

INFORME EPIDEMIOLÓGICO ANUAL ABREVIADO

Sífilis

Chile, 2025

Oficina de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles
Departamento de Epidemiología
División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública



RESUMEN

- Entre los años 2016 y 2025, la tasa de notificación de sífilis en Chile aumentó 2,4 veces, alcanzando en 2025 la tasa más alta del período con 55,2 casos por cien mil habitantes. Tras una disminución transitoria el año 2020 asociada a la pandemia por COVID-19, las tasas retomaron una tendencia ascendente. En el quinquenio 2021 y 2025 el aumento fue de 37 %.
- La sífilis afectó principalmente a hombres, quienes representaron el 65 % de los casos del quinquenio 2021-2025 y mantuvieron tasas aproximadamente dos veces mayores que las mujeres durante todo el período. Sin embargo, en ambos sexos se observó un aumento sostenido de las tasas durante el quinquenio.
- Según edad, el mayor riesgo se concentró en personas de 20 a 39 años, grupo que representó el 58 % de los casos del quinquenio 2021-2025. Se observó un aumento de tasas en todos los grupos etarios y en ambos sexos, destacando el incremento en personas de 60 y más años. En adolescentes de 15 a 19 años, las mujeres presentaron tasas superiores a las de los hombres.
- A nivel territorial, las mayores tasas se concentraron en las regiones del extremo norte del país, especialmente en Tarapacá, Arica y Parinacota y Antofagasta. Destacó particularmente Tarapacá y Aysén que alcanzaron la tasa más alta del país el año 2025 con 90 casos por cien mil habitantes. También destacaron los aumentos observados en Magallanes, Coquimbo y Atacama a partir del año 2023.
- El 51 % de los casos correspondió a sífilis en etapas precoces, predominando la sífilis precoz latente. Las sífilis tardías aumentaron su representatividad, pasando de concentrar el 28 % de los casos el año 2021 al 36 % el año 2025, predominando en este grupo la sífilis latente tardía.
- Las gestantes representaron entre el 33 % y 37 % de las mujeres en edad fértil notificadas con sífilis durante el quinquenio. La sífilis congénita mostró una disminución sostenida entre 2021 y 2025, alcanzando una tasa de 25,9 casos por cien mil nacidos vivos corregidos, manteniéndose bajo la meta de eliminación durante todo el período.
- La principal vía de transmisión declarada fue la sexual, representando el 94 % de los casos el año 2025. De ellos, el 54 % correspondió a relaciones heterosexuales y el 40 % a relaciones sexuales entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

ANTECEDENTES

La sífilis es una infección sistémica causada por *Treponema pallidum*, distribuida mundialmente y más frecuente en países de menores recursos (1). Su transmisión ocurre principalmente por contacto sexual y vía transplacentaria, aunque también puede adquirirse por transfusión sanguínea contaminada o inoculación accidental (2).

La enfermedad presenta distintas etapas clínicas según el tiempo de infección. Las fases primaria y secundaria concentran la mayor capacidad de transmisión debido a la alta presencia de espiroquetas circulantes (3). En etapas tempranas puede aparecer un chancro en el sitio de inoculación; posteriormente, la infección puede entrar en fase latente o progresar a sífilis terciaria con complicaciones cardiovasculares, neurológicas y otras manifestaciones graves (4).

La transmisión maternoinfantil puede ocurrir en cualquier momento del embarazo y generar aborto, muerte fetal, prematuridad, bajo peso al nacer y sífilis congénita (4). Además, la sífilis aumenta el riesgo de adquisición y transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (5).

El diagnóstico se basa en antecedentes clínicos, examen físico y pruebas de laboratorio, incluyendo métodos directos y serológicos (6). La Organización Mundial de Salud (OMS) recomienda como tratamiento de elección la penicilina benzatina intramuscular, debido a su alta efectividad y bajo costo (2). El diagnóstico precoz permite un tratamiento exitoso y reduce complicaciones y secuelas (1).

Según la OMS, el año 2022 alrededor de ocho millones de personas entre 15 y 49 años contrajeron sífilis en el mundo. La Región de las Américas registró la mayor incidencia global, con 3,37 millones de casos y un aumento de 30 % entre el 2020 y 2022. Respecto de la transmisión vertical, se estimó que 1,1 millones de embarazadas tenían sífilis, provocando más de 390.000 resultados adversos del embarazo. Además, la sífilis congénita alcanzó 498 casos por cien mil nacidos vivos, muy por sobre la meta de la OMS de 50 por cien mil nacidos vivos (7).

Desde 2010, los Estados Miembros de la OPS, incluido Chile, han asumido el compromiso de eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH y la sífilis, fortaleciendo los servicios de salud sexual, reproductiva y maternoinfantil para reducir la transmisión y mejorar el acceso al tratamiento oportuno (8).

En Chile, la sífilis en todas sus formas es una infección de vigilancia universal según el Decreto Supremo N° 7/2019. (9). El propósito de la vigilancia epidemiológica es entregar información que permita orientar la toma de decisiones y la planificación de estrategias de prevención y control específica para sífilis (10).

Este informe tiene como objetivo describir la tendencia y características de los casos notificados por sífilis en Chile desde el año 2016 hasta el 2025.

MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados por sífilis en Chile (código CIE-10: A50.0–A53.9) durante el periodo 2016–2025.

Para su elaboración se utilizó la información contenida en la base de datos de las Enfermedades de notificación obligatoria (ENO) EPIVIGILA (periodo 2021–2025) y Filemaker (periodo 2016–2020, corresponde al antiguo software de notificación de casos) del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile, (MINSAL) descargada el 20/05/2025.

De la base de datos ENO se analizó la variable de tiempo (año calendario) y su distribución por sexo en los últimos diez años (2016–2025). La variable de lugar (región de residencia) y las variables de persona que considera: edad, sexo al nacer, nacionalidad, pertenencia a pueblos originarios, condición de gestación, vía probable de transmisión y clasificación diagnóstica CIE-10 se realizaron sobre del último quinquenio (2021–2025).

Para el análisis se calcularon porcentajes, razones y tasas por cien mil habitantes utilizando como denominadores las proyecciones actualizadas de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el período 2002–2035, basadas en el Censo 2017. Se realizaron tablas y figuras para presentar los resultados, utilizando los programas R (v.4.5.1) y Microsoft Excel 2016. Los datos presentados corresponden a información provisoria, en proceso de validación, por lo que la información contenida en este informe podría variar en futuros reportes.

Respecto a la Ley N° 20.584 que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas con acciones vinculadas a su atención en salud”, este informe no la vulnera, debido a que utiliza datos del MINSAL, los cuales se recogen dando cumplimiento a su rol según las siguientes leyes previas: DFL N° 1/2005 del MINSAL y Ley N° 19.628 sobre datos sensibles.

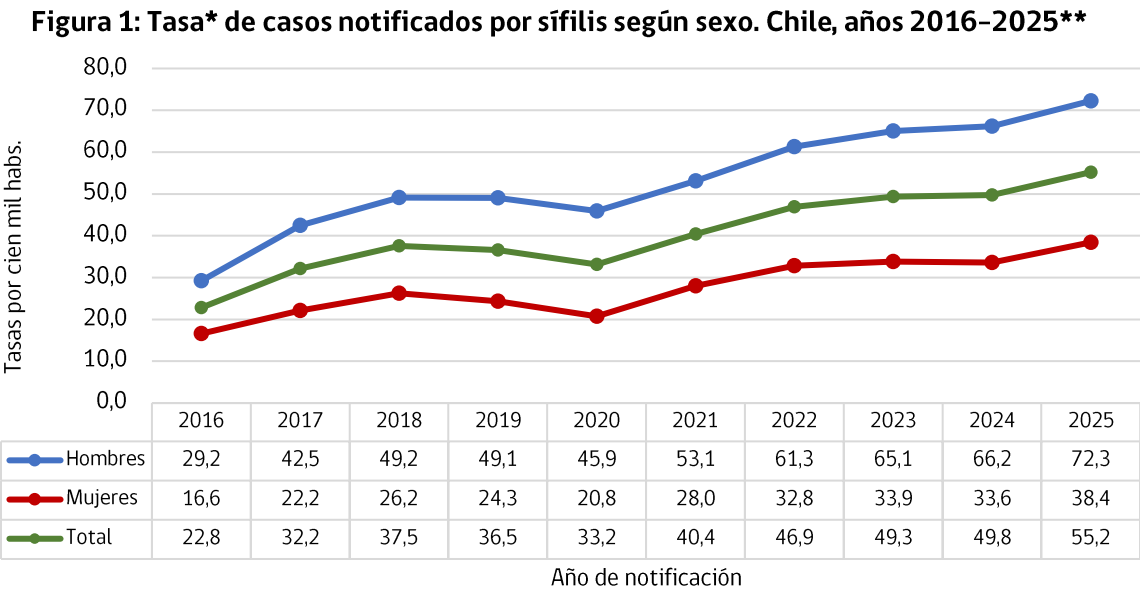
RESULTADOS

Tendencia

Según tendencia general, entre los años 2016 al 2025 la tasa de notificación de sífilis aumentó en 2,4 veces. A partir del año 2016 se observó un ascenso sostenido hasta el 2018- 2019 en 49 por casos por cien mil habitantes, manteniéndose estable en estos dos años. El año 2020 se presentó una leve disminución (año de pandemia COVID-19) con una tasa de 33,2 por cien mil habitantes. Posteriormente, continuó el incremento progresivo de la tasa hasta alcanzar el valor máximo del periodo el año 2025 con 55,2 casos de sífilis por cien mil habitantes (Figura 1 y anexo tabla 3). Esto significó un 37 % de aumento de la tasa entre los años 2021 y 2025.

En los últimos diez años los hombres mostraron las mayores tasas superando en todo el período a las mujeres, mostrando una relación de alrededor de 2 hombres por cada mujer en este periodo.

En el quinquenio 2021-2025 los hombres representaron el 65 % de los casos notificados. Según tendencia, la tasa de sífilis en hombres y mujeres mostró un ascenso en el quinquenio, mostrando el mayor incremento interanual entre los años 2021 y 2022. En hombres, la tasa aumentó un 17 %, pasando de 53,1 a 61,3 casos por cien mil habitantes, mientras que en mujeres el aumento fue de 16 %, pasando de 28,0 a 32,8 casos por cien mil habitantes. Posteriormente, entre los años 2023 y 2024, se observó una relativa estabilidad en la tasa de ambos sexos, que se mantuvo entre 65 y 66 casos por cien mil habitantes en hombres y alrededor de 33 casos por cien mil habitantes en mujeres entre estos años. En el año 2025 se observó un nuevo aumento respecto del año 2024. En hombres la tasa incrementó un 9 % pasando de 66,2 a 72,3 casos por cien mil habitantes y en mujeres, el aumento fue de un 16 % pasando de 33,6 a 38,4 casos por cien mil habitantes entre estos años (Figura 1 y anexo tabla 3).



*Tasas brutas por cien mil habitantes. ** Datos provisorios, en proceso de validación.
Fuente: Dpto. de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile

Distribución regional

Según distribución geográfica, durante el quinquenio 2021–2025 los mayores riesgos de sífilis se concentraron principalmente en las regiones del extremo norte del país (Arica y Parinacota, Tarapacá y Antofagasta), superando en todos los años a la tasa nacional. A estas regiones se sumaron, desde el 2023 las regiones de Coquimbo y Valparaíso y luego en el año 2024, las regiones de Atacama, Aysén y Magallanes. En contraste, las regiones del centro-sur, particularmente Maule y Ñuble, presentaron las tasas más bajas del país durante gran parte del quinquenio, manteniéndose en general por debajo del promedio nacional. (Tabla 1).

Según tendencia, la mayoría de las regiones experimentaron un aumento sostenido de sus tasas entre el 2021 y 2025, con excepción de Antofagasta y Los Lagos que mostraron variaciones más estables. En este contexto, destacó el comportamiento de las regiones del extremo sur. Aysén, presentó el mayor aumento relativo del período, aumentando 8,8 veces su tasa desde 10,2 a 90,1 casos por cien mil habitantes, situándose el año 2025 como la segunda región con mayor riesgo del país, evidenciando un cambio respecto del patrón que mostró hasta el año 2022, cuando la región registraba valores inferiores al promedio nacional.

Por su parte, Magallanes incrementó su tasa en 2,4 veces en el quinquenio (de 23,3 a 55,4 por cien mil habs.), alcanzando en el 2025 un riesgo similar al nivel nacional. Este comportamiento también contrasta con años previos, en los que mantenía niveles inferiores al promedio nacional.

En la zona norte, destacó la región de Coquimbo cuya tasa aumentó 2,2 veces en el quinquenio, pasando de 25,7 a 73,4 casos por cien mil habitantes entre el 2021 y 2025. Atacama incrementó su tasa en un 91 % desde 30,3 a 58,0 casos por cien mil habitantes en estos años, mientras que Arica y Parinacota, aumentó un 61 % pasando de 43,5 a 70,2 casos por cien mil habitantes. Otro incremento relevante se presentó en la región de O´Higgins cuya tasa aumentó en un 76 % desde 33,5 a 58,8 casos por cien mil habitantes. Si bien la región Del Maule presentó una de las menores tasas del país, de igual forma evidenció un ascenso de su tasa en el quinquenio, pasando de 23,7 a 52,1 casos por cien mil habitantes entre los años 2021 y 2025. El resto de las regiones presentó tasas similares o inferiores al valor país durante la mayor parte del quinquenio.

El año 2025, el mayor riesgo se concentró en la región de Tarapacá (90,3 por cien mil habitantes) y Aysén (90,1 por cien mil habitantes.) ambas regiones superaron en un 39 % la tasa nacional. Le siguieron las regiones de Antofagasta (70,6 casos por cien mil habitantes) y Arica y Parinacota (70,2 casos por cien mil habitantes). También destacaron Coquimbo (67,2 por cien mil habitantes) y Valparaíso (65,0 por cien mil habitantes), todas con tasas superiores al promedio nacional. También se situó sobre el nivel país, aunque con una brecha menor O´Higgins (58,8 casos por cien mil habitantes) y Atacama (58,0 por cien mil habitantes). El resto de las regiones presentó tasas similares o inferiores al promedio nacional (Tabla 1).

Tabla 1: Número y tasa* de casos notificados por sífilis según región de residencia. Chile, años 2021-2025**

Región	2021		2022		2023		2024		2025	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Arica y Parinacota	111	43,5	151	58,6	198	76,2	169	64,6	185	70,2
Tarapacá	287	73,4	346	87,2	297	74,0	351	86,4	371	90,3
Antofagasta	525	74,6	430	60,6	427	59,8	526	73,2	510	70,6
Atacama	96	30,3	112	35,2	161	50,5	214	66,9	186	58,0
Coquimbo	261	30,8	413	48,1	527	60,6	645	73,4	598	67,2
Valparaíso	887	44,8	996	49,9	1172	58,3	1152	56,9	1326	65,0
Metropolitana	3453	41,9	3953	47,6	4036	48,2	4090	48,6	4604	54,3
OHiggins	335	33,5	440	43,6	449	44,1	524	51,1	608	58,8
Maule	271	23,7	356	30,9	325	28,0	254	21,7	615	52,1
Ñuble	143	27,8	194	37,5	155	29,8	136	26,1	126	24,1
Biobío	727	43,5	783	46,7	857	51,0	774	45,9	813	48,1
Araucanía	282	27,7	401	39,2	413	40,2	424	41,1	450	43,4
Los Ríos	124	30,4	207	50,5	231	56,2	171	41,4	195	47,1
Los Lagos	396	44,1	447	49,5	465	51,2	339	37,2	366	39,9
Aysén	11	10,2	23	21,3	55	50,8	98	90,3	98	90,1
Magallanes	42	23,3	53	29,3	79	43,4	126	68,8	102	55,4
Desconocido	2	0	3	0	3	0	1	0	2	0
Total	7953	40,4	9308	46,9	9850	49,3	9994	49,8	11155	55,2

*Tasas brutas por cien mil habitantes. ** Datos provisorios, en proceso de validación.

Fuente: Dpto. de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile

Caracterización de los casos

Según edad, en el quinquenio 2021-2025 las mayores tasas de sífilis se concentraron en personas de 20 a 39 años, representando el 58 % de los casos. La tendencia fue un ascenso sostenido en el grupo de 30 a 39 años que incrementó un 34 % pasando de 77,0 casos por cien mil habitantes a 103,5 casos por cien mil habitantes el 2025. Por su parte el grupo de 20 a 29 años tuvo un ascenso el año 2022 para mantenerse relativamente estable hasta el año 2024 fluctuando entre 103 a 105,7 casos por cien mil habitantes, no obstante, el año 2025, mostró un incremento hasta alcanzar 111,3 casos por cien mil habitantes, siendo la mayor tasa según grupos de edad (Tabla 2).

Entre los años 2021 y 2025, en hombres de 20 a 29 años la tasa aumentó un 13 %, pasando de 108,6 a 123,2 casos por cien mil habitantes, mientras que en el grupo de 30 a 39 años el incremento fue de 36 %, pasando de 109,2 a 148,2 casos por cien mil habitantes. En mujeres, el aumento también fue sostenido en ambos grupos etarios. En el mismo quinquenio, la tasa en mujeres de 20 a 29 años aumentó un 36 %, pasando de 72,6 a 98,6 casos por cien mil habitantes, mientras que en aquellas de 30 a 39 años el incremento alcanzó un 22 %, desde 46,7 a 57,1 casos por cien mil habitantes. A diferencia de los hombres, en quienes las mayores tasas se concentraron principalmente entre los 30 y 39 años hacia el final del período, en las mujeres el mayor riesgo se mantuvo en el grupo de 20 a 29 años durante todo el quinquenio (Tabla 2).

Si bien a partir de los 40 años las tasas fueron menores en comparación con los grupos más jóvenes, se observó un aumento porcentual en el grupo de personas de 40 y más años en ambos sexos. Entre 2021 y 2025, en hombres de 40 a 49 años la tasa aumentó un 68 % y en aquellos de 50 a 59 años un 41 %, mientras que en personas de

60 y más años el incremento alcanzó un 87 %, pasando de 27,1 a 50,8 casos por cien mil habitantes (Tabla 2).

En mujeres, las tasas también aumentaron progresivamente en los grupos de mayor edad. Entre 2021 y 2025, el grupo de 40 a 49 años incrementó su tasa en un 54 %, el grupo de 50 a 59 años en un 63 % y las mujeres de 60 y más años duplicaron su tasa, pasando de 14,4 a 28,8 casos por cien mil habitantes en el período (Tabla 2).

En el grupo adolescente (15 a 19 años), las mujeres presentaron consistentemente tasas superiores a las de los hombres durante todo el quinquenio. Mientras en hombres las tasas se mantuvieron relativamente estables, fluctuando entre 18,4 y 20,7 casos por cien mil habitantes, en mujeres oscilaron entre 29,1 y 36,7 casos por cien mil habitantes entre 2021 y 2025 (Tabla 2).

En menores de 15 años las tasas permanecieron bajas durante y relativamente estables todo el quinquenio, representando alrededor de 0,5 % del total de casos. Se destaca que, en los cinco años de estudio, en el grupo de 10 a 14 años los casos se notificaron principalmente en niñas, concentrando entre el 73 % al 91 % de total de casos notificados en este grupo de edad (Tabla 2).

Las tasas en menores de 4 años disminuyeron progresivamente entre 2021 y 2024, pasando de 4,3 a 1,9 casos por cien mil habitantes, con un leve aumento en 2025 (3,3 casos por cien mil habitantes). En el grupo de 5 a 9 también se observó un comportamiento estable entre 0,1 a 0,3 casos por cien mil habitantes en el periodo (Tabla 2).

Específicamente el año 2025, las mayores tasas se registraron en el grupo de 20 a 29 años (111,3 casos por cien mil habitantes), seguido por las personas de 30 a 39 años (103,5 casos por cien mil habitantes). En hombres, el mayor riesgo se observó en el grupo de 30 a 39 años (148,2 casos por cien mil habitantes), mientras que en mujeres la tasa más elevada correspondió al grupo de 20 a 29 años (98,6 casos por cien mil habitantes). Los menores de 15 años mantuvieron tasas relativamente estables (Tabla 2).

Tabla 2. Números y tasa* de casos notificados por sífilis según grupo etario y sexo.
Chile, años 2021-2025**

Grupos de edad	2021		2022		2023		2024		2025	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Hombres										
00 - 04 años	28	4,7	24	4,0	20	3,3	16	2,7	18	3,0
05 - 09 años	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	2	0,3
10 - 14 años	0	0,0	2	0,3	3	0,5	1	0,2	2	0,3
15 - 19 años	116	18,4	123	19,6	130	20,7	127	20,0	133	20,6
20 - 29 años	1.679	108,6	1.799	119,2	1.797	122,3	1.692	118,4	1.714	123,2
30 - 39 años	1.727	109,2	1.984	123,1	2.196	134,4	2.291	138,7	2.469	148,2
40 - 49 años	734	55,3	944	70,0	991	72,5	1.099	79,4	1.296	92,7
50 - 59 años	450	38,5	554	47,0	595	50,1	620	51,7	659	54,5
60 y más años	419	27,1	569	35,4	676	40,6	714	41,3	909	50,8
Total	5.153	53,1	6.000	61,3	6.408	65,1	6.561	66,2	7.202	72,2
Mujeres										
00 - 04 años	23	4,0	22	3,8	16	2,8	7	1,2	21	3,6
05 - 09 años	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,3	2	0,3
10 - 14 años	9	1,4	5	0,8	8	1,3	10	1,6	12	1,9
15 - 19 años	178	29,1	222	36,7	196	32,3	170	27,7	193	30,9
20 - 29 años	1089	72,6	1260	86,0	1280	89,7	1204	86,7	1332	98,6
30 - 39 años	719	46,7	757	48,3	779	49,0	870	54,1	927	57,1
40 - 49 años	299	22,5	347	25,8	425	31,2	405	29,5	481	34,7
50 - 59 años	198	16,2	267	21,7	249	20,1	273	21,9	330	26,3
60 y más años	278	14,4	415	20,8	471	22,9	474	22,3	634	28,8
Total	2.794	28,0	3.296	32,8	3.424	33,9	3.415	33,6	3.932	38,4
Ambos sexos										
00 - 04 años	51	4	46	4	36	3	23	2	39	3
05 - 09 años	1	0,1	2	0,2	0	0,0	3	0,2	4	0,3
10 - 14 años	9	0,7	7	0,5	11	0,9	11	0,9	14	1,1
15 - 19 años	294	23,9	345	27,9	327	26,2	298	23,8	327	25,7
20 - 29 años	2768	93,1	3061	105,7	3081	109,3	2903	103,0	3051	111,3
30 - 39 años	2449	77,0	2747	85,2	2981	91,4	3165	97,1	3402	103,5
40 - 49 años	1034	38,4	1292	47,3	1421	51,5	1508	54,7	1780	63,9
50 - 59 años	650	27,0	822	33,9	844	34,5	893	36,5	990	40,2
60 y más años	677	18,8	986	26,5	1149	29,8	1189	30,8	1545	38,7
Total	7.933	4,7	9.308	46,6	9.850	5,6	9.993	49,8	11.152	55,2

*Tasas brutas por cien mil habitantes. ** Datos provisorios, en proceso de validación.

Existen casos con sexo desconocido y o indeterminado: 2021: 6, 2022:12, 2023:18; 2024:17;2025:18

Fuente: Dpto. de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile

Según pertenencia a grupos específicos en el periodo 2021-2025 el 19 % de los casos notificados fueron migrantes internacionales y un 2,7 % declaró pertenecer a pueblos originarios.

Las gestantes notificadas representaron entre un 37 a un 33 % del total de casos de sífilis notificados en mujeres en edad fértil (15 a 49 años¹) en el último quinquenio. Según tendencia, se observó un incremento en el número de casos notificados en gestantes entre los años 2021 (n=847) al 2022 (n= 953), año en que se presentó el mayor número de gestantes notificadas. Posteriormente, entre los años 2023 y 2024, se produce un descenso pasando de 870 casos a 803 respectivamente, que luego repunta el año 2025 con 863 casos, similar a lo observado el año 2023.

Respecto de la sífilis congénita², según año de nacimiento, se observó una disminución progresiva del número de casos desde el año 2021 (n=67) al 2025 (n=29) en que el número de casos disminuyó en tres veces. Alrededor del 77 % de los casos se concentró en los notificados como nacidos vivos y el 23 % entre los mortinatos. En el periodo 2021-2025 la tasa fue disminuyendo paulatinamente desde 37,8 casos de sífilis congénita por cien mil nacidos vivos corregidos (NVC) el 2021 hasta 25,9 casos de sífilis congénita por cien mil NCV el año 2025. Se destaca que en todos los años del quinquenio 2021-2025 Chile mantuvo una tasa de sífilis congénita bajo la meta de eliminación³.

Con relación a la clasificación de la presentación clínica de sífilis en el quinquenio 2021-2025, el 51 % fue notificado en etapas precoces, porcentaje que se mantiene relativamente estable en este periodo fluctuando entre 48 % y 53 % (Figura 2). Dentro de este grupo, la manifestación clínica más frecuente fue la sífilis precoz latente (55,7 %), seguida por la sífilis secundaria de piel y membranas mucosas (18,7 %).

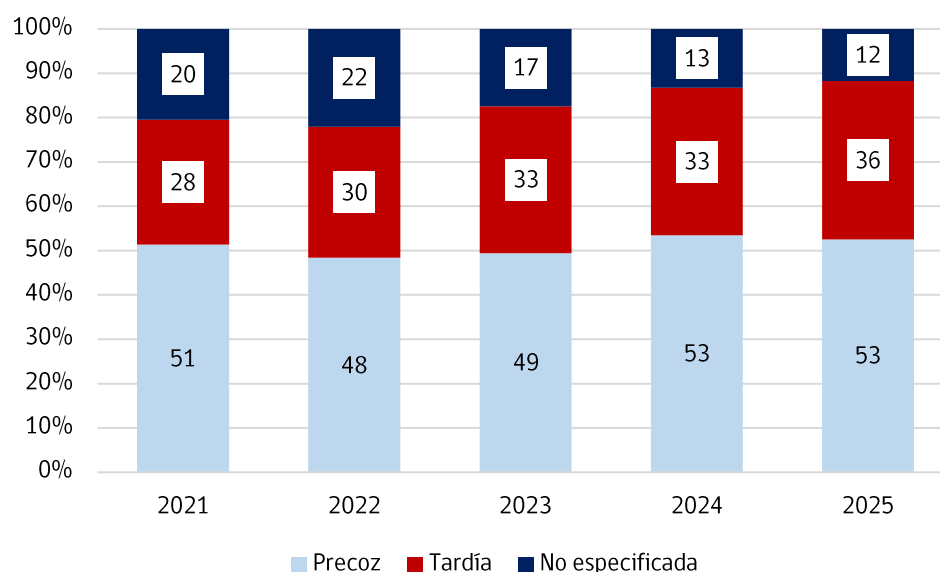
Las sífilis tardías mostraron un ascenso de su representatividad, pasando de concentrar el 28 % en el año 2021 a 36 % el 2025. Dentro de este grupo, en promedio el 90 % correspondió a sífilis latente tardía. Respecto de la sífilis no especificada, se observó una disminución desde representar el 20 % el año 2021 al 12 % el año 2025 (Figura 2).

¹ Rango de edad fértil definido por el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile

² Corresponde a casos de sífilis congénita en niños y niñas vivas notificados según año de nacimiento, sumado a los mortinatos ocurridos por esta causa.

³ <50 casos por 100.000 nacidos vivos.

Figura 2: Distribución porcentual de casos notificados por sífilis, según clasificación CIE-10. Chile, 2021-2025*



* Datos provisorios, en proceso de validación.

Fuente: Dpto. de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile

Durante el quinquenio 2021-2025, la principal vía de transmisión declarada de los casos de sífilis fue la sexual, representando el 94 % del total en el año 2025. En ese mismo año, el 54 % de los casos correspondió a relaciones sexuales heterosexuales y el 40 % se atribuyó a relaciones sexuales entre HSH⁴ estos porcentajes se mantuvieron relativamente estables en el periodo de estudio. Se observó una sostenida disminución de los casos en que se desconoce la probable vía de transmisión pasando de 7 % el 2021 a 5 % el 2025.

La declaración de relaciones sexuales bisexuales como vía probable se mantuvo estable alrededor del 5 % del total de casos notificados.

COMENTARIOS

Los resultados muestran que, durante la última década, la sífilis ha presentado un aumento sostenido en Chile, evidenciado por un incremento de 2,4 veces en la tasa de notificación. Aunque en el año 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se observó una disminución transitoria de las tasas, posteriormente la notificación retomó rápidamente su tendencia ascendente, alcanzando en 2025 la tasa más alta del período, con 55,2 casos por cien mil habitantes. Este comportamiento sugiere que la disminución observada durante la pandemia estuvo probablemente más relacionada con barreras de acceso al diagnóstico y una menor pesquisa de casos que con una reducción real de la transmisión.

⁴ Se considera relaciones entre hombres, las que se clasificaron como "Relaciones bisexuales" sumadas a las "Relaciones homosexuales"

El aumento observado del 37 % de la tasa entre 2021 y 2025 evidencia que la sífilis mantiene una dinámica activa de transmisión en el país. Además, el predominio sostenido de hombres, quienes concentraron cerca de dos tercios de los casos y presentaron tasas aproximadamente dos veces mayores que las mujeres, refleja que la epidemia continúa afectando con mayor intensidad a la población masculina. Sin embargo, el incremento observado en mujeres durante el quinquenio también es relevante desde la perspectiva de salud pública, particularmente por su potencial impacto en la transmisión vertical y la sífilis gestacional.

Desde el punto de vista territorial, el análisis muestra una expansión geográfica del riesgo. Históricamente, las mayores tasas se concentraban en las regiones del extremo norte, situación que se mantuvo durante todo el quinquenio; no obstante, destaca que otras regiones comenzaron progresivamente a superar el promedio nacional, especialmente desde el año 2023. Este fenómeno podría reflejar cambios en las dinámicas de transmisión, prácticas sexuales, aumento de la pesquisa diagnóstica o una combinación de estos factores.

Resulta relevante el comportamiento observado en regiones del extremo sur, particularmente Aysén, que pasó de presentar una de las tasas más bajas del país a situarse entre las regiones de mayor riesgo en el año 2025. Este aumento tan marcado podría indicar cambios en las redes de transmisión o mejoras importantes en la detección de casos. Asimismo, el incremento observado en regiones como Coquimbo, Atacama y O'Higgins evidencia que el aumento de la sífilis no se limita a zonas históricamente más afectadas, sino que corresponde a un fenómeno más amplio y extendido en el territorio nacional.

En relación con la edad, los resultados muestran que la sífilis continúa concentrándose principalmente en población joven y adulta joven, especialmente entre los 20 y 39 años, grupo que concentró más de la mitad de los casos notificados. Este patrón es consistente con lo descrito internacionalmente y probablemente se relaciona con una mayor exposición sexual, dinámicas de múltiples parejas sexuales y menor uso consistente de medidas preventivas.

Un hallazgo relevante fue el aumento sostenido de las tasas en personas mayores de 40 años, particularmente en el grupo de 60 y más años, donde se observaron los mayores incrementos porcentuales en ambos sexos. Este fenómeno ha sido descrito crecientemente en distintos países y podría reflejar cambios en los comportamientos sexuales de las personas mayores, una menor percepción de riesgo frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y menor frecuencia de uso de preservativo en estos grupos etarios. Estos resultados evidencian la necesidad de ampliar las estrategias preventivas y de pesquisa hacia grupos de edad que históricamente no han sido priorizados en las campañas de prevención.

En adolescentes de 15 a 19 años destacó que las mujeres mantuvieron tasas superiores a las de los hombres durante todo el quinquenio. Esto podría relacionarse, al menos parcialmente, con una mayor pesquisa en mujeres asociada a controles de salud sexual y reproductiva, aunque también podría reflejar una transmisión activa en adolescentes mujeres. La persistencia de altas tasas en este grupo etario plantea desafíos importantes para las estrategias de educación sexual integral, acceso oportuno al diagnóstico y fortalecimiento de las intervenciones preventivas en población adolescente.

Respecto de la sífilis gestacional, aunque el número de casos mostró fluctuaciones durante el quinquenio, se mantuvo persistentemente elevado, representando aproximadamente un tercio de las mujeres en edad fértil notificadas con sífilis. Esto refuerza la importancia del tamizaje oportuno durante el embarazo y del fortalecimiento de las estrategias de prevención de transmisión vertical.

En este contexto, se destaca la disminución observada en los casos de sífilis congénita y en sus tasas durante el quinquenio. Aunque el número de casos continúa representando un desafío sanitario, el descenso sostenido podría reflejar mejoras en la detección y tratamiento oportuno de gestantes con sífilis, así como en las estrategias de seguimiento materno-infantil implementadas en la red de salud. El hecho de que Chile se mantuviera bajo la meta de eliminación de sífilis congénita durante todo el período constituye un antecedente favorable para el sistema sanitario, aunque requiere sostener y fortalecer las acciones de vigilancia, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar retrocesos.

Desde el punto de vista clínico, el predominio de sífilis en etapas precoces sugiere una transmisión reciente y activa en la comunidad, lo que evidencia oportunidades para interrumpir las cadenas de transmisión mediante diagnóstico y tratamiento oportunos. Sin embargo, el aumento progresivo de las formas tardías también podría indicar retrasos diagnósticos o dificultades de acceso a pesquisa precoz en determinados grupos poblacionales. La disminución de los casos clasificados como sífilis no especificada podría interpretarse como una mejora en la calidad del registro y clasificación clínica de los casos notificados.

El predominio de la transmisión sexual como principal vía declarada y la alta proporción de casos asociados tanto a relaciones heterosexuales como entre HSH evidencian que la sífilis mantiene una transmisión amplia y sostenida en distintas poblaciones. En este escenario, los resultados refuerzan la necesidad de fortalecer las estrategias integrales de prevención y control de ITS, incluyendo educación sexual, promoción del uso del preservativo, acceso oportuno al diagnóstico, búsqueda activa de contactos y fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en todos los niveles del sistema de salud.

Desde la perspectiva epidemiológica en un contexto influido por las actuales dinámicas y prácticas sexo-culturales es fundamental fortalecer la vigilancia epidemiológica en todos los niveles del sistema de salud, promoviendo registros oportunos, completos y de calidad que permitan orientar adecuadamente la toma de decisiones en salud pública frente a esta infección en Chile.

Entre las principales limitaciones de este informe se debe considerar que el análisis se basa en las notificaciones ingresadas al sistema, sin embargo, podría existir subnotificación de casos lo que subestimaría la magnitud de esta infección en el país. Asimismo, se enfatiza que los datos presentados son de carácter provisorio y están sujetos a modificaciones en futuros reportes.

RECOMENDACIONES

Para los equipos de salud locales y a los equipos de epidemiología:

- Notificar todos los casos de sífilis según definición de caso establecido en la circular vigente (6), resguardando la completitud y la calidad de la información ingresada al sistema de información.
- Asegurar la oportunidad de las notificaciones una vez confirmada la clasificación diagnóstica (notificación dentro de las 24 horas desde el diagnóstico).
- Participar del proceso periódico de validación de la información ingresada al sistema de notificación.
- Fortalecer la comunicación entre SEREMI, Servicios de salud y centros de atención para el monitoreo de la notificación de los casos de gonorrea, realizando auditorías, si corresponde e identificando fortalezas para realizar un plan de mejora.
- Asegurar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para el caso y sus contactos sexuales. El/la profesional de salud debe entregar información y educación a la persona usuaria sin prejuicios y en forma empática que permita la declaración voluntaria de sus contactos sexuales, adherencia a tratamiento y adopción de medidas para el autocuidado, evitando así reinfecciones (10).
- El estudio de contactos debe realizarlo el equipo clínico tratante o el equipo designado para esta tarea, según la organización interna y/o modelo de atención del establecimiento.
- Testar a las gestantes y tratar a las que resulten positivas, haciendo seguimiento de sus recién nacidos y tratamiento si corresponde, según la normativa vigente.
- Auditar todos los casos de transmisión vertical por el Comité Regional para la Eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis.
- Reforzar el testeo programático para sífilis en las poblaciones objetivo, como personas de 15 años más por el EMP, regulación de fecundidad, jóvenes y adolescentes y control climaterio.
- Reforzar las medidas de prevención, como es el uso de preservativos en todas las relaciones sexuales vaginales, anales y orales.
- Reforzar las medidas biomédicas de prevención, como es el uso de condón en todas las relaciones sexuales vaginales, anales y orales.
- El diagnóstico de una sífilis en menores de edad, en la que se descarte la transmisión vertical, debe ser denunciado por el equipo de salud, ya que puede ser producto de abuso o violación sexual. (establecido en Ley N° 19.696 Código procesal penal, Ley N° 20.207 delitos sexuales contra menores, Ley N° 19.617 delito de violación y la Guía clínica de abuso sexual del MINSAL).

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que son parte de la red epidemiológica de vigilancia de la sífilis, del Programa de Prevención y Control del VIH y las ITS en el MINSAL y en las SEREMI de Salud, Servicios de salud, establecimientos de salud y laboratorios quienes construyen y fortalecen esta vigilancia.

SITIO WEB

- Departamento de Epidemiología: <https://epi.minsal.cl/sifilis/>
- Departamento de Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programa-vih-sida-e-its/>

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Pautas para la Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual 2013. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/cds_csr_edc_99_3sp.pdf
2. World Health Organization. WHO Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis) [Internet]. WHO Library Cataloguing-in Publication Data. 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.2.398.180-b>
3. Braxton J, Davis D, Flagg E, Grey J, Grier L, Harvey A, et al. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2016. Atlanta; 2016. Disponible en: http://www.cdc.gov/std/stats16/CDC_2016_STDS_Reportfor508WebSep21_2017_1644.pdf
4. Zoni AC, Gonzalez MA, Sjagren HW. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Int J Infect Dis*. 2013;17(2).
5. Zetola NM, Klausner JD. Syphilis and HIV infection: an update. *Clin Infect Dis*. 2007;44(9):1222-8. doi:10.1086/513427. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17407043/>
6. World Health Organization (WHO). Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. World Health Organization. 2013. Disponible en: http://www.fidssa.co.za/images/LR_WHO_lab_manual_2013.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los casos de sífilis aumentan en las Américas. 22 de mayo 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/22-5-2024-casos-sifilis-aumentan-america>
8. Pan American Health Organization (PAHO). Orientaciones mundiales sobre los criterios y procesos para la validación de la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis y el virus de la hepatitis B 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56219/9789275325858_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Ministerio de Salud de Chile; Subsecretaría de Salud Pública. Decreto 7 aprueba el Reglamento sobre notificación de Enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia, promulgado en marzo 2019.
10. Ministerio de Salud de Chile; Subsecretaría de Salud Pública. Circular de vigilancia epidemiológica de sífilis y gonorrea, 2013. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/CIRCULAR_24_SIFILIS_GONORREA_2013.pdf

Anexo. Tabla 4. Tasa* de casos notificados por sífilis, según sexo. Chile, años 2016–2025**

Año notificación	Hombres		Mujeres		Total	
	Nº casos	Tasa	Nº casos	Tasa	Nº casos	Tasa
2016	2.614	29,2	1.531	16,6	4.145	22,8
2017	3.853	42,5	2.070	22,2	5.923	32,2
2018	4.545	49,2	2.495	26,2	7.040	37,5
2019	4.624	49,1	2.355	24,3	6.983	36,5
2020	4.407	45,9	2.048	20,8	6.455	33,2
2021	5.153	53,1	2.794	28,0	7.953	40,4
2022	6.000	61,3	3.296	32,8	9.308	46,9
2023	6.408	65,1	3.424	33,9	9.850	49,3
2024	6.561	66,2	3.416	33,6	9.994	49,8
2025	7.204	72,3	3.933	38,4	11.155	55,2

*Tasas brutas por cien mil habitantes. ** Datos provisorios, en proceso de validación.

Existen casos con sexo desconocido y o indeterminado: 2021: 6, 2022:12, 2023:18; 2024:17;2025:18

Fuente: Dpto. de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud de Chile

©

Departamento de Epidemiología

<http://epi.minsal.cl>

Subsecretaría de Salud Pública

Ministerio de Salud de Chile

Mayo, 2026