hacia la eliminación de la sífilis congénita. Mejorar la consulta preconcepcional, fortalecer las estrategias de educación para la salud, promover la captación temprana, garantizar la búsqueda activa de los contactos sexuales, incorporar el acompañamiento psicosocial y consolidar redes de atención más articuladas son acciones que pueden contribuir a cerrar las brechas identificadas. Al mismo tiempo, el estudio pone de relieve la importancia de incorporar enfoques diferenciales que reconozcan las necesidades particulares de las mujeres rurales, migrantes y de aquellas que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad.

Finalmente, la principal contribución de esta investigación consiste en mostrar que la prevención de la sífilis congénita no depende exclusivamente de pruebas diagnósticas, tratamientos o protocolos. También requiere comprender los contextos en los que viven las mujeres, reconocer las barreras que enfrentan para ejercer su derecho a la salud y fortalecer una atención materno-perinatal capaz de responder a esas realidades. La fidelidad de la ruta se construye en cada contacto con los servicios de salud y se refleja en la capacidad del sistema para acompañar a las mujeres antes, durante y después del

embarazo, garantizando una atención que no solo sea técnicamente correcta, sino también cercana, humana y equitativa.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Syphilis [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado el 4 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
2. Organización Panamericana de la Salud. Sífilis [Internet]. Washington, (1)D.C.: OPS; [citado el 4 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/sifilis#info>
3. Instituto Nacional de Salud (Colombia). Protocolo de vigilancia en salud pública: sífilis gestacional y congénita [Internet]. Bogotá: INS; 2024 [citado el 4 de marzo de 2025]. Disponible en: www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Sífilis%20Gestacional%20y%20Congénita%202024.pdf
4. Instituto Nacional de Salud. Informe de Indicadores Institucionales 2024 [Internet]. Bogotá: INS; 2025 [citado 2025 jun 3]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Transparencia/MetasObjetivosIndicadores_gestion/INFORME-INDICADORES%20INSTITUCIONALES%202024.pdf
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-3280-de-2018.pdf>
6. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci.* 2007;2:40.

7. Hasson H. Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. *Implement Sci.* 2010;5:67.
8. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO. Informe de sífilis gestacional y congénita en el municipio de Candelaria, Valle del Cauca, 2024 [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2024 [citado el 4 de marzo de 2025].
9. Creswell JW, Plano Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2018.
10. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50.
11. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol.* 1932;22(140):1-55. Disponible en: <https://archive.org/details/likert-1932>
12. Arias Valencia MM. Principles, Scope, and Limitations of the Methodological Triangulation. *Invest Educ Enferm.* 2022;40(2):e03. doi:10.17533/udea.iee.v40n2e03 disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072022000200003
13. García Rodríguez ML. Evaluación de la implementación de la ruta integral de atención materno perinatal en una institución prestadora de servicios de salud de Bucaramanga durante el periodo 1 de julio 2021 a 30 de junio 2022 [Internet]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2023 Disponible en: <https://repository.unab.edu.co/handle/20.500.12749/19638>
14. Estrada-Jaramillo A, Michael M, Farrimond H. Difficulties with clinical practice guidelines for congenital syphilis prevention in Colombia: a qualitative study. *BMC*

Infect Dis. 2026 Jan 29;26(1):435. doi: 10.1186/s12879-026-12652-9. PMID: 41612228; PMCID: PMC12924235.

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-guia-corta-sifilis.pdf>
16. Echavez Sánchez MA, Bula Romero JA. Vigilancia epidemiológica de la sífilis gestacional y congénita en el departamento de Córdoba, Colombia, 2012-2016. Rev Salud Pública. 2019;23(3):7-22
17. Vanegas Castillo N, Cáceres Buitrago YN, Jaimes González CA, Ángel-Müller E, Rubio Romero JA. Tratamiento de la sífilis gestacional y prevención de la sífilis congénita en un hospital público en Bogotá, 2010. Rev Fac Med (Bogotá). 2011;59(3):171-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363545002>
18. Hawkes SJ, Gomez GB, Broutet N. Early antenatal care: does it make a difference to outcomes of pregnancy associated with syphilis? A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2013;8(2):e56713. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23468875/>
19. Ríos M, Gómez J, Valencia C. Cumplimiento de la ruta integral de atención en salud para el grupo de riesgo materno perinatal en la IPS Hospital San Vicente de Paúl de Circasia en el primer semestre de 2022. Pereira: Fundación Universitaria del Área Andina; 2022. Disponible en : <https://digitk.areandina.edu.co/entities/publication/0aaa762c-296b-4299-b241-10ef019e0adb>

20. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031: salud para la vida*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2022.: disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
21. Gallego-Vélez LI, Gómez-Dávila JG, Zuleta-Tobón JJ, Velásquez-Penagos JA, Uribe-Bravo SE. Evaluación del efecto de una intervención educativa en sífilis congénita a trabajadores de la salud en la región del Urabá, Colombia, 2008. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2012;63(4):312-20. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/135>
- Salas-Romero SP, Barrios-Puerta Z, Madero-Zambrano KP, Bello-Trujillo AM. Guía de Sífilis Gestacional y Congénita: perspectivas de profesionales de la salud en Bolívar (Colombia). *Rev. colomb. obstet. ginecol.* [Internet]. 30 de diciembre de 2023 [citado 18 de junio de 2026];74(4):297-309. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/4012>