

Caracterización epidemiológica de las tendencias de la sífilis en Chile, entre los años 2018 y 2022

Epidemiological characterization of syphilis trends in Chile, 2018-2022

Benjamín Cruz Mondaca¹, Mariel Gaete Urrutia¹, Elsa Carmona Soto¹, María José Castillo Muñoz¹,
Sophia Codocedo González¹ y Fabián Araya-Galleguillos¹

¹Departamento de Medicina, Universidad de Atacama, Copiapó.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 24 de junio de 2025 / Aceptado: 16 de octubre de 2025

Resumen

Introducción: La sífilis ha resurgido como un desafío relevante de salud pública en Chile. Este estudio analiza las tendencias y la distribución sociodemográfica de los casos notificados entre 2018 y 2022, incluyendo coinfecciones y factores conductuales. **Objetivo:** Caracterizar las tendencias epidemiológicas de la sífilis en Chile entre 2018 y 2022 y describir factores demográficos y clínicos asociados. **Métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal y con componente ecológico, basado en el registro nacional EPIVIGILA (2018–2022). Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y conductuales; se estimaron tasas por 100.000 habitantes-año con proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas-INE; y las asociaciones se evaluaron con χ^2 ($p < 0,05$). **Resultados:** Se notificaron 38.467 casos de sífilis, con predominio de la forma precoz (51,6%) y del sexo masculino (65%). La coinfección con otras ITS fue de 25,8%. Sólo 6,3% reportó uso constante de preservativo. Un 19,5% de los casos correspondió a personas extranjeras. Se observaron disparidades regionales en las tasas de incidencia. **Conclusión:** La sífilis sigue en ascenso en Chile, especialmente entre hombres jóvenes y población migrante, con importantes disparidades regionales. Los hallazgos respaldan la necesidad de estrategias focalizadas que consideren factores sociodemográficos y conductuales.

Palabras clave: sífilis; *Treponema pallidum*; infecciones de transmisión sexual; epidemiología; coinfección; Chile.

Abstract

Background: Syphilis has reemerged as a significant public health issue in Chile. This study analyzes trends and the sociodemographic distribution of cases reported 2018-2022, including co-infections and behavioral factors. **Aim:** To characterize the epidemiological trends of syphilis in Chile between 2018 and 2022 and describe associated demographic and clinical factors. **Methods:** Descriptive, cross-sectional study with an ecological component, based on the EPIVIGILA national registry (2018-2022). Sociodemographic, clinical, and behavioral variables were analyzed; rates per 100,000 inhabitants-year were estimated using projections from the National Institute of Statistics (INE). The associations were evaluated with χ^2 ($p < 0.05$). **Results:** There were 38,467 reported cases of syphilis, predominantly in its early stages (51.6%) and in men (65%). Co-infection with other STIs was 25.8%. Only 6.3% reported consistent condom use. 19.5% of cases involved foreigners. Regional disparities in incidence rates were observed. **Conclusion:** Syphilis continues to rise in Chile, especially among young men and the migrant population, with significant regional disparities. The findings support the need for targeted strategies that include sociodemographic and behavioral factors.

Keywords: syphilis; *Treponema pallidum*; sexually transmitted infections; epidemiology; coinfection; Chile.

Correspondencia a:

Benjamín Cruz Mondaca
cruzmondacabenjamin@gmail.com

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un importante problema de salud pública en todo el mundo, contribuyendo significativamente a la morbilidad aguda, la infertilidad, las complicaciones perinatales y una mayor susceptibilidad a la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)¹. Entre ellas, la sífilis –causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*– destaca por su capacidad de transmisión, tanto sexual como vertical durante el embarazo. Su curso clínico, en ausencia de tratamiento, se caracteriza por fases evolutivas definidas: primaria, secundaria, latente (precoz y tardía) y terciaria, cada una con implicancias clínicas y epidemiológicas relevantes².

La sífilis ha resurgido a nivel global en las últimas dos décadas, con un aumento de la incidencia en poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores/as sexuales, personas viviendo con VIH y mi-grantes^{3,4}. Este repunte se ha documentado principalmente en entornos urbanos y se asocia a factores conductuales, como el bajo uso de preservativos y el incremento en el número de parejas sexuales, así como a determinantes sociales de la salud, incluyendo desigualdades socioeconómicas, movilidad humana y acceso limitado a servicios de salud^{5,6}.

En Chile, la sífilis es una enfermedad de notificación obligatoria desde 1978, registrada en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica-EPIVIGILA⁷. Durante la última década, se ha observado un incremento sostenido de los casos, con tasas que han superado consistentemente el promedio regional de América Latina⁸. Este aumento ha afectado principalmente a personas jóvenes, hombres y población inmigrante, reflejando un cambio en la dinámica epidemiológica nacional⁹. Asimismo, la sífilis congénita continúa siendo un indicador crítico de fallas en la pesquisa prenatal, con cifras que persisten a pesar de la disponibilidad de diagnóstico y tratamiento efectivos con penicilina benzatina¹⁰.

La vigilancia epidemiológica cumple un rol esencial al aportar información clave para la formulación de políticas públicas, el diseño de estrategias de prevención focalizadas y la evaluación de los programas de salud sexual y reproductiva. En este contexto, comprender la tendencia reciente de la sífilis en Chile y su distribución sociodemográfica y clínica es fundamental para orientar la respuesta sanitaria.

Fue objetivo de este estudio caracterizar y analizar la tendencia epidemiológica de los casos de sífilis notificados en Chile entre los años 2018 y 2022, considerando variables clínicas, demográficas, geográficas y conductuales asociadas a su distribución.

Métodos

Diseño y fuentes de información

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y con componente ecológico, a partir de los registros de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) del sistema EPIVIGILA, administrado por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Se incluyeron todos los casos notificados de sífilis entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022, codificados según CIE-10: A50 (sífilis congénita), A51 (sífilis precoz), A52 (sífilis tardía) y A53 (otras/no especificadas).

La base de datos utilizada es pública, anónimizada y de acceso abierto en el portal oficial de vigilancia epidemiológica del MINSAL. Al tratarse de información secundaria y despersonalizada por la autoridad sanitaria, no se requirió aprobación de Comité de Ética, de acuerdo con la legislación chilena vigente (Ley N.º 20.120 sobre investigación científica en seres humanos y Ley N.º 19.628 sobre protección de datos personales).

Variables de estudio

Sociodemográficas: edad (en años cumplidos, categorizada en 0–14, 15–34, 35–49, 50–64 y ≥ 65), sexo biológico (hombre/mujer), nacionalidad (chilena/extranjera), región de residencia (según domicilio notificado) y nivel educacional (máximo nivel alcanzado, categorías del registro).

Clinicas: Tipo de sífilis (congénita, precoz, tardía, otras/no especificadas) y coinfección. Se definió coinfección como la coexistencia, en el mismo registro, de sífilis con VIH, gonorrea o hepatitis B.

Conductuales: Uso de preservativo (siempre/a veces/ nunca) y número de parejas sexuales en el último año (variable autorreportada registrada como categorías del sistema cuando corresponde).

Estimación de tasas

Se estimaron tasas de incidencia de sífilis, calculadas como el número de casos notificados por 100.000 hab.-año, utilizando como denominador las proyecciones oficiales de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para cada año y región del período de estudio. Se reportaron tasas crudas anuales y regionales.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. No se analizaron variables continuas en los resultados (las tasas son medidas derivadas de conteos y poblaciones), por lo que no se aplicaron pruebas de normalidad.

Para el análisis comparativo bivariado entre variables categóricas se empleó la prueba de χ^2 ; cuando correspon-

dió, se usó la corrección de continuidad de Yates en tablas 2×2 o la prueba exacta de Fisher cuando los esperados fueron < 5 en ≥ 20% de las celdas. Las comparaciones preespecificadas fueron: Sexo vs tipo de sífilis; Sexo vs coinfección (sí/no); Grupos de edad vs tipo de sífilis; Grupos de edad vs coinfección; Nacionalidad vs tipo de sífilis; Nacionalidad vs coinfección; Región de residencia vs nacionalidad; Región de residencia vs tipo de sífilis; Uso de preservativo vs coinfección; Número de parejas sexuales (categorías del registro) vs coinfección.

Se consideró $p < 0,05$ como umbral de significación estadística. El análisis se realizó con JASP v0.17 y Microsoft Excel.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre 2018 y 2022, se notificaron un total de 38.467 casos de sífilis en Chile, de acuerdo con los registros del EPIVIGILA. Las tasas de incidencia estimadas por 100.000 habs.-año fueron de

36,7 en 2018; 36,4 en 2019; 33,6 en 2020; 42,0 en 2021; y 47,9 en 2022 (Figura 1). Dado que año es una categoría ordinal y las tasas son medidas derivadas (conteos con denominador poblacional), no se aplicaron pruebas de χ^2 para evaluar diferencias por año. La tendencia se describe de forma descriptiva a partir de las tasas anuales presentadas.

Formas clínicas

La sífilis precoz fue la forma más frecuente, con 19.865 casos (51,6%), seguida de la sífilis tardía (10.698 casos; 27,8%), las formas no especificadas u “otras” (7.649 casos; 19,9%) y la sífilis congénita (201 casos; 0,5%). La distribución etaria por forma clínica se muestra en la Tabla 1.

Durante el periodo 2018–2022 se notificaron 201 casos de sífilis congénita, distribuidos en distintas regiones del país. La mayor concentración se observó en la Región Metropolitana (35,3%), seguida de Valparaíso (15,4%) y Biobío (12,9%). En contraste, en regiones como

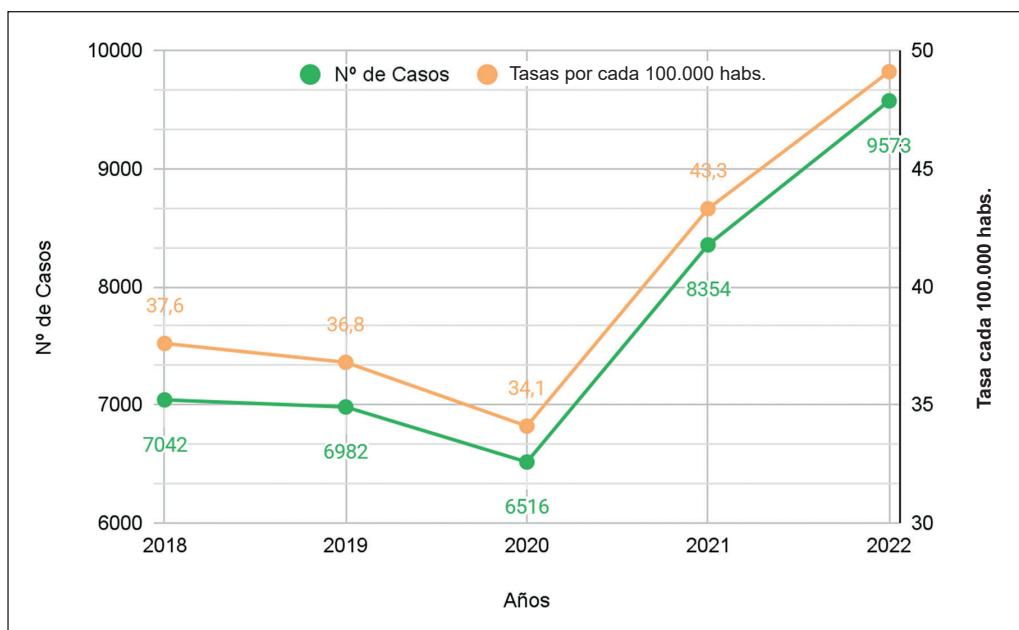


Figura 1. Evolución del número de casos y tasas de incidencia de sífilis en Chile, 2018–2022. Fuente: EPIVIGILA. Tasas calculadas por 100.000 habs.-año según proyecciones del INE.

Tabla 1. Distribución de casos de sífilis según forma clínica y grupo etario, Chile 2018–2022. Nota: Incluye categorías clínicas notificadas por el sistema EPIVIGILA

Forma clínica	0–14 años (%)	15–34 años (%)	35–49 años (%)	50–64 años (%)	65+ años (%)
Sífilis precoz	4 (0,02%)	12.816 (64,5%)	4.969 (25,0%)	1.701 (8,6%)	375 (1,9%)
Sífilis tardía	27 (0,3%)	4.857 (45,4%)	2.643 (24,7%)	1.672 (15,6%)	1.499 (14,0%)
Otras/ No especificadas	5 (0,07%)	4.207 (55,0%)	1.970 (25,8%)	949 (12,4%)	518 (6,8%)
Sífilis congénita	201 (100%)	-	-	-	-
Total	237 (0,6%)	21.880 (56,9%)	9.582 (24,9%)	4.322 (11,2%)	2.392 (6,2%)

Atacama, Los Ríos, Aysén y Magallanes se notificaron como máximo 3 casos en todo el quinquenio. Esta distribución regional se resume en la Tabla 2.

Distribución regional

Las tasas de incidencia por región mostraron una mayor carga relativa en las zonas norte y sur del país (Figura 2). En el año 2022, Tarapacá alcanzó una tasa de 96,04 por 100.000 habs., seguida de Antofagasta (65,00) y Arica y Parinacota (58,61). El promedio nacional para ese año fue de 47,9 por 100.000 habs.

La Tabla 3 presenta en detalle las tasas de incidencia de sífilis por región para el periodo 2018–2022, y muestra las variaciones en la carga de enfermedad en las diferentes áreas del país. En regiones del norte, como Tarapacá y Antofagasta, las tasas son considerablemente más altas que en regiones del sur, como Aysén y Magallanes, que reportaron tasas de incidencia muy inferiores.

Distribución etaria

El grupo etario más afectado fue el de 15 a 34 años, con 21.880 casos (56,9%). Le siguieron los grupos de 35 a 49 años (24,9%), 50 a 64 años (11,2%) y mayores de 65 años (6,2%). En el grupo pediátrico (0 a 14 años) se notificaron 237 casos, la mayoría asociados a sífilis congénita.

Tabla 2. Distribución de casos de sífilis congénita por región, Chile 2018–2022

Región	Casos (n)	Porcentaje del total (n: 201)
Región de Arica y Parinacota	5	2,5 %
Región de Tarapacá	12	6,0 %
Región de Antofagasta	7	3,5 %
Región de Atacama	0	0,0 %
Región de Coquimbo	10	5,0 %
Región de Valparaíso	31	15,4 %
Región Metropolitana de Santiago	71	35,3 %
Región del Libertador B. O'Higgins	7	3,5 %
Región del Maule	6	3,0 %
Región de Ñuble	4	2,0 %
Región del Biobío	26	12,9 %
Región de La Araucanía	15	7,5 %
Región de Los Ríos	3	1,5 %
Región de Los Lagos	2	1,0 %
Región de Aysén	1	0,5 %
Región de Magallanes y Antártica	1	0,5 %
Total nacional	201	100 %

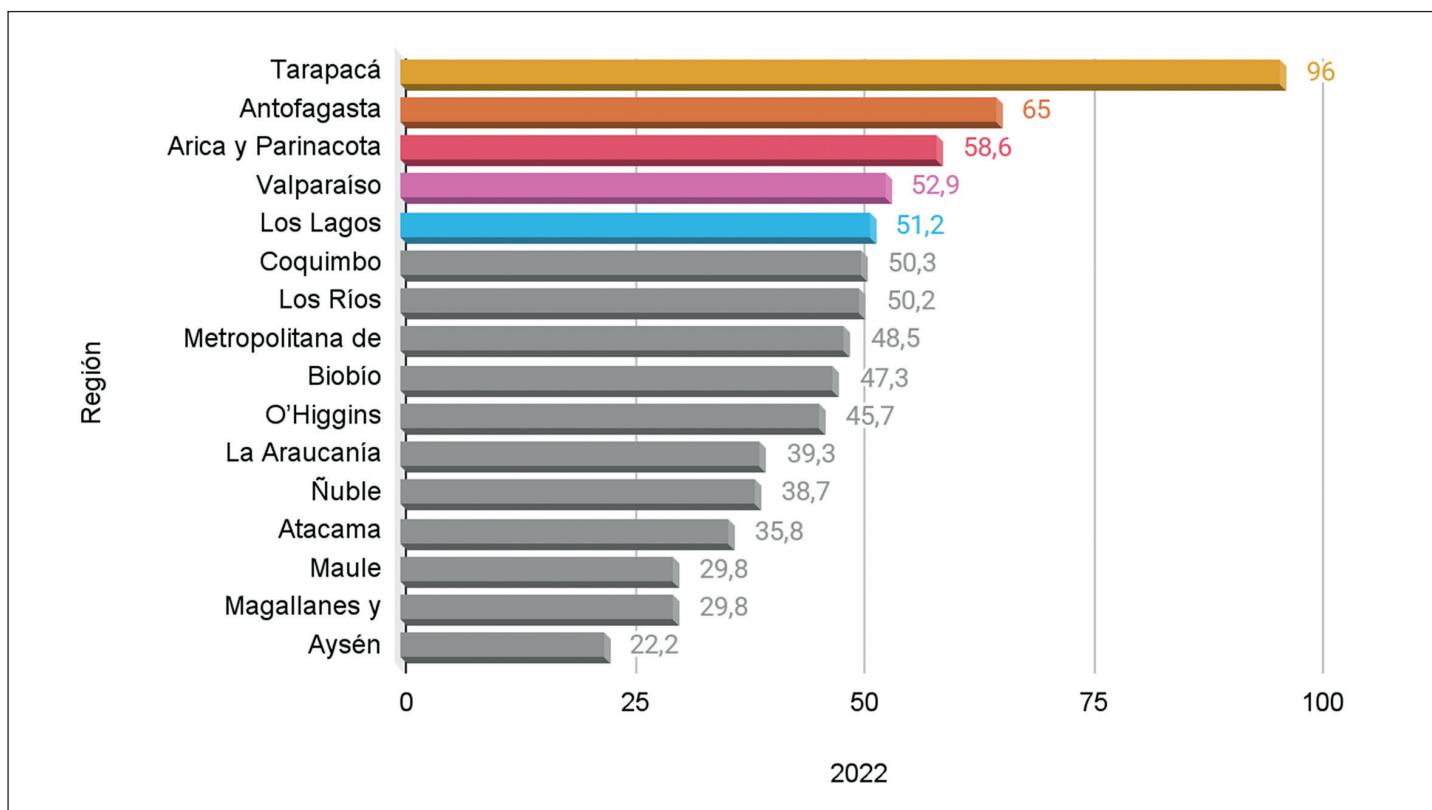


Figura 2. Tasas de incidencia de sífilis por región, Chile 2022. Fuente: EPIVIGILA. Tasas calculadas por 100.000 habs.-año según INE.

Tabla 3. Tasas de incidencia anuales de sífilis por región (por 100.000 habitantes-año), Chile 2018–2022

Región	2018	2019	2020	2021	2022
Arica y Parinacota	32,7	33,2	32,5	43,5	58,6
Tarapacá	128,2	65,1	29,3	76,4	96,0
Antofagasta	49,8	42,5	52,0	108,1	65,0
Atacama	30,9	40,8	26,1	31,3	35,8
Coquimbo	42,7	33,2	25,1	30,7	50,3
Valparaíso	37,5	44,3	44,1	46,9	52,9
Metropolitana de Santiago	42,0	39,5	35,8	42,8	48,5
Del Libertador B. O'Higgins	31,9	32,3	23,1	34,6	45,7
Maule	12,8	20,1	21,7	23,4	29,8
Ñuble	-	27,0	20,5	27,8	38,7
Biobío	40,5	27,7	37,7	44,5	47,3
La Araucanía	22,9	23,7	18,7	28,2	39,3
Los Ríos	26,2	39,9	27,6	29,7	50,2
Los Lagos	30,5	44,5	37,4	45,1	51,2
Aysén	12,3	23,4	14,0	11,1	22,2
Magallanes y Antártica Chilena	36,9	18,8	20,7	23,9	29,8

Distribución por sexo

Respecto al sexo, se observó una predominancia de casos en hombres (25.159 casos; 65,4%) en comparación con mujeres (13.287 casos; 34,5%), manteniéndose esta relación en los distintos tipos clínicos (Tabla 4).

Nacionalidad

Un total de 6.275 casos (19,5%) correspondió a personas extranjeras. La proporción de personas inmigrantes fue mayor en las regiones de Tarapacá, Antofagasta y Metropolitana (Figura 3). No se consignó dato de nacionalidad en 6.369 casos (16,6%).

Coinfecciones

Se identificó coinfección con otras ITS en 25,8% de los casos. La base EPIVIGILA agrupa las coinfecciones sin desagregación de porcentajes, por lo que solo se reporta el total y los tipos de ITS incluyendo VIH, gonorrea y hepatitis B. En 9.504 casos (24,7%) no se registró información sobre coinfección (Figura 4).

Conducta sexual

En relación con el uso de preservativo, solo 6,3% de los casos reportó uso constante. El 51,8% refirió uso ocasional y 42,8% indicó no utilizarlo nunca. Se observaron

Tabla 4. Distribución de casos de sífilis según sexo y tipo clínico, Chile 2018–2022

Tipo de sífilis	Hombres n (%)	Mujeres n (%)
Sífilis precoz	14.564 (73,2%)	5.329 (26,8%)
Sífilis tardía	5.941 (55,6%)	4.755 (44,4%)
Otras/ No especificadas	4.544 (59,3%)	3.122 (40,7%)
Sífilis congénita	110 (54,7%)	91 (45,3%)
Total	25.159 (65,4%)	13.287 (34,6%)

Nota: Casos con datos ausentes no incluidos en el total.

diferencias por grupo etario, con menor adherencia en jóvenes (Figura 5). Un 25,5% de los registros no incluyó esta información. El número promedio de parejas sexuales reportadas en el último año fue 3,18 (rango: 0 a 1.000).

Pruebas de asociación

Las pruebas de χ^2 mostraron asociaciones significativas ($p < 0,001$) entre la sífilis y variables como sexo, grupo etario, nacionalidad, año de notificación, coinfección, uso de preservativo y nivel educativo.

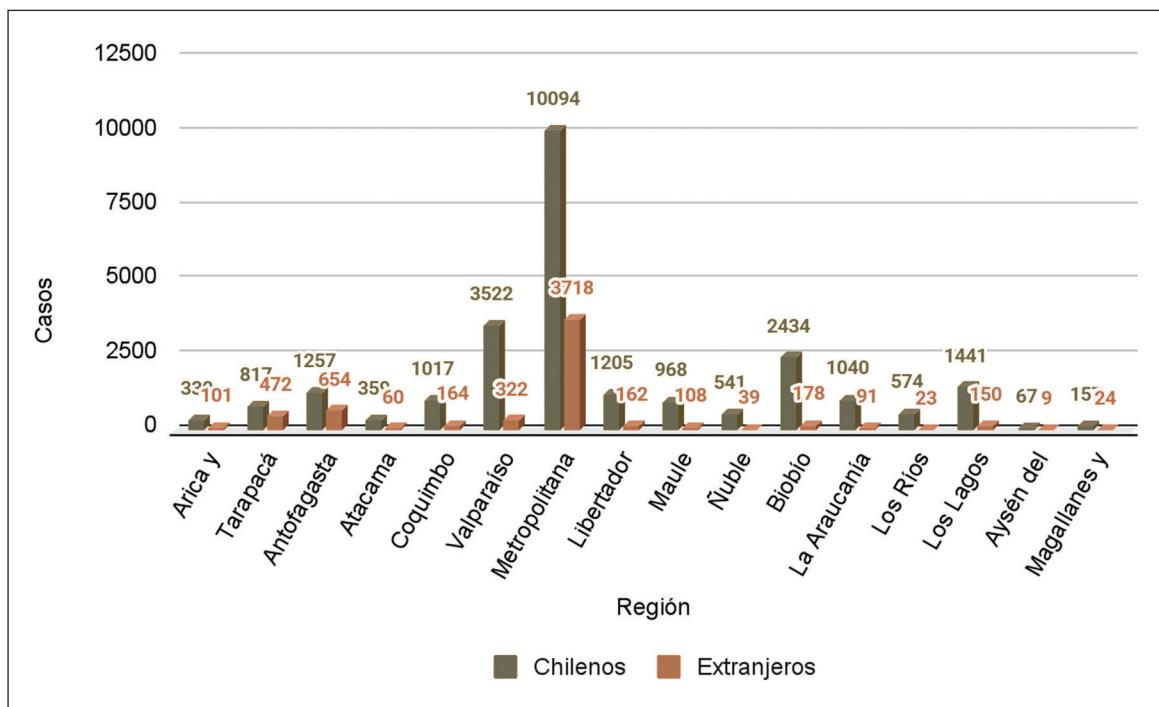


Figura 3. Casos de sífilis según nacionalidad y región de notificación, Chile 2018–2022. Fuente: EPIVIGILA

Discusión

Los resultados de este estudio confirman una tendencia ascendente en la notificación de sífilis en Chile durante el quinquenio 2018–2022, en concordancia con informes internacionales que documentan un resurgimiento sostenido de esta infección en América Latina, Europa y Norteamérica^{6,10,16}.

Un hallazgo relevante fue la alta frecuencia de sífilis precoz (51,6%), lo que refleja una circulación activa reciente y plantea oportunidades importantes para intervenciones de pesquisa y tratamiento precoz. A su vez, se registraron 201 casos de sífilis congénita, distribuidos en diversas regiones del país, lo que indica fallas críticas en la cobertura de tamizaje durante el embarazo y en la atención prenatal. Este fenómeno ha sido previamente reportado por la OMS como un desafío persistente en países de ingresos medios¹. Si bien el test de tamizaje más utilizado en Chile es el VDRL, la literatura señala que pruebas como RPR y técnicas treponémicas rápidas pueden complementar la pesquisa y mejorar la cobertura en atención primaria⁷.

En cuanto a la distribución sociodemográfica, la predominancia masculina (65%) y la concentración de casos en jóvenes de 15–34 años (56,9%) son consistentes con lo descrito en la región y a nivel global¹⁴. Aunque el sistema EPIVIGILA no incluye datos sobre orientación sexual, otros estudios en América Latina documentan una carga

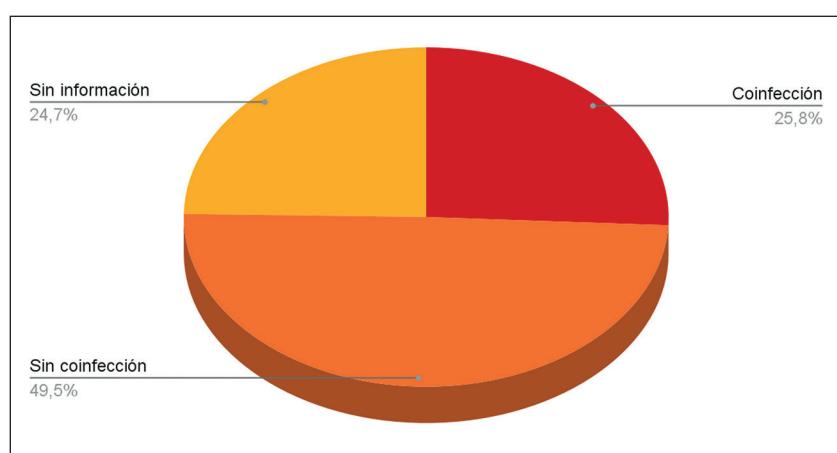


Figura 4. Proporción de coinfección con otras ITS (VIH, gonorrea y hepatitis B) entre personas con sífilis, Chile 2018–2022. Fuente: EPIVIGILA. Coinfección definida como notificación simultánea de sífilis y otra ITS (VIH, gonorrea y hepatitis B).

elevada de sífilis en HSH^{3,6}, lo cual debe ser considerado en las políticas de prevención.

El bajo uso consistente del preservativo (6,3%), junto con un número promedio de 3,18 parejas sexuales anuales, configuran un perfil conductual de alto riesgo. Resultados similares se han descrito en encuestas poblacionales de jóvenes en Perú, Brasil y México¹⁸. La frecuencia de coinfección con otras ITS (25,8%) –principalmente

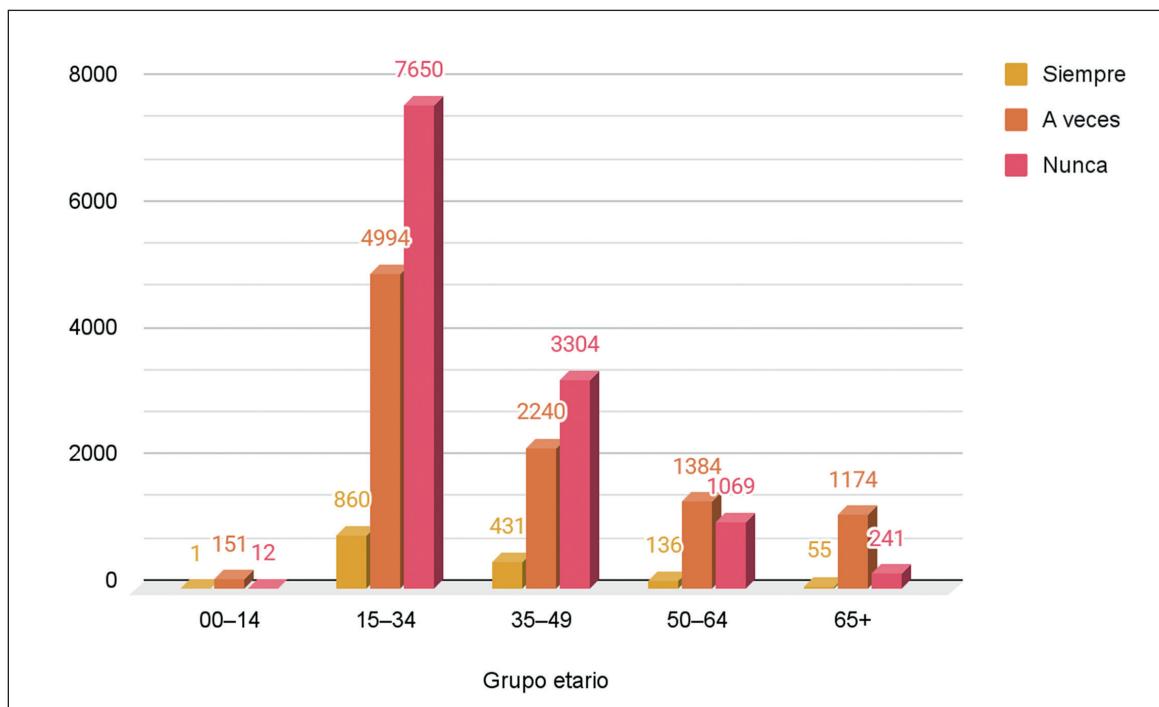


Figura 5. Frecuencia de uso del preservativo en personas con sífilis, Chile 2018–2022. Nota: Se presenta la distribución general y por grupo etario.

VIH, gonorrea y hepatitis B– refuerza la necesidad de estrategias integrales de prevención y testeo dual, debido a la sinergia biológica entre las infecciones, como ya se han implementado en Colombia y Brasil con resultados favorables¹⁰.

Otro hallazgo importante es la mayor incidencia en regiones del norte (Tarapacá, Antofagasta, Arica y Parinacota), donde hay alta concentración urbana, actividad minera y población migrante. Estos patrones sugieren vulnerabilidades territoriales asociadas a movilidad, precariedad laboral, condiciones de vida desfavorables y acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva⁹. Es crucial interpretar este hallazgo desde una perspectiva de derechos humanos, enfoque territorial e intercultural, evitando estigmatización de las comunidades migrantes con objetivo de desarrollar futuras políticas públicas para este grupo de poblaciones.

El impacto de la pandemia de COVID-19 también debe destacarse. Durante 2020 se observó un descenso en las notificaciones, probablemente relacionado con la reducción del acceso a servicios de salud y de los programas de control de ITS, fenómeno documentado en varios países¹⁷. La recuperación posterior de los sistemas de vigilancia explicaría el incremento a partir de 2021, lo que debe tenerse en cuenta para fortalecer la resiliencia de los programas de salud sexual frente a emergencias sanitarias.

Limitaciones

La información analizada en este estudio, en primer lugar, se basa en datos secundarios y retrospectivos, lo que condiciona su calidad y completitud. La base EPIVIGILA, aunque oficial y de acceso público, presentó un alto porcentaje de datos ausentes en variables relevantes como nacionalidad (16,6%), coinfección (24,7%), educación (44,1%) y conducta sexual. Además, no se dispone de información sobre variables clave como orientación sexual, estado civil, acceso a diagnóstico previo o adherencia al tratamiento. Por otro lado, el análisis fue principalmente descriptivo, sin aplicación de modelos multivariados ni ajuste por factores de confusión, lo que limita la interpretación causal de los hallazgos.

Implicancias

A pesar de estas limitaciones, los resultados evidencian tendencias críticas que deben orientar políticas públicas:

- Fortalecer el tamizaje prenatal universal para reducir la sífilis congénita.
- Expandir la educación sexual integral, con énfasis en juventudes y poblaciones clave.
- Promover estrategias combinadas de prevención, que incluyan testeo dual para ITS y VIH, acceso a preservativos y abordajes interculturales en regiones con alta proporción de migrantes.

- Mejorar la calidad de los registros epidemiológicos, incorporando variables sociodemográficas y conductuales actualmente no consideradas.

Conclusión

La sífilis continúa en ascenso en Chile, afectando principalmente a hombres jóvenes y población migrante. La alta proporción de formas clínicas precoces, la baja

adherencia al uso del preservativo, la coinfección con otras ITS, incluyendo VIH, gonorrea y hepatitis B y la persistencia de casos de sífilis congénita evidencian deficiencias en las estrategias actuales de prevención y control. Estas tendencias destacan la necesidad urgente de reforzar la vigilancia epidemiológica, asegurar el tamizaje universal en el embarazo, implementar campañas de educación sexual integrales y adaptar las intervenciones de salud pública con enfoque territorial, intercultural y de género.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: WHO; 2016. PMID: 27631046.
2. O'Byrne P, MacPherson P. Clinical updates syphilis. BMJ. 2019; 365: i4159. doi: 10.1136/bmj.l4159
3. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile. (2024-2025). *Notificaciones ENO* [Conjunto de datos]. datos.gob.cl. <https://datos.gob.cl/dataset/notificaciones-eno>
4. Cáceres K. Situación epidemiológica de sífilis (CIE 10: A50-A53.9). Chile, 2016. Rev Chil Infectol. 2018; 35(3): 284-96. doi: 10.4067/S0716-10182018000300284.
5. Cáceres-Burton K. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. Rev Chil Infectol. 2019; 36(2): 221-33. doi: 10.4067/S0716-10182019000200221.
6. Spiteri G, Unemo M, Mårdh O, Amato-Gauci AJ. The resurgence of syphilis in high-income countries in the 2000s: a focus on Europe. Epidemiol Infect. 2019; 147: e143. doi: 10.1017/S0950268819000281.
7. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud; ONUSIDA. Pautas para la vigilancia de infecciones de transmisión sexual [Internet]. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67818>.
8. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision. Fifth edition. Geneva: WHO; 2016. ISBN: 978-92-4-154916-5. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/246208>
9. Roncarati G, Fazio C, Gaspari V, Marziali G, Furlini G, Galli S, et al. Syphilis in a high-density urban area in the North of Italy. New Microbiol. 2019; 42(3): 166-70. PMID: 31157398
10. Korenromp EL, Ríos C, Sabogal ALA, Caicedo S, Cuellar D, Cárdenas I, et al. Prevalence and incidence estimates for syphilis, chlamydia, gonorrhea, and congenital syphilis in Colombia, 1995-2016. Rev Panam Salud Pública. 2018; 42: e118. doi: 10.26633/RPSP.2018.118
11. Herrera Carazo P. Vigilancia epidemiológica de sífilis (A50-A53) y gonorrea (A54). Rev Chil Obstet Ginecol. 2013; 78(5): 395-402. doi: 10.4067/S0717-75262013000500011.
12. Díaz J. Vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea. Rev Chil Infectol. 2013; 30(3): 303-10. doi: 10.4067/S0716-10182013000300007.
13. Hufstetler K, Llata E, Miele K, Quilter LAS. Clinical updates in sexually transmitted infections, 2024. J Womens Health (Larchmt). 2024; 33(6): 827-37. doi: 10.1089/jwh.2024.0050.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis - número especial: out. 2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/.../boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view> (PDF: boletim_sifilis-2022_internet-2.pdf).
15. Subsecretaría de Salud Pública. Norma Conjunta de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH y la sífilis. Rev Chilena Infectol. 2013; 30(3): 259-302. doi: 10.4067/S0716-10182013000300006.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Infections Surveillance 2022 [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2023. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/147167>.
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Annual Epidemiological Report 2012: Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data [Internet]. Stockholm: ECDC; 2013. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf>.
18. Ministerio de Salud del Perú. Informe Nacional de Vigilancia de ITS 2021 [Internet]. Lima: MINSA; 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>.