



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 803

Semana epidemiológica 13
AÑO 2026
Desde 29/03 al 4/04
Fecha de publicación
13/04/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

Todos los apartados de este boletín fueron elaborados por el personal de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con otras áreas, direcciones, instituciones o servicios que se especifican a continuación, de acuerdo al informe:

Coqueluche

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias (DiSPNyA). ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Dengue y otras arbovirosis

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Informe de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus Chikungunya (CHIKV): Cintia Fabbri, Victoria Luppó, Cintia Barulli, Mariel Feroci, Gabriela Bravo, Gabriela Delgado, Marcelo Ovejero, María Cristina Álvarez López, Eliana Rosales y María Alejandra Morales (INEVH y Laboratorios Jurisdiccionales de Salta, Tucumán, Santiago del Estero, CABA y San Luis)
El Servicio Meteorológico Nacional.

Hantavirosis

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui” (INEVH).

Infecciones respiratorias

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Servicio de Virosis Respiratorias, el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y laboratorio BSL4, Unidad Operativa Centro de Contención Biológica (UOCCB).

Sífilis

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida, la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencia y la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria.

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Baldani Andrea, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Díaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Patricia, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

Coordinación y revisión general: Cecilia González Lebrero, Julián Antman.

Agradecimientos

Este boletín es posible gracias al aporte realizado a través de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia por las áreas de vigilancia epidemiológica de nivel local, jurisdiccional y nacional y a todas las personas usuarias del SNVS^{2.0}.

Imagen de tapa

La sífilis es una de las ITS más frecuentes y es producida por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*. Imagen aportada por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°803, SE 13.

I. Editorial del BEN 797

A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose. El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. Esa lógica de construcción colectiva no es un punto de llegada, sino un método: hacer que los datos notificados cobren vida y utilidad, y que esa utilidad se traduzca en insumos concretos para la gestión, la respuesta y la toma de decisiones. En ese marco, el BEN no es solo una publicación: es una práctica viva del sistema de vigilancia, donde se entrelazan el análisis técnico, la coordinación política y la construcción de una comunicación asertiva.

En este nuevo ciclo, reafirmamos una línea de trabajo que ya forma parte del “modo BEN”: sostener la actualización sistemática de los eventos priorizados, profundizar los análisis cuando el contexto lo requiere y ampliar, cuando es necesario, el repertorio de eventos y enfoques con los que escudriñamos la situación sanitaria de manera oportuna e integrada. Seguiremos trabajando para producir más y mejores informes, sumando nuevas lecturas y nuevas preguntas, sin perder el hilo de continuidad que permite comparar, aprender y anticipar. La actualización periódica no es un recurso editorial: es una herramienta de vigilancia, porque ordena el seguimiento, mejora la sensibilidad para detectar cambios y fortalece la oportunidad de la respuesta.

Este camino, además, se apoya en una condición central: la calidad de la información. Mejorar la completitud, la consistencia y la oportunidad del dato no es un objetivo “técnico” separado del resto; es parte del mismo trabajo de cuidar, interpretar y decidir. Por eso, el BEN seguirá acompañando —con productos, criterios y herramientas— los esfuerzos cotidianos de los equipos que notifican, validan y analizan en todo el país, promoviendo mejoras que hagan al sistema más robusto, más comparable y más útil para la acción.

En definitiva, lo que viene es continuidad y crecimiento: sostener lo que funciona, mejorar lo que todavía es desigual, y animarnos a incorporar nuevas miradas cuando los desafíos lo pidan.

Con la convicción de seguir construyendo un boletín cada vez más pertinente, accesible y operativo, renovamos el compromiso de trabajar en conjunto para fortalecer la vigilancia en salud y su aporte a la salud pública.



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



Mg. Julián Antman
Coordinador del Área de Vigilancia de la Salud

II. Sobre este BEN

Entre los eventos priorizados, este número incluye, como es habitual, la actualización de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional destacada, la vigilancia clínica de ETI, neumonía y bronquiolitis, la vigilancia universal de virus respiratorios por laboratorio, las recomendaciones para equipos de salud y para la población, la vigilancia epidemiológica, la vacunación antigripal y el tratamiento antiviral. Se suma también la actualización de las arbovirosis, con la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026, la situación de dengue en Argentina, la actualización de la fiebre chikungunya y la vigilancia de encefalitis arbovirales y otros arbovirus.

Asimismo, en la sección de eventos emergentes, en esta edición se presenta la actualización de la vigilancia de hantavirosis y de coqueluche, tal como se venía realizando periódicamente. Ambos eventos van a pasar a la sección de “actualización periódica de eventos” con priorización y periodicidad vinculada a la situación epidemiológica.

Como actualización periódica, este número presenta además el informe epidemiológico sobre sífilis en población general, que reúne la situación internacional y regional, el análisis epidemiológico en Argentina para el período 2021-2025, las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación y los lineamientos de vigilancia epidemiológica.

Completan este número las alertas y comunicaciones internacionales, centradas en la situación epidemiológica del sarampión a nivel mundial y regional, los destacados de boletines jurisdiccionales y el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0. En conjunto, esta edición del BEN ofrece una actualización amplia de eventos priorizados, emergentes y de seguimiento periódico, con especial énfasis en el nuevo formato analítico de la tabla inicial y en el monitoreo de eventos relevantes para la situación epidemiológica actual del país.

Contenido

I. Editorial del BEN 797

5

II. Sobre este BEN

6

TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS..... 9

III. Actualización de la tabla de eventos priorizados

10

III.1. Fundamentación	10
III.2. Metodología de análisis	10
III.2.A. Sobre la construcción de la tabla	10
III.2.B. Clasificación de la situación epidemiológica	10
III.2.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026	11
III.2.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos	11
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica	11

EVENTOS PRIORIZADOS13

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

14

IV.1. Nota Metodológica	14
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	14
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada	14
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	15
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	15
IV.3.B. Neumonía	16
IV.3.C. Bronquiolitis	17
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	18
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	22
IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas	24
IV.5.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD	24
IV.5.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	24
IV.6. Recomendaciones para la población	26
IV.7. Vacunación antigripal	26
IV.8. Tratamiento antiviral	27

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

29

V.1. Situación regional	29
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	30
V.2.A. Nota metodológica	30
V.3. Situación de dengue en Argentina	32
V.3.A. temporada 2025/2026	32
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada	33
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina	36
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya	39
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina	40
V.5.A. Encefalitis arbovirales	40
V.5.B. Encefalitis de San Luis	40
V.5.C. Fiebre del nilo occidental	40
V.5.D. Confirmados y probables flavivirus sin especificar	40
V.5.E. Otros arbovirus	42

VI. Vigilancia de Hantavirus

44

VI.1. Introducción	44
--------------------	----

VI.2.	Situación epidemiológica actual	45
VI.2.A.	Nota metodológica	45
VI.2.B.	situación epidemiológica	45
VI.2.C.	Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación	55
VI.2.D.	Conclusiones	55
SITUACIONES EMERGENTES.....		57
VII. Coqueluche		
58		
VII.1.	Introducción	58
VII.2.	Situación internacional	58
VII.3.	Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	59
VII.3.A.	Introducción	59
VII.3.B.	Análisis de los casos notificados y confirmados	60
VII.3.C.	Análisis según edad y gravedad	65
VII.4.	Coberturas de Vacunación	65
VII.4.A.	Coberturas para Total país	65
VII.4.B.	Coberturas según jurisdicción	67
ACTUALIZACIONES PERIODICAS		69
VIII. Sífilis en población general – Informe epidemiológico		
70		
VIII.1.	Introducción	70
VIII.2.	Situación internacional y de la región de las Américas	70
VIII.3.	Situación epidemiológica en la Argentina	71
VIII.3.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	71
VIII.3.B.	Situación epidemiológica 2021-2025	71
VIII.4.	Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación	77
VIII.5.	Vigilancia epidemiológica	78
VIII.5.A.	Definiciones de caso	78
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES		80
IX. Introducción		
81		
IX.1.	Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional	81
IX.1.A.	Canadá	81
IX.1.B.	Estados Unidos de América	82
IX.1.C.	México3F	83
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....		84
X. Boletines Jurisdiccionales		
85		
X.1.	Buenos Aires: Chikungunya	85
X.2.	Salta: Dengue	86
X.3.	Santa Fe: Coqueluche	87
X.4.	Tierra del Fuego: Respiratorias	88
X.5.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	89
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		90
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0		
91		

TABLA DE **EVENTOS**
DE NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Actualización de la tabla de eventos priorizados

III.1. Fundamentación

El análisis sistemático y oportuno de los eventos de notificación obligatoria constituye una herramienta central para la vigilancia epidemiológica y la detección temprana de cambios en los patrones de ocurrencia de enfermedades y otros eventos de interés sanitario.

Adicionalmente, las tablas del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) han presentado hasta el momento principalmente comparaciones con períodos históricos. Si bien estos indicadores resultan fundamentales para describir la magnitud y contextualizar la situación epidemiológica de los eventos, su interpretación puede complementarse con una mirada orientada a detectar variaciones recientes en la tendencia.

En este sentido, la incorporación de una clasificación de la situación epidemiológica en las últimas semanas permite aportar una lectura más dinámica y operativa del comportamiento de los eventos, favoreciendo la identificación temprana de cambios relevantes, como aumentos recientes, intensificación de la transmisión o situaciones de brote. Esta actualización busca fortalecer la capacidad del BEN para sensibilizar a los equipos de salud y vigilancia frente a variaciones concretas, contribuyendo a una respuesta más oportuna.

III.2. Metodología de análisis

III.2.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LA TABLA

La tabla se construye a partir de las notificaciones de diferentes eventos seleccionados y sus estrategias particulares en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

1. **Mediana histórica:** mediana de casos acumulados para el mismo período en los años previos (2022–2025), utilizada como referencia para el análisis comparativo.
2. **Acumulado anual:** número de casos notificados en el año en curso hasta la semana epidemiológica analizada.
3. Situación en el **año en curso:** comparación del acumulado del año actual respecto de la mediana histórica para el mismo período.
4. Situación en las **últimas 4 semanas epidemiológicas:** se analiza la ocurrencia reciente del evento considerando el número de casos notificados en las últimas cuatro semanas epidemiológicas, comparado con el comportamiento esperado según la serie histórica para esas mismas semanas. **Se consideran las 4 semanas previas a la actual, contando 2 SE hacia atrás.** Por ejemplo, si se presenta la SE 10, las 4 semanas analizadas son la 5, 6, 7 y 8.

III.2.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Con el objetivo de facilitar una interpretación ágil de la información, la tabla incorpora una codificación por colores que permite identificar de manera inmediata la situación epidemiológica de cada evento, junto con la clasificación cualitativa.

La clasificación de la situación epidemiológica se realiza a partir de la variación porcentual observada respecto del valor esperado (mediana histórica -ya sea del acumulado o de las 4 SE ya citadas-) y presenta la siguiente interpretación cualitativa y cromática.

- Por encima de lo esperado: incremento mayor al 40%.
- En aumento: incremento entre 20% y 40%.
- Dentro de lo esperado: variación entre -20% y +20%.
- Por debajo de lo esperado: disminución mayor al 20% respecto del valor esperado.
- En baja magnitud: menos de 30 casos en el acumulado del año en curso.

III.2.C. VISUALIZACIÓN DE LOS CASOS SEGÚN SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS 2022-2026

La tabla incluye gráficos de la serie temporal de cada evento (excepto aquellos de "baja magnitud") por semana epidemiológica, desde la SE 1 de 2022 hasta la semana actual menos cinco semanas. Este recorte temporal se adopta con el fin de contemplar el retraso en la notificación y evitar la interpretación de datos aún incompletos en las semanas más recientes.

A su vez, los minigráficos se presentan con una media móvil de 8 semanas epidemiológicas, con el propósito de suavizar las variaciones semanales asociadas a la heterogeneidad de la notificación. Este procedimiento permite reducir las oscilaciones de corto plazo (en forma de "ruido" o "serrucho") y mejorar la visualización de la tendencia general y de los patrones estacionales de cada evento.

III.2.D. NOTAS GENERALES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS EVENTOS

Cada uno de los eventos contempla sus definiciones de caso específicas y se presentan en la tabla aquellos casos clasificados como confirmados. Como siempre se aclara en cada una de las presentaciones de datos de vigilancia, los mismos son parciales y sujetos a modificación.

Para el grupo de eventos "lesiones", donde se exponen los intentos de suicidio con y sin resultado mortal, se toman en cuenta para la mediana y para las tendencias, solo los años 2024 y 2025. En el 2022 estos eventos no se habían implementado y el 2023 su implementación aún era muy parcial.

III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

La incorporación de este enfoque permite fortalecer la vigilancia basada en tendencias recientes, facilitar la detección temprana de brotes o cambios en la tendencia, sensibilizar a los equipos de salud frente a eventos emergentes o en aumento, orientar la sospecha clínica y las acciones de prevención y control, y mejorar la comunicación epidemiológica hacia los equipos asistenciales.

De esta manera, la nueva tabla de eventos del BEN se constituye en una herramienta de análisis rápido y alerta temprana que complementa los análisis epidemiológicos tradicionales.

A continuación, se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 13 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE13	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
Enfermedades prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	169	183	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros casos sosp. de polio	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	23	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	47	63	En aumento	Dentro de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3359	4891	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	149	124	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	65	57	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	3	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	2	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2108	2616	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	270	322	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chin)	20	14	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	4	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	26	20	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Leptospirosis	50	94	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Psitacosis	46	29	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE13	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	9	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	165	202	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B - Exp. a la transm. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	273	258	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	1781	2699	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	10	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	8	30	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	117	122	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	239	266	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis E	1	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infec. de trans. sexual	Sífilis en población general	5573	10588	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infec. resp. agudas	Legionelosis	8	8	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentos	324	305	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plaguicidas de uso agrícola	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plaguicidas de uso doméstico	9	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Plomo	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Expos. a Monóxido de Carbono	70	179	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	1668	2718	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	63	126	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	32	48	Por encima de lo esp.	En aumento	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	1673	2061	En aumento	Dentro de lo esp.	

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

En el presente BEN, además de la síntesis semanal de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas, se amplía la información de **Vigilancia de Eventos Clínicos y Vigilancia Universal de Virus Respiratorios por Redes de Laboratorio**. Para esta última, se consideran las detecciones de SARS-CoV-2 e influenza (según tipo, subtipo y linaje) notificadas con modalidad nominal en los eventos del SNVS destinados a tal fin, tanto centinela como no centinela, así como las detecciones de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios notificadas con modalidad agrupada

Con relación al parámetro temporal, la fecha de corte del análisis corresponde a la semana de elaboración del BEN para los eventos de notificación nominal y una semana previa para aquellos de notificación agrupada.

IV.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS¹

La actividad de influenza en las Américas se mantiene estable, con tendencia a la disminución y una positividad regional del 11,5%. El subtipo influenza A(H3N2) continúa predominando en la mayoría de las subregiones, con excepción de América del Norte, donde predomina influenza tipo B. La circulación del VSR continúa en aumento; sin embargo, se mantiene en niveles bajos, con una positividad regional del 2,3%, impulsada principalmente por el incremento de la actividad en la Subregión Andina. Por su parte, la positividad de SARS-CoV-2 permanece estable y con niveles bajos en 4,3%. A nivel regional, la circulación de otros virus respiratorios (OVR) ha aumentado durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas, alcanzando una positividad regional del 3%. Entre estos, rinovirus y coronavirus continúan siendo los virus detectados con mayor frecuencia. Las hospitalizaciones por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) y las consultas por Enfermedad Tipo Influenza (ETI) se mantienen bajas y se asocian principalmente con la circulación de influenza.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE12 de 2026, la vigilancia clínica notificó 130.384 casos de ETI, 18.580 casos de neumonía y 11.052 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A hacia el final de 2025. En 2026 influenza registra un bajo número de detecciones, sin notificaciones de VSR. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, acentuado entre las semanas 43 a 45, con descenso en las semanas posteriores.

En las UC-IRAG, se registraron más de 11.000 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados. En las 13 primeras SE de 2026 se registraron 999 internaciones, con 12 detecciones de SARS-CoV-2, 46 de Influenza y 10 de VSR.

La vigilancia universal por red de laboratorios mostró, en las últimas semanas de 2025, un predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. Durante las primeras 12 semanas epidemiológicas de 2026, las detecciones de

¹ Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

influenza se mantienen en números bajos, con un aumento en el porcentaje de positividad. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE10/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de SARS-CoV-2, adenovirus, VSR y parainfluenza.

En personas internadas, en la SE13/2026, se notificaron 12 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 4 con diagnóstico de SARS-CoV-2 y 11 con diagnóstico de VSR. No se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana. En lo que va del año, se registraron 2 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

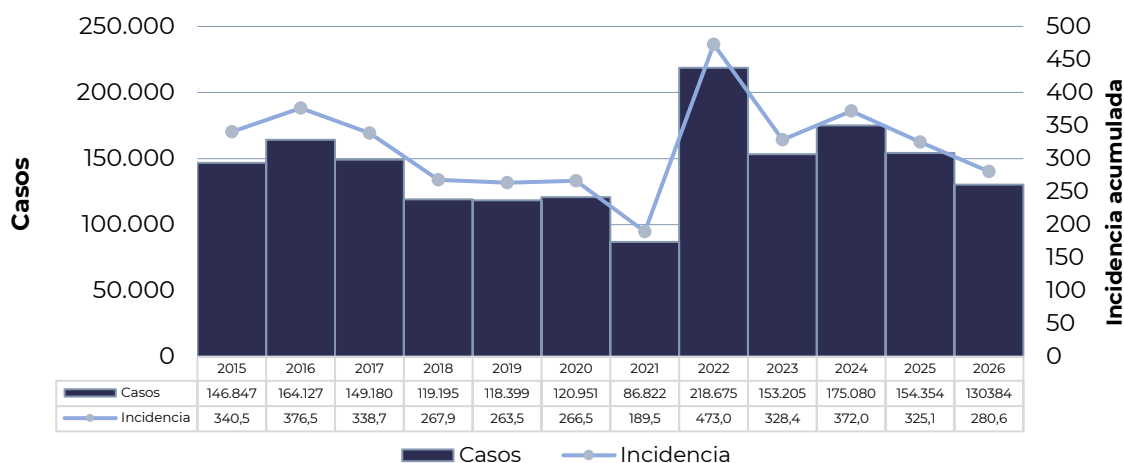
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

IV.3.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 12 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 130.384 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 280,6 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2026, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2022, seguido por 2024. En el corriente año se registra un menor número de casos para el periodo analizado.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE12. Argentina².

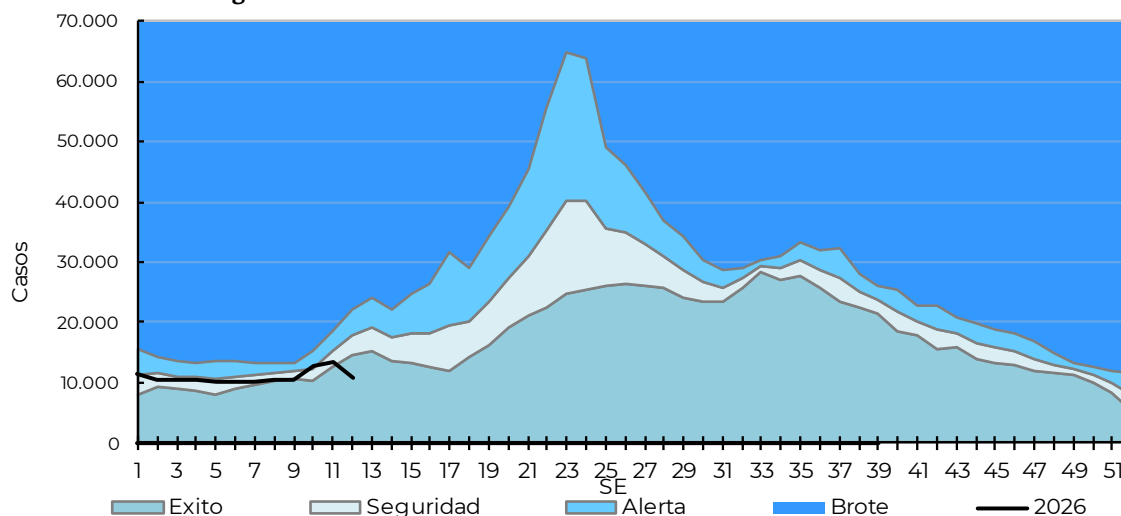


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

En las primeras 12 SE de 2026, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de seguridad, en las primeras 11 SE, y luego en niveles de éxito.

² Para el cálculo de la tasa de incidencia se utiliza como denominador las proyecciones de población calculadas por INDEC a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 12 de 2026³. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 12 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 18.580 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 40,0 casos/100.000 habitantes.

En este período, entre 2015 y 2026, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022, seguido de 2015 y 2016. En 2026 se registra un menor número de notificaciones que el resto de los años del periodo.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE12. Argentina.

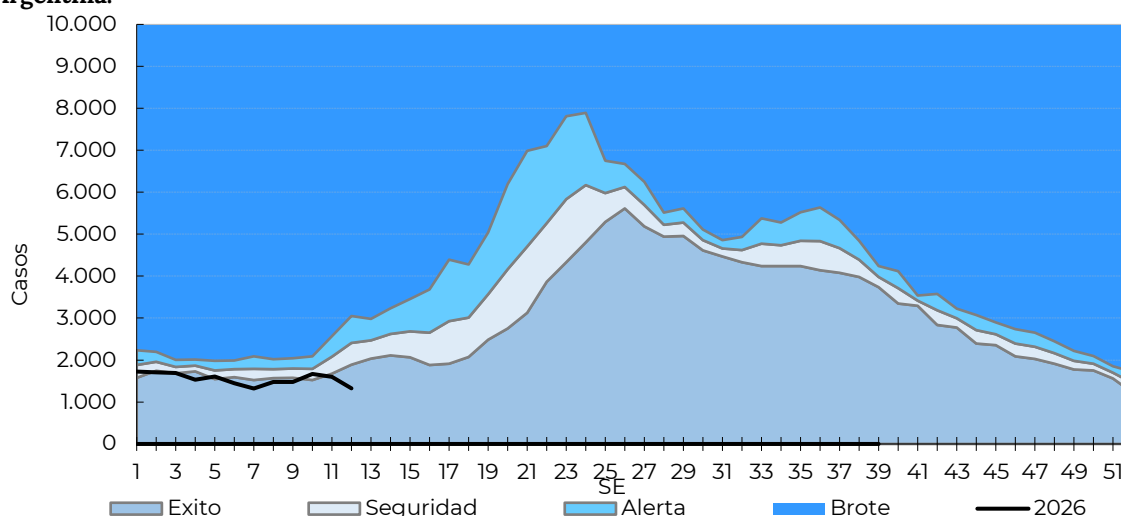


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En las primeras 12 SE de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro del rango esperado, correspondiente a las zonas de éxito y seguridad del corredor endémico.

³ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-12 de 2026⁴. Argentina.



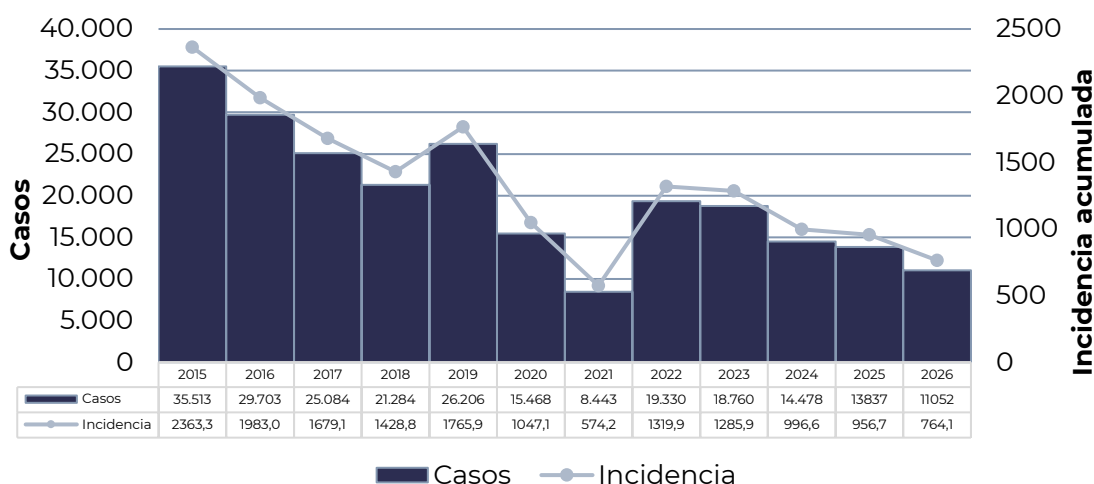
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 12 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 11.052 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 764,1 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 12 SE alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Desde 2022 se descendió gradualmente, con un menor número de notificaciones en 2026.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE12. Argentina.

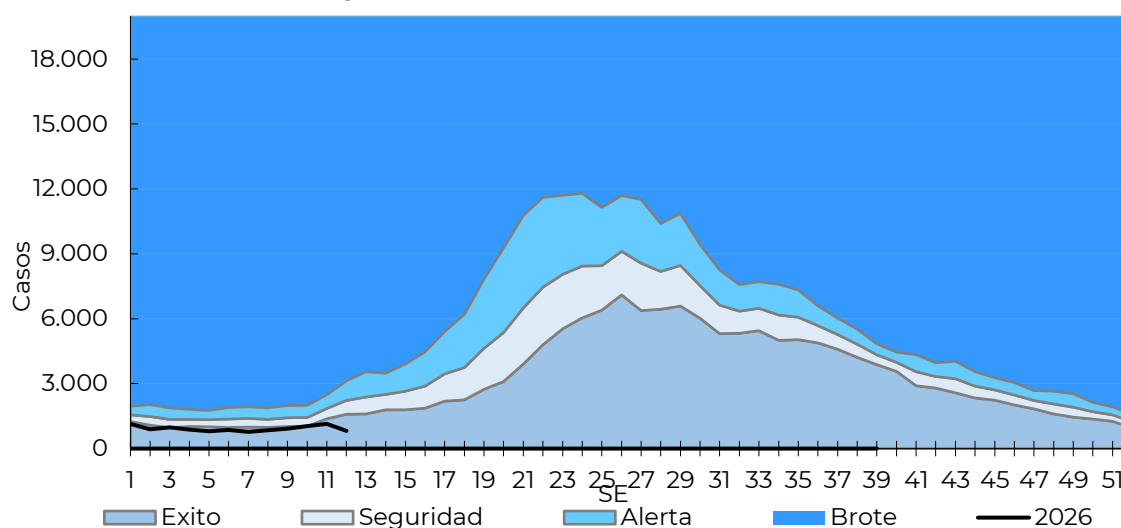


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

En las primeras 12 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos.

⁴ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-12 de 2026⁵. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

Durante las primeras 10 SE de 2026, el número de casos de influenza se mantiene en valores bajos, con un aumento en el porcentaje de positividad.

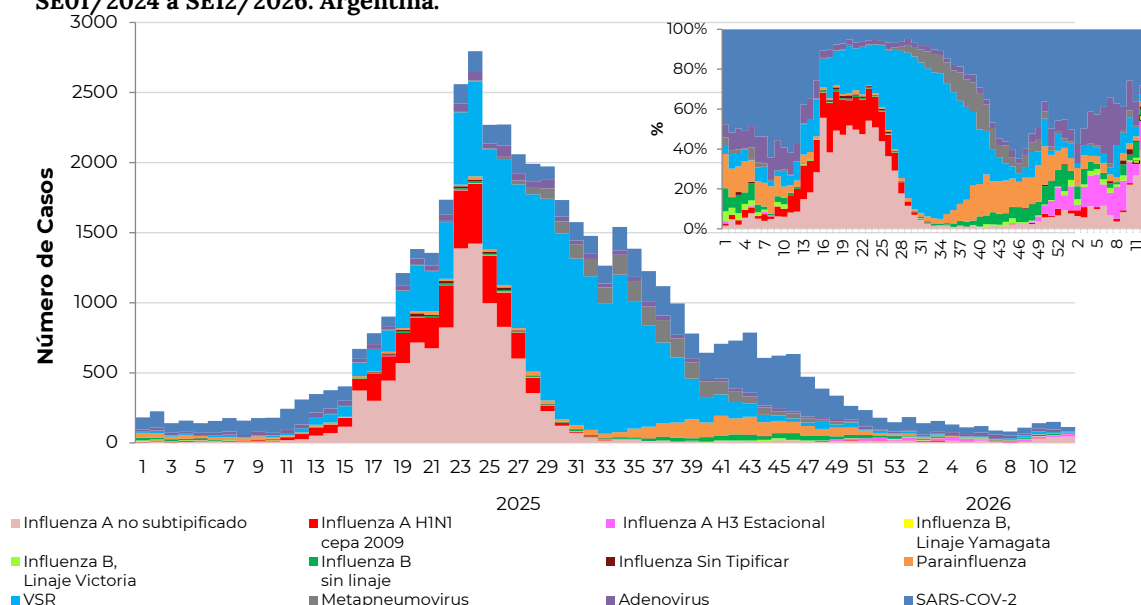
En 2025, a partir de la SE11, se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1) y un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del año se registró un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2) hacia el final del período, junto con detecciones de Influenza B.

En cuanto a **VSR**, durante las primeras 12 SE de 2026 los valores se mantienen bajos. En 2025, se verificó un aumento en las detecciones de VSR a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20.

Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos desde las últimas semanas de 2025.

⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE12/2026. Argentina.

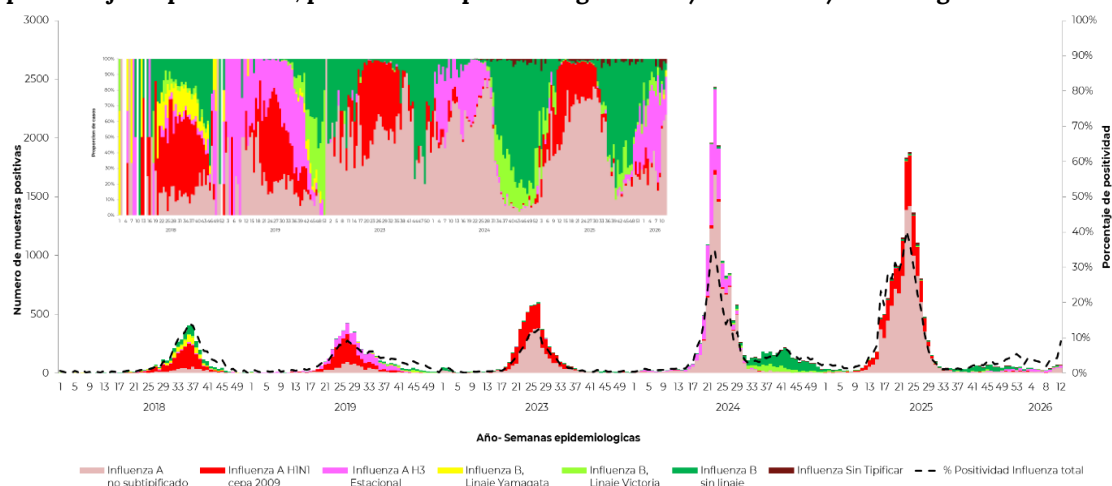


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En las primeras 12 SE de 2026, las detecciones de influenza se mantienen en valores bajos, con un aumento del porcentaje de positividad. Entre la SE 11-12 se notificaron 131 detecciones de influenza.

Durante 2025, se registraron casos en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas del año se verificó un ligero aumento de las detecciones, con predominio de influenza B desde la SE36, junto con detecciones de influenza A y A(H3N2).

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE12/2026. Argentina.

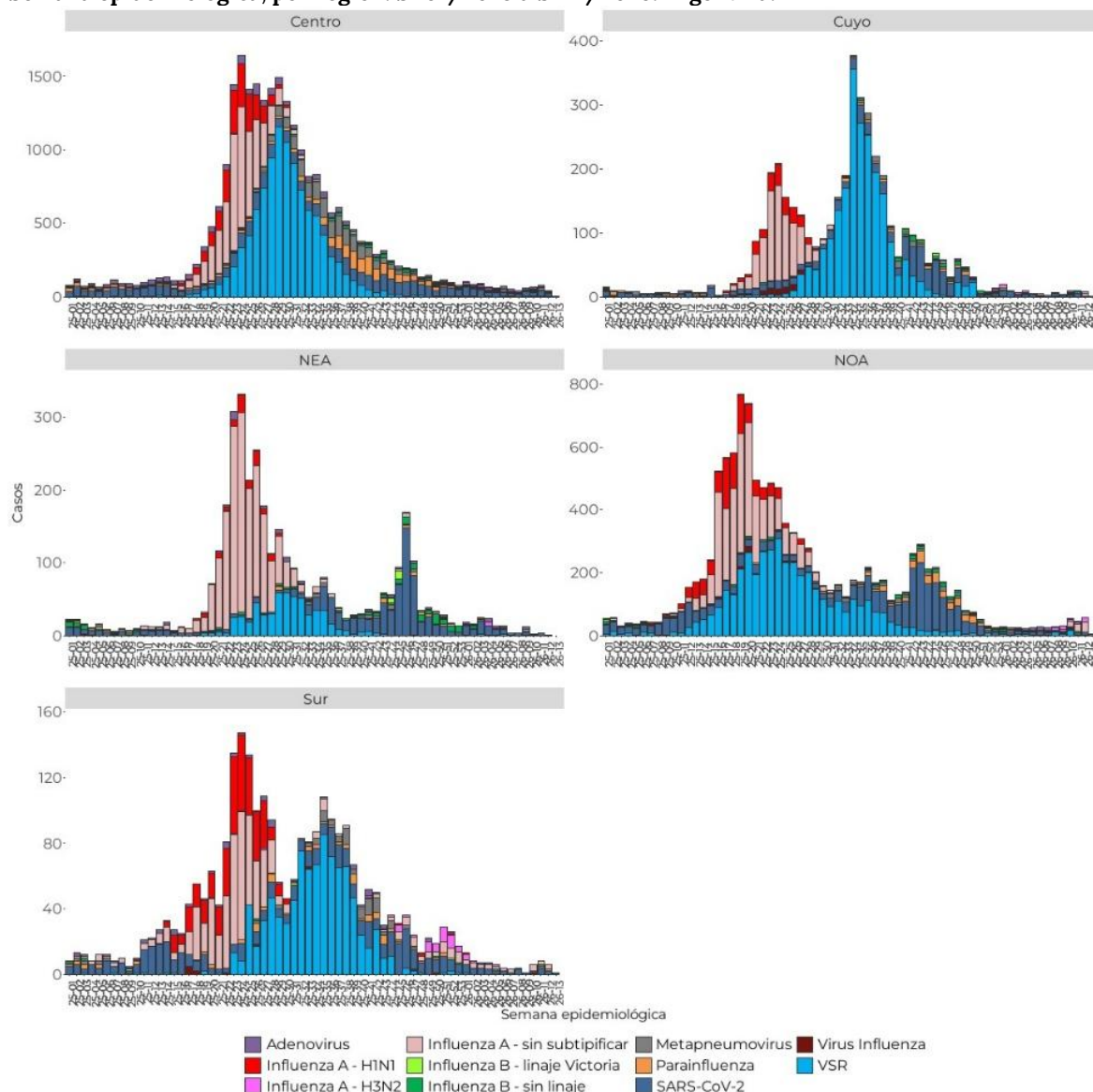


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Se destaca que durante 2025 la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado con relación a lo observado en años históricos en el país. Como se mencionó previamente, los casos comenzaron su ascenso desde SE11 y, además, la positividad, se presentó en niveles elevados desde SE13. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2016-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada 2025 comenzaron con un ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país. Actualmente, los casos se mantienen en valores bajos en todas las regiones.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE12/2026. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto a **SARS-CoV-2**, en las primeras 12 SE de 2026, las detecciones se mantienen en valores bajos.

Durante 2025, los casos también se mantuvieron en valores bajos a lo largo del año, si bien se verifica un ligero aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.

En 2024, si bien el número de casos por semana epidemiológica fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con un máximo entre las SE3 y SE6. Posteriormente, las detecciones disminuyeron y, a partir de la SE32, se registró un nuevo incremento, con un pico en la SE44, de menor magnitud que el observado al inicio del año.

En relación con el **VSR**, durante las primeras 12 SE de 2026, las detecciones se mantienen en niveles bajos. Entre las SE11 y SE12 de 2026 se notificaron 11 casos.

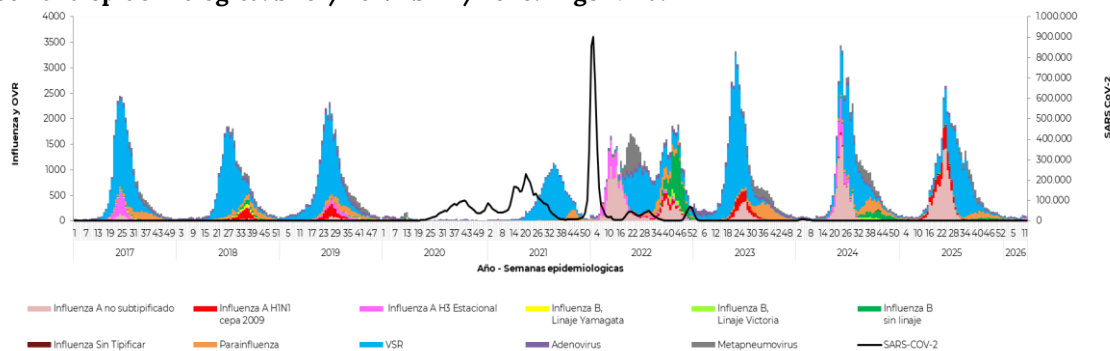
Durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente.

En 2024, se había verificado un incremento de las notificaciones a partir de la SE16, con un máximo en la SE26 y descenso posterior.

Respecto a otros virus respiratorios, durante 2024, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior. En 2025, se observó un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso posterior. Adicionalmente, los casos de parainfluenza muestran un aumento progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores.

Durante la SE 12/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, adenovirus, VSR y parainfluenza.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE12/2026. Argentina.



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

IV.4.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

En las primeras 13 SE de 2026 se notificaron 319 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 28,8% inferior a la registrada en igual período de 2025. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024,

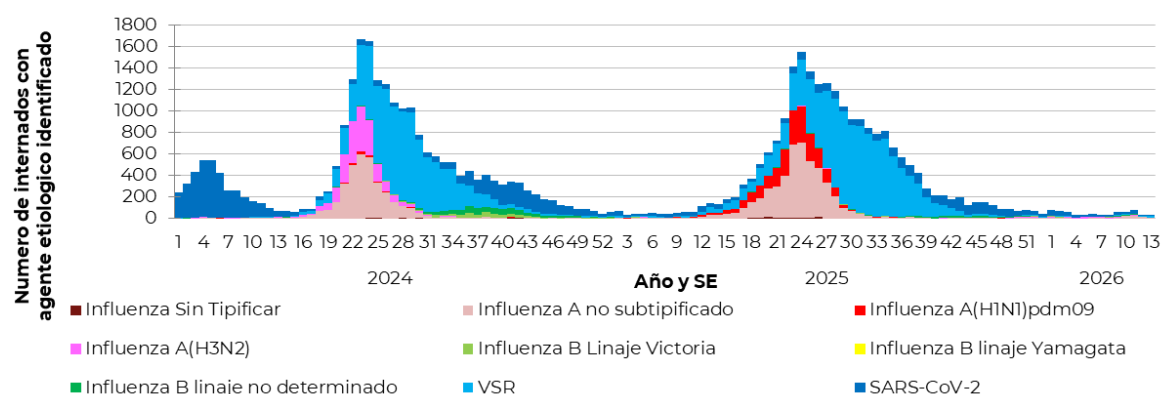
seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En las SE 12 y 13 de 2026 se registraron 14 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, en las 13 SE de 2026 se registraron un total de 263 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En las SE 12 y 13 de 2026, se detectaron 30 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 263 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 206), con menor detección de influenza B (n= 53). De los casos de influenza A, 97 cuentan con subtipificación, correspondiendo 8 a influenza A (H1N1) pdm09 y 89 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 22 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2026, se notificaron 81 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia ascendente en la SE 12.

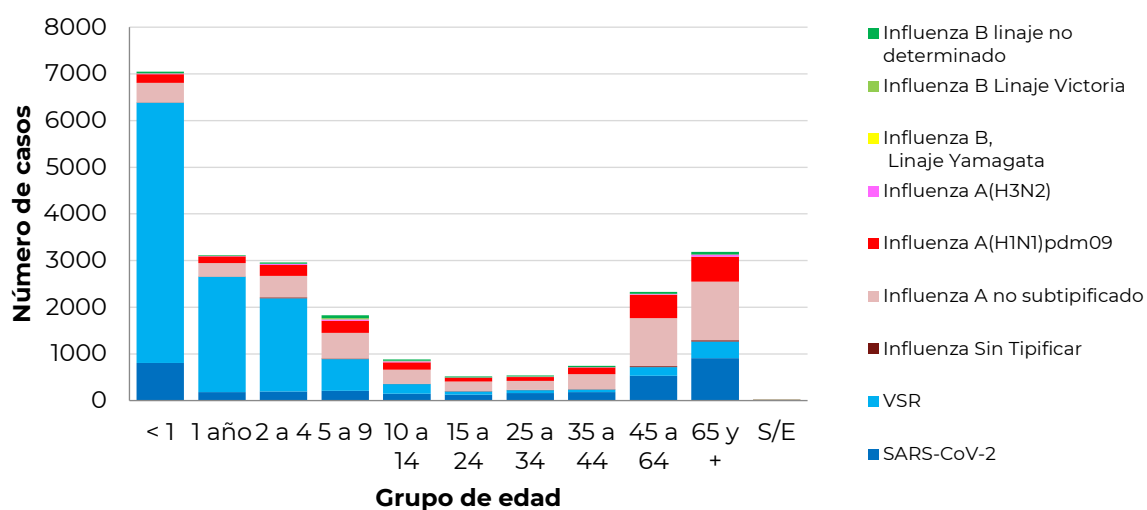
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE13/2026. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE9/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE13/2026.



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En lo que va del año, se registraron 2 fallecimientos con diagnóstico de influenza. No se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en la última SE.

IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.5.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto del período interestacional de influenza en Argentina, caracterizado por baja circulación de virus respiratorios, y ante la detección en el país de casos de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K, se recomienda a los equipos de salud seguir los lineamientos para la prevención, control y atención clínica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), así como mantener una vigilancia fortalecida de los distintos componentes de la estrategia de vigilancia de IRAs, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

IV.5.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Se destaca la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica y virológica, con énfasis en la detección de influenza A(H3N2), aun en períodos de baja circulación.

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.

- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subtipificación y eventual derivación para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

Asimismo, se recomienda el estudio por subtipificación y la caracterización genética de muestras seleccionadas, con el objetivo de favorecer la detección temprana de cambios en los patrones de circulación viral y la caracterización virológica oportuna.

Caracterización de virus Influenza: Enviar al Laboratorio Nacional de Referencia todas las muestras obtenidas en laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros virus respiratorios con resultados positivos para Influenza A/B con ct menor a 28.

Por otra parte, para todos los laboratorios participantes o no de la red que detecten virus de la influenza A (H3N2), realizar la derivación al LNR para procurar identificar la potencial introducción de la variante K en el territorio argentino a través de herramientas genómicas.

Las detecciones identificadas en el marco de la investigación de eventos respiratorios inusuales deberán remitirse al LNR para estudios adicionales, incluyendo caracterización genética, conforme a los procedimientos vigentes.

Definiciones:

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.

Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.

Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:

- Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
- En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
- Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
- Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
- Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
- Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.

- Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024.**
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

IV.6. Recomendaciones para la población

Se reiteran las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas:

- Mantener completos los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Bordetella pertussis y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.
- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

Personas que viajen o regresen de países con circulación de influenza:

- Mantener las medidas generales de prevención de infecciones respiratorias durante el viaje y al regreso.
- En caso de presentar síntomas respiratorios, evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).
- Consultar de forma oportuna al sistema de salud ante la progresión o empeoramiento del cuadro clínico, y personas pertenecientes a grupos con mayor riesgo de complicaciones.

IV.7. Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

Se recomienda a los equipos de salud mantener la indicación de la vacunación antigripal anual a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, según las recomendaciones nacionales, recordando que su administración en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRI PAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas. Para mayor información Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf.

IV.8. Tratamiento antiviral

Las epidemias de influenza causan anualmente millones de casos graves y cientos de miles de muertes en el mundo, afectando especialmente a niños pequeños, adultos mayores y personas con comorbilidades. El tratamiento antiviral con oseltamivir, un inhibidor de la neuraminidasa, es una herramienta terapéutica complementaria a la vacunación, especialmente útil en pacientes con factores de riesgo. Aunque su mayor efectividad se observa cuando se administra dentro de las primeras 48 horas del inicio de síntomas, hay evidencia que demuestra beneficios incluso en tratamientos iniciados más tardíamente en pacientes con enfermedad grave. Sin embargo, debe considerarse que el uso indiscriminado del fármaco podría llevar a la aparición de resistencia, en consecuencia, debe promoverse un uso racional del mismo bajo ciertas indicaciones médicas.

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.^{6,7} En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.^{8,9} En Argentina, durante el año 2024, el

⁶ Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1728.

⁷ Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. *Clin Infect Dis*. 2017 May 15;64(10):1328-1334.

⁸ Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. *Lancet Respir Med*. 2014 May;2(5):395-404.

⁹ Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. *Int J Infect Dis*. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales.

Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.

Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por Influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.

-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.

-Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.

En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.

La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al SNVS.2.0 completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas.

*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹⁰ y el ARBO-portal¹¹ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 09/04/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 13 de 2026 se notificaron 489.047 casos de dengue, de los cuales 96.282 fueron confirmados por laboratorio. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 87%. Asimismo, se reportaron 72 fallecimientos. En cuanto a Chikungunya, se reportaron un total de 38.386 casos. De ellos, 9.670 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 74% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 15 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 11/2026 se registraron 2.403 casos notificados, de los cuales 110 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 84%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 8/2026 se confirmaron por laboratorio 5 casos, un 38% menos que en 2025, sin defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 12/2026, se han reportado un total de 36.007 casos de dengue, de los cuales 328 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 60% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró 1 fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron 23.145 casos, de los cuales 7.817 fueron confirmados por laboratorio y 7 fallecieron. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 45 casos, sin fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.168 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 13/2026 se registraron un total de 6.135 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 114 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 84% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 8 casos confirmados por laboratorio, sin fallecimientos registrados, mientras que en la misma semana de 2025 se registraron 2 casos confirmados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 12/2026 se reportaron un total de 12.795 casos de dengue, de los cuales 5.990 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 57% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 12 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 11/2026 se notificaron 7 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, se notificaron 8 casos, sin confirmación por laboratorio. En relación con Oropouche, no se registraron actualizaciones para el año en curso; el último dato disponible corresponde a la SE 38/2025, en la que se confirmaron 330 casos, un 69% menos que en la misma semana de 2024.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: <https://www.paho.org/en/arbo-portal>

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se ha observado un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia¹².

Para el año en curso, hasta la fecha, se mantiene una tendencia descendente de los casos de dengue, con circulación de los serotipos DEN-1 y DEN-2 en Bolivia y Paraguay, en Perú los serotipos DEN-1, DEN-2, DEN-3 y de los cuatro serotipos en Brasil (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4). En cuanto a Oropouche y Zika, entre los países mencionados, únicamente Brasil registró casos confirmados.

V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada escenario se establecieron rangos de casos esperados y un criterio metodológico específico (Gráfico 1).

- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** se utilizó como modelo la dinámica observada durante la temporada 2022/2023, considerada de magnitud intermedia, caracterizada por un inicio de brote en octubre en la región NOA/NEA y una posterior propagación hacia la región centro del país con aumento en la intensidad de la transmisión.
- **Escenario 3 (130.000 a 600.000 casos):** se basó en los casos notificados por SE durante la temporada 2023/2024, la de mayor magnitud registrada hasta el momento, con transmisión viral sostenida en múltiples regiones y elevada incidencia acumulada.
- **Escenario 4 (>600.000 casos):** se proyectó adicionando un 50% de aumento a los casos semanales observados en la temporada 2023/2024, simulando un escenario de máxima transmisión caracterizado por la introducción temprana del virus en regiones endémicas y una rápida expansión territorial.

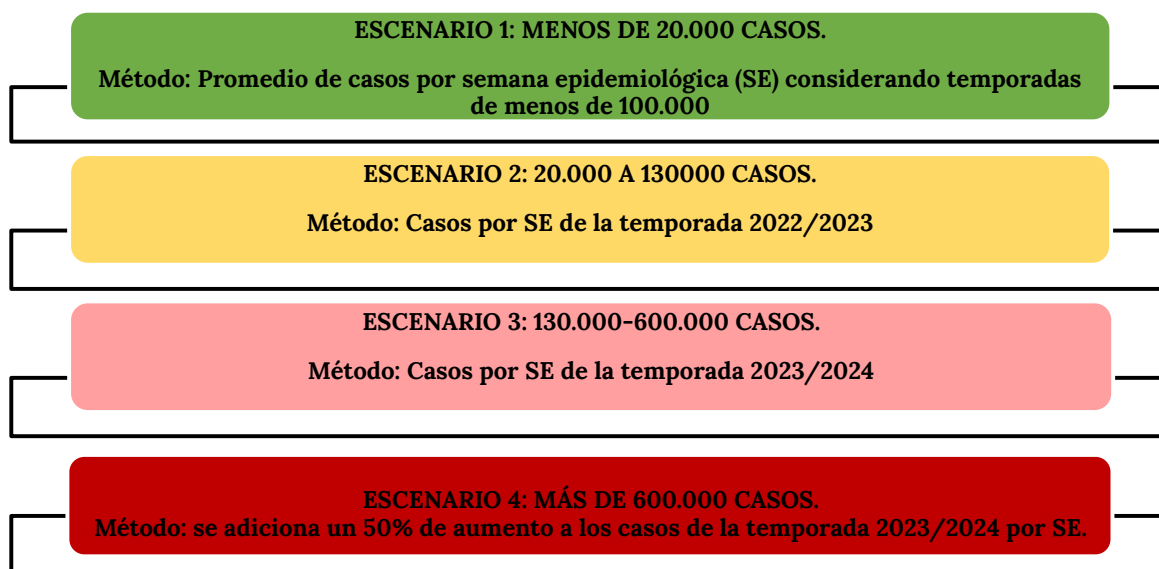
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de

¹² Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Chikungunya, 10 de febrero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-10-febrero-2026>

anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, clínica, entomológica y virológica.

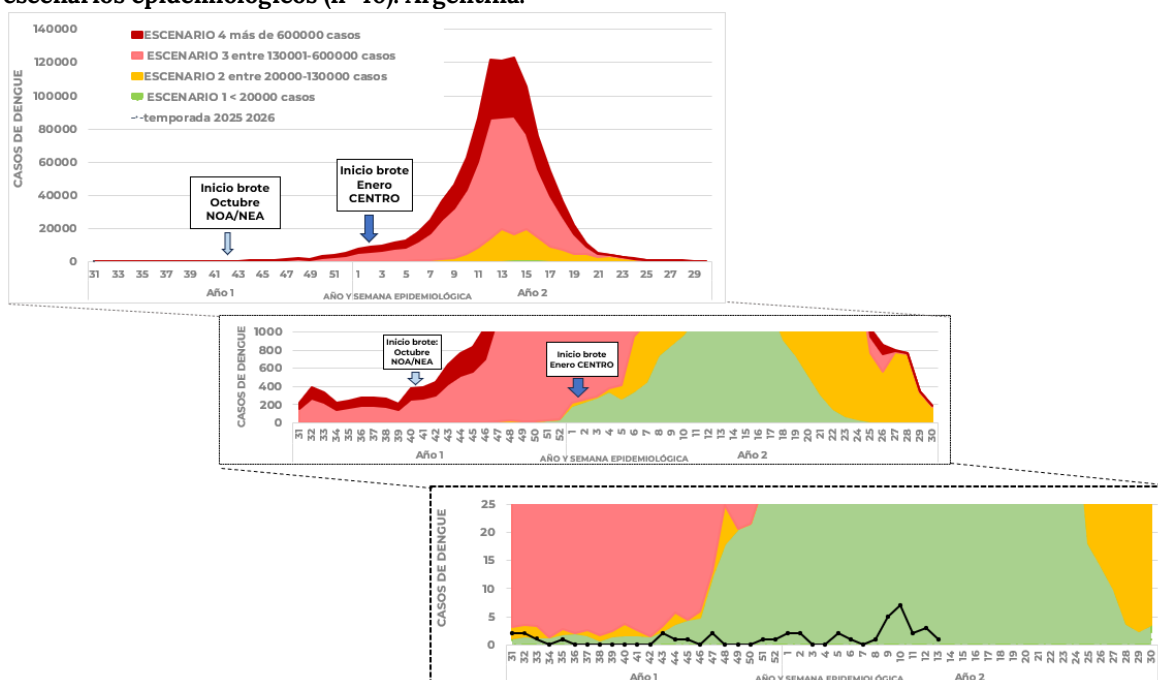
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2).

Gráfico 1. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=40). Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. TEMPORADA 2025/2026

De acuerdo con la fecha mínima¹³, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **17594** casos sospechosos de dengue, de los cuales **40** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **55%** corresponden a casos **sin** antecedente de viaje (Tabla 1)

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 13/2026 se notificaron **984** casos sospechosos y **cinco** casos confirmados de dengue; estos últimos correspondientes a las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA y San Luis, con fechas de inicio de síntomas comprendidas entre las SE11 y SE13. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

¹³Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE13/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	7	50	5	5	DENV-1 DENV-2 DENV-3	1187	315	1569	12
CABA	9	20	5	3	DENV-1 DENV-3	352	172	561	14
Córdoba	2	32	2	0	DENV-2	2276	117	2429	4
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	286	6	301	4
Santa Fe	0	25	1	2	DENV-3	1106	72	1206	1
Total Centro	18	131	17	11		5207	682	6066	35
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	123	4	129	1
San Juan	0	0	0	0		40	0	40	0
San Luis	1	0	0	0		64	18	83	1
Total Cuyo	1	0	1	1		227	22	252	2
Chaco	0	9	0	0		849	9	867	0
Corrientes	0	3	0	0		137	28	168	0
Formosa	2	3	0	0	DENV-2	4126	23	4154	2
Misiones	0	2	0	0		533	0	535	0
Total NEA	2	17	0	0		5645	60	5724	2
Catamarca	1	4	0	0	DENV-2	355	6	366	1
Jujuy	0	9	0	0		618	54	681	0
La Rioja	0	6	0	0		220	3	229	0
Salta	0	17	0	0		1376	439	1832	0
S. del Estero	0	5	0	0		179	210	394	0
Tucumán	0	65	0	1		1692	133	1891	0
Total NOA	1	106	0	1		4440	845	5393	1
Chubut	0	0	0	0		12	2	14	0
La Pampa	0	0	0	0		70	9	79	0
Neuquén	0	0	0	0		23	2	25	0
Río Negro	0	0	0	0		5	0	5	0
Santa Cruz	0	0	0	0		25	3	28	0
T. del Fuego	0	0	0	0		8	0	8	0
Total Sur	0	0	0	0		143	16	159	0
Total País	22	254	18	13		15662	1625	17594	40

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

V.3.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CASOS DE DENGUE DURANTE LA TEMPORADA

Los 40 casos de dengue confirmados se distribuyen de la siguiente manera:

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás y un caso en el departamento Patiño.
- **Doce** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: siete sin antecedente de viaje en Tres de Febrero, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza; cinco con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- **Catorce** casos notificados en **CABA**: nueve sin antecedente de viaje y cinco con antecedente de viaje a Brasil, Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela.
- **Cuatro** casos notificados por **Córdoba**: dos casos con antecedente de viaje a México y dos casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital.

- **Un** caso notificado por **Catamarca** sin antecedente de viaje, del departamento Ancasti (DENV-2).
- **Cuatro** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba, Brasil (DENV-3), República Dominicana y Colombia (DENV-3).
- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (DENV-3)
- **Un** caso notificado por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- **Un** caso notificado por **San Luis** sin antecedente de viaje del departamento Capital (SE12).

Casos probables

Si bien en la actualidad se registra una **baja circulación de dengue** a nivel nacional y los casos confirmados continúan siendo escasos y mayormente aislados, en las últimas semanas se observa un aumento en la notificación de casos probables, principalmente en las jurisdicciones de **Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe**.

En este contexto, resulta fundamental promover la toma de **segundas muestras** y completar los estudios diagnósticos en los casos probables, con el objetivo de confirmar o descartar dengue de manera adecuada y mejorar la calidad de la vigilancia epidemiológica. El estudio de pares serológicos es importante que también se acompañe de la **intensificación de búsqueda de otros febriles** en el área de casos probables y priorizar la toma de muestras agudas a fin de confirmar rápidamente si efectivamente hay circulación activa de dengue y qué serotipo se encuentra involucrado.

Este abordaje cobra particular relevancia considerando que distintos Arbovirus pueden circular de forma simultánea y generar cuadros clínicos compatibles con **síndrome febril agudo inespecífico (SFAI)**. Por ello, además de confirmar o descartar dengue, es importante continuar el estudio de otros virus de la misma familia viral, como el de la Encefalitis de San Luis, para el cual se registra un aumento de notificaciones en las últimas semanas en la provincia de Buenos Aires y que podría estar causando reacciones cruzadas. Recordemos también que la detección de anticuerpos IgM/IgG puede deberse a infecciones por dengue previas, vacunación o incluso reacciones inespecíficas que deben evaluarse y aclararse a los fines de la vigilancia de salud pública y el diagnóstico individual.

Dado que el dengue se enmarca dentro de los eventos bajo vigilancia del síndrome de SFAI, cuando los estudios iniciales no permiten confirmar dengue, resulta clave profundizar la investigación etiológica para identificar la causa del cuadro clínico. El estudio exhaustivo de los casos probables permite no solo mejorar la clasificación de los eventos, sino también fortalecer la vigilancia de otros Arbovirus, favorecer la detección oportuna de cambios en los patrones de circulación viral y optimizar la capacidad de respuesta del sistema de salud ante posibles escenarios de transmisión. Esta situación cobra mayor relevancia, considerando, además, que recientemente se ha detectado la reintroducción de CHIKV en el territorio nacional.

Caracterización clínica de los casos de dengue (n=40)

La mediana de edad fue de 44 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 25 a 34 años. No hay diferencia proporcional por sexo.

Hasta el momento no se registraron casos graves ni fallecimientos. Tres casos requirieron internación, pero de corta duración, con evolución clínica favorable y alta sin complicaciones.

Consideraciones para la vigilancia por laboratorio

Los servicios de salud deben seguir las directrices establecidas para el manejo de casos sospechosos de dengue y asegurar la realización de estudios de laboratorio apropiados para confirmar o descartar la infección, sobre todo en los grupos de pacientes priorizados y en las diferentes fases de preparación, alerta, respuesta y recuperación de la epidemia. Es fundamental el trabajo coordinado entre las áreas de atención de pacientes, epidemiología y laboratorios para no sobrecargar la demanda de diagnóstico etiológico, particularmente en lo relativo a las acciones de vigilancia laboratorial de acuerdo a la disponibilidad de insumos y recurso humano.

En el contexto epidemiológico actual, con una epidemia de dengue en las temporadas anteriores, se recomienda la aplicación de método directos y confirmatorios (ELISA NS1 para dengue, aislamiento viral y qRT-PCR) aplicados a muestras agudas (hasta 6 días de evolución) con el objetivo de proveer al sistema de vigilancia con información de certeza que permita identificar y caracterizar los Arbovirus circulantes en un área, de modo de generar un alerta temprano que oriente adecuadamente la implementación de medidas de prevención y control.

En el caso de que los primeros casos compatibles con un inicio de circulación viral en un área correspondan a pacientes con un cuadro de 4 o más días de evolución en los que únicamente se detecte la presencia de anticuerpos tipo IgM, es necesario tener la consideración que los anticuerpos IgM son marcadores de infección reciente, no necesariamente aguda. En estudios realizados en epidemias de dengue anteriores en Argentina, se ha constatado que un porcentaje de pacientes pueden presentar persistencia de IgM para dengue por más de 3 meses e incluso a más de un año. Por lo tanto, en esos casos, se plantea el estudio por prueba de neutralización en par de sueros con muestras tomadas con 10 a 15 días de diferencia para confirmar circulación viral o descartar el caso de dengue al evidenciar la seroconversión de anticuerpos tipo IgG, así como estudiar otros flavivirus y descartar la detección de cruces serológicos. Esta acción es fundamental cuando no existan casos confirmados por qRT-PCR e identificación de serotipo. No obstante, es fundamental la investigación epidemiológica y búsqueda activa para captar otros casos febriles que pudieran presentarse en la zona y proceder a la toma de muestras en fase aguda.

En los casos con sintomatología compatible de dengue pero que cuentan con antecedentes de vacunación dentro de los 30 días inclusive de la última dosis de vacuna, no deben realizarse estudios de diagnóstico etiológico, a excepción de los casos graves o fatales. En caso de FIS más allá de los 30 días de la última dosis de vacuna se puede realizar diagnóstico etiológico SÓLO a través de métodos directos dentro de los 6 días de la fecha de inicio de síntomas (FIS <6 días) y preferentemente, por métodos moleculares. Los métodos indirectos basados en serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG con resultados positivos no permiten diferenciar infección por virus dengue o respuesta inmune vacunal en este contexto. Si no es posible realizar el diagnóstico en la jurisdicción deberán arbitrarse los medios dispuestos a través de la red nacional de laboratorios de dengue y otros Arbovirus para lograr el diagnóstico de laboratorio que permita reconocer la situación epidemiológica de la localidad.

Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de

metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales. Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los Arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

La derivación de muestras al Centro Nacional de Referencia para estudios de caracterización genómica viral es importante que cumpla criterios de representación geográfica, temporal y de espectro clínico, priorizando aquellos casos positivos por técnicas de qRT-PCR con valores de CT inferiores a 28 idealmente.

V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **5432** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **569** corresponden a casos confirmados y probables. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de **Bolivia**, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando la presencia de transmisión local. Durante la SE13 se notificaron **137** casos nuevos de Fiebre Chikungunya, en comparación con la SE12.

La tabla presenta la clasificación de los casos notificados de Fiebre Chikungunya según su estado diagnóstico y evolución. Se distinguen los casos sospechosos con resultado negativo, categoría que incluye tanto los casos descartados como los sospechosos no conclusivos; los casos sospechosos sin estudios de laboratorio registrados en el sistema; y los casos sospechosos actualmente en estudio, que continúan en proceso diagnóstico. Asimismo, se incluyen los casos clasificados como probables y confirmados, que conforman el total de casos del evento. El total de notificados corresponde al conjunto de todas las notificaciones registradas para chikungunya, independientemente de su clasificación final, permitiendo dimensionar la magnitud del evento y la carga del sistema de vigilancia (**Ver tabla 2**).

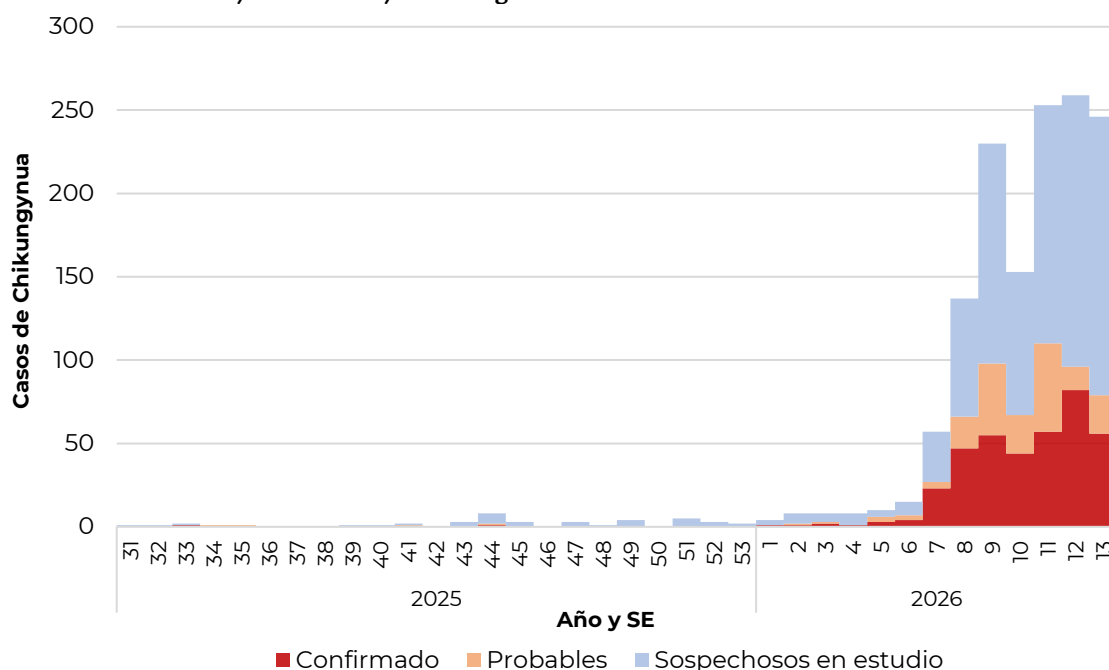
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE13/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Sospechosos con lab. Negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notif.	Total casos de Chikungunya
	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.					
Buenos Aires	5	11	5	3	89	21	6	140	24
CABA	2	0	3	1	9	7	0	22	6
Córdoba	0	1	2	0	1626	16	5	1650	3
Entre Ríos	0	0	0	0	28	2	4	34	0
Santa Fe	0	0	0	0	200	10	2	212	0
Total Centro	7	12	10	4	1952	56	17	2058	33
Mendoza	0	0	0	0	19	0	2	21	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	1	0	12	1	0	14	1
Total Cuyo	0	0	1	0	33	1	2	37	1
Chaco	0	1	0	0	163	1	0	165	1
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Formosa	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Misiones	0	0	0	0	42	2	0	44	0
Total NEA	0	1	0	0	208	3	0	212	1
Catamarca	8	7	0	0	116	1	30	162	15
Jujuy	29	16	1	1	267	50	4	368	47
La Rioja	0	0	0	0	40	1	1	42	0
Salta	184	124	49	15	109	691	369	1541	372
Santiago del Estero	21	4	0	0	73	25	4	127	25
Tucumán	69	6	0	0	168	30	599	872	75
Total NOA	311	157	50	16	773	798	1007	3112	534
Chubut	0	0	0	0	1	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Neuquén	0	0	0	0	0	2	0	2	0
Río Negro	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	1	0	5	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	2	2	0
Total Sur	0	0	0	0	8	3	2	13	0
Total País	318	170	61	20	2974	861	1028	5432	569

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

El análisis integrado de la curva temporal y la distribución por jurisdicción muestra una dinámica en aumento de Fiebre Chikungunya en Argentina, con un incremento marcado de las notificaciones a partir de las primeras semanas epidemiológicas de 2026 (**Ver gráfico 3**). En el gráfico se observa una aceleración sostenida de los casos, tanto a expensas del aumento de confirmados como de probables, acompañada por un incremento de los casos en estudio, lo que da cuenta de un escenario de intensificación de la transmisión junto con una mayor detección. La tendencia, representada por el promedio móvil, evidencia un ascenso pronunciado hasta las semanas más recientes, con leves fluctuaciones que pueden explicarse por retrasos en la notificación al SNVS 2.0.

Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima¹⁴. SE31/2025 a SE13/2026. Argentina.

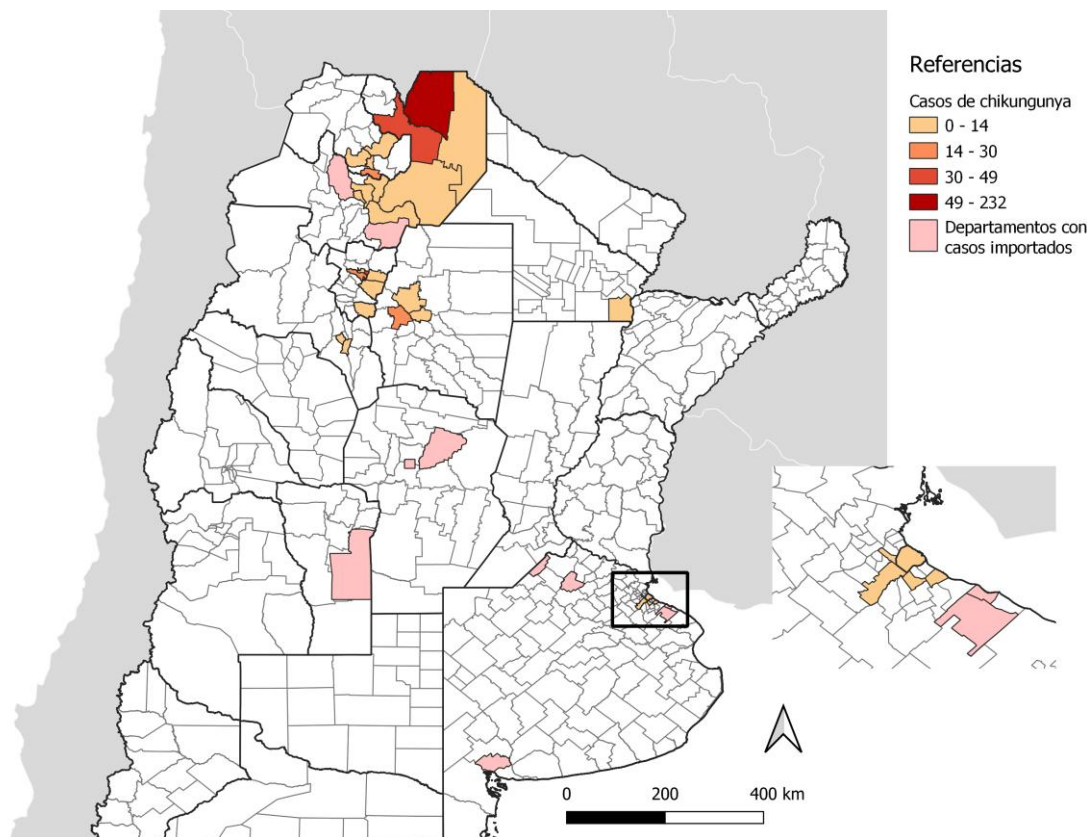


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (311 confirmados sin antecedente de viaje, 157 probables y 534 casos en total), con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, durante las últimas semanas se registraron brotes en otras jurisdicciones como Catamarca, Santiago del Estero y Buenos Aires, junto con la detección de los primeros casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa 1**), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

¹⁴Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE13/2026. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

V.4.A. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE CHIKUNGUNYA

La caracterización clínica de los 569 casos de chikungunya confirmados es la siguiente:

La mediana de edad fue de 33 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de **45 a 65 años**, seguido por los grupos de **10 a 14 años** y de 35 a 44 años. El 53% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

Los síntomas más frecuentes reportados fueron: **fiebre**, **poliartralgias**, mialgias, cefalea, diarrea y vómitos.

Del total de casos, 334 cuentan con información sobre requerimiento de internación, de los cuales el 6% (n=34) requirió hospitalización. Asimismo, se notificó un caso grave y un caso fatal, ambos correspondientes a la provincia de Salta.

El caso grave corresponde a una mujer de 33 años, residente en Salta Capital, que cursa una encefalitis asociada a la infección por virus chikungunya, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Continúa internada.

El caso fatal corresponde a un adulto de 68 años oriundo de Embarcación, con inicio de síntomas el 27 de marzo, que evolucionó con fiebre, cefalea, náuseas, diarrea, mialgias y artralgias intensas, presentando posteriormente compromiso respiratorio a partir de una neumonía por *Streptococcus pneumoniae*. Requirió derivación a un establecimiento de mayor complejidad en San Ramón de la Nueva Orán, donde falleció el 4 de abril. El diagnóstico de infección por virus chikungunya fue confirmado por laboratorio.

V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.5.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

Las encefalitis Arbovirales son enfermedades transmitidas por mosquitos, que pueden causar síntomas neurológicos en humanos y animales. Algunos ejemplos de encefalitis Arbovirales incluyen la encefalitis del virus del Nilo Occidental (WNV), la encefalitis de San Luis (SLEV), la encefalitis japonesa (JEV), la encefalitis equina del este (EEEV), y la encefalitis equina del oeste (WEEV). Los síntomas comunes de estas enfermedades pueden incluir fiebre alta, dolor de cabeza intenso, confusión, convulsiones, debilidad muscular y otros problemas neurológicos.

V.5.B. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron **351** casos sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui”, se confirmaron 2 casos de Encefalitis de San Luis en Provincia de Buenos Aires, en las localidades **Florencio Varela y Bragado**.

V.5.C. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

Durante la presente temporada se investigaron **92** casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó **un** caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

V.5.D. CONFIRMADOS Y PROBABLES FLAVIVIRUS SIN ESPECIFICAR

Para el mismo período, se notificaron **13** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por **flavivirus**, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros).

Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso.

Las jurisdicciones con casos notificados son Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Jujuy. De los **13** casos, **9** corresponden a la provincia de **Buenos Aires** (8 confirmados y 1 probable), con residencia en **La Plata, 25 de Mayo, Brandsen, Arrecifes, Cañuelas, Lobos y Ezeiza**¹⁵. Los primeros casos fueron detectados a fines de febrero; no obstante, en el análisis retrospectivo se identificó que las fechas de inicio de síntomas se encontraban comprendidas entre las SE3 y SE9. La mediana de edad de 21 años (rango: 0–61 años) y se observa predominio en sexo legal femenino (55%). Cuatro casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha.

¹⁵ Los casos que en ediciones anteriores figuraban como correspondientes a Bragado y Florencio Varela han sido reclasificados y confirmados como encefalitis de San Luis.

Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final. En este contexto, se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente la posible circulación o introducción de arbovirus neuroinvasivos y fortalecer la sospecha clínica y la notificación oportuna por parte de los equipos de salud.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales: Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE13/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE13/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Est	Confirmado	Est	Probable	Confirmado
Buenos Aires	2	36	1	28	1	8
CABA	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	254	0	5	1	1
Entre Ríos	0	10	0	2	0	0
Santa Fe	0	19	0	15	1	0
Total Centro	2	320	1	50	3	9
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	7	0	6	0	0
Total Cuyo	0	13	0	6	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	1	0	4	0	0
Total NEA	0	1	0	4	0	0
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	5	0	28	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	2	0	0
Tucumán	0	0	0	1	0	0
Total NOA	0	14	0	31	1	0
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	0	3	0	1	0	0
Total País	2	351	1	92	4	9

Pos: positivas / Est: estudiadas

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

V.5.E. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE13/2026).

Tabla 5. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla. SE31/2025 a SE13/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	74	0	37	0	11
CABA	0	8	0	4	0	0
Córdoba	0	78	0	51	0	1
Entre Ríos	0	9	0	2	0	1
Santa Fe	0	112	0	31	0	8
Total Centro	0	281	0	125	0	21
Mendoza	0	18	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	4	0	8	0	0
Total Cuyo	0	22	0	12	0	0
Chaco	0	28	0	120	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	26	0	0	0	0
Misiones	0	3	0	38	0	8
Total NEA	0	57	0	158	0	10
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	33	0	80	0	0
La Rioja	0	9	0	23	0	9
Salta	0	168	0	407	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	79	0	0
Tucumán	0	171	0	19	0	23
Total NOA	0	383	0	608	0	32
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	2	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	3	0	1	0	0
Total País	0	746	0	904	0	63

Pos: positivas / Est: estudiadas

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Fiebre de Oropouche

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **746** casos, sin registrarse resultados positivos.

Enfermedad por virus Zika

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos

en el país. Durante la temporada actual se investigaron **904** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

Fiebre amarilla

Durante la temporada en curso se notificaron **63** casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

VI. Vigilancia de Hantavirosis

VI.1. Introducción

La hantavirosis es una zoonosis emergente causada por virus del género *Orthohantavirus*. La transmisión a los seres humanos ocurre principalmente por la inhalación de aerosoles contaminados con partículas virales presentes en heces, orina o saliva de roedores silvestres. En América, la presentación clínica más frecuente es el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), que se caracteriza por un inicio abrupto con fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales, seguido de la aparición de dificultad respiratoria e hipotensión. Esta enfermedad presenta una elevada letalidad, con variaciones regionales que, en Argentina, oscilaron entre el 10% y el 32% durante el periodo 2019 - 2024.

En el país se han identificado áreas de riesgo en cuatro regiones geográficas: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán), Noreste (Misiones, Formosa y Chaco), Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Si bien los casos se notifican durante todo el año, se observa una marcada estacionalidad, con mayor incidencia entre octubre y mayo. La amplia distribución de los reservorios, sumada a la creciente interacción humana con ambientes silvestres, destrucción del hábitat, establecimiento de pequeñas urbanizaciones en zonas rurales y el cambio climático, favorece la aparición de casos en provincias fuera de las áreas históricamente endémicas.

Además, la posibilidad de transmisión interhumana —particularmente asociada al virus Andes— refuerza la necesidad de una vigilancia epidemiológica robusta y sensible. Según el manual de normas de eventos de notificación obligatoria, debe sospecharse infección por hantavirus en personas que residan o hayan estado en zonas con circulación viral y presenten fiebre sin etiología definida, que pueden estar acompañadas de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, habiendo tenido en las seis semanas previas exposición a roedores o sitios donde habita el reservorio; o bien contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirosis por virus Andes. Por este motivo, es fundamental relevar el antecedente epidemiológico de las personas, con la finalidad de identificar posibles fuentes de exposición, realizar una evaluación ambiental de los probables sitios de riesgo e implementar acciones de control de manera oportuna y, de esta manera, evitar la aparición de nuevos casos.

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas¹⁶ con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

En las últimas ediciones del BEN, se ha priorizado la presentación de este en función de su patrón estacional y de los cambios observados en su comportamiento epidemiológico. Considerando que la mayor parte de los casos ocurre durante el verano, esta decisión busca comunicar oportunamente su incidencia y características, y sensibilizar a los actores involucrados en la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la notificación, la prevención y el control de la patología.

Dada la complejidad clínica y epidemiológica del evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión según avance la confirmación diagnóstica o la clasificación final de los casos. No obstante, su actualización constante resulta fundamental para dimensionar el

¹⁶ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

A partir del próximo BEN, la situación de hantavirosis comenzará a presentarse en la sección Actualización periódica de eventos, de acuerdo a la priorización y periodicidad que se defina de acuerdo a la situación epidemiológica.

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirosis”. Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025¹⁷, o una clasificación manual correspondiente a confirmado.

Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza en la que se cargó. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

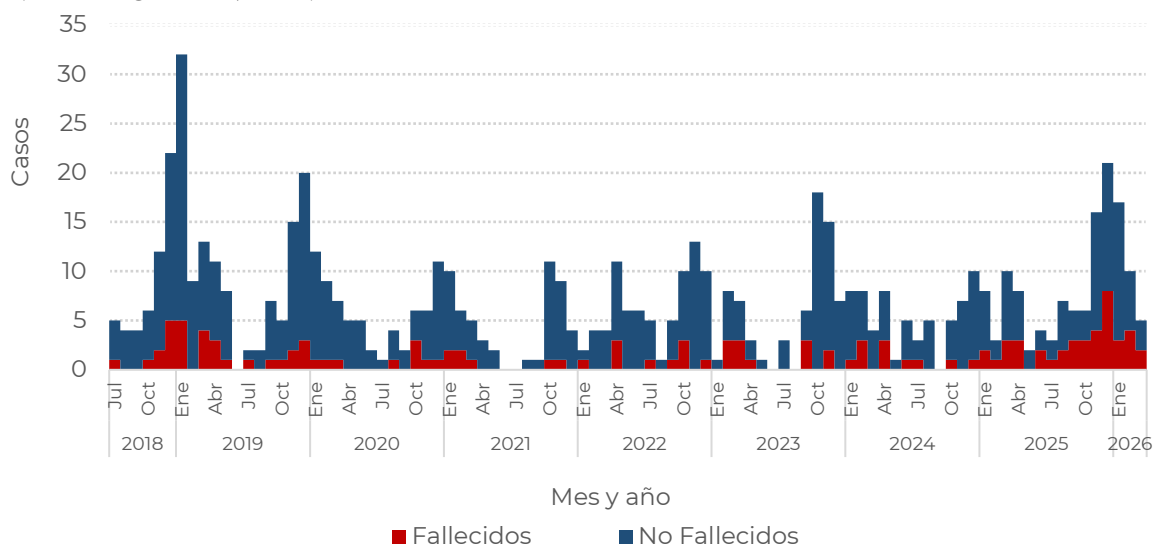
VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) a la semana actual (SE 12/2026). Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).

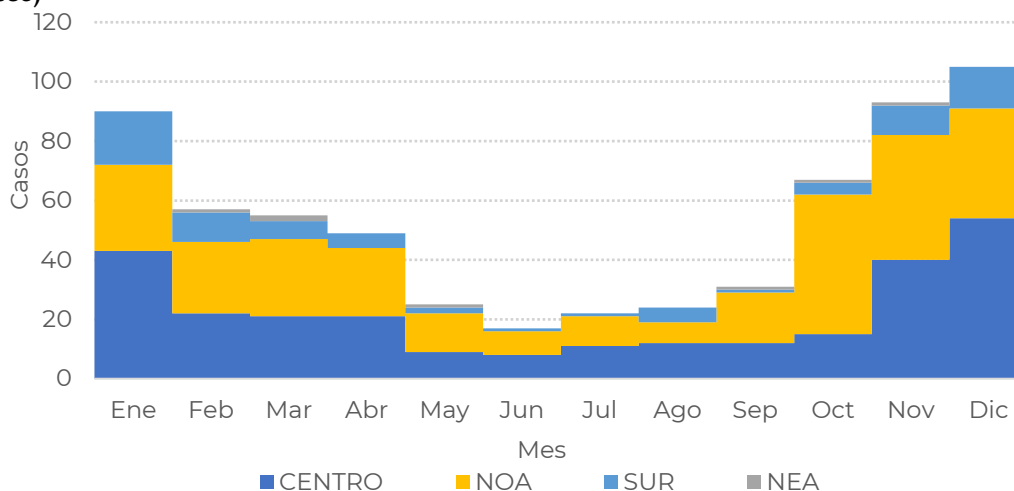
¹⁷ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE 27/2018 a SE 13/2026, Argentina. (N=635)

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, en comparación con el BEN previo, no se registraron nuevos casos. Sin embargo, se registró un nuevo fallecido correspondiente a un caso residente del Partido de Las Flores, Buenos Aires, con inicio de síntomas en la SE 11. Con esta notificación, el número acumulado de fallecidos se eleva a 9, sobre un total de 32 casos confirmados en 2026.

En el período que abarca desde la SE 27 de 2018 hasta la actual, se acumularon 635 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 56% de los casos confirmados. En la temporada en curso, los meses de noviembre (n=16), diciembre (21) y enero (17) registran la mayor cantidad de casos al compararlos con los mismos meses de las temporadas previas analizadas, sin considerar el brote de transmisión interhumana. Asimismo, sin considerar la temporada actual, los casos ocurridos en los meses de febrero a mayo representaron el 28% del total (Ver Gráfico 1 y 2).

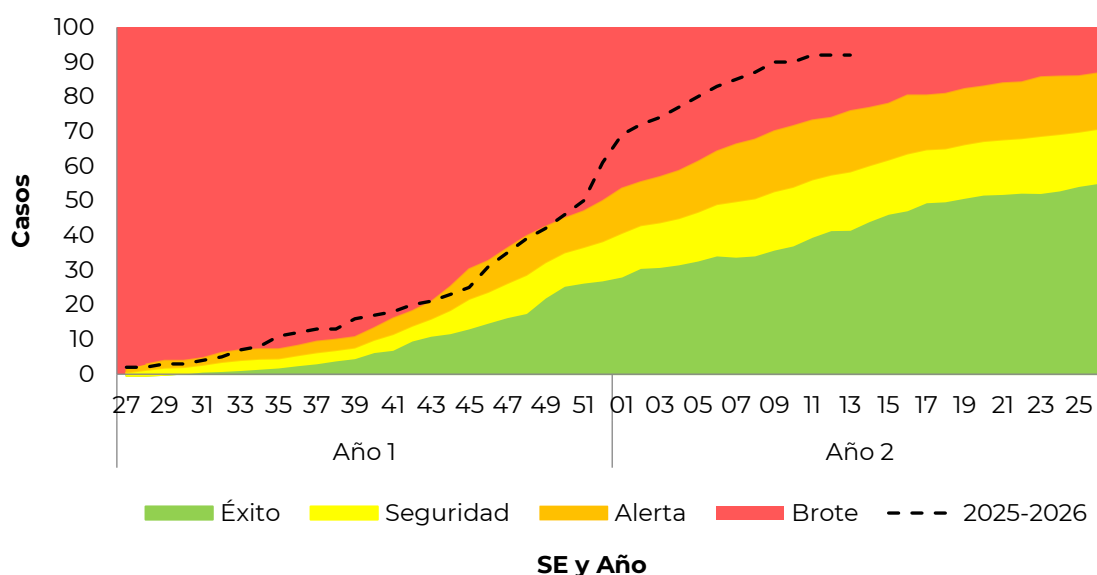
Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 13/2026, Argentina. (N=635)

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la serie histórica de incidencia mensual, se observa que el 81% de los casos se concentran entre los meses de octubre a abril. Este patrón se verifica en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro). A excepción de la presente temporada, en el NOA ocurre el incremento estacional de forma más temprana, donde los meses con mayor cantidad de casos son octubre y noviembre; para el resto de las regiones son diciembre y enero.

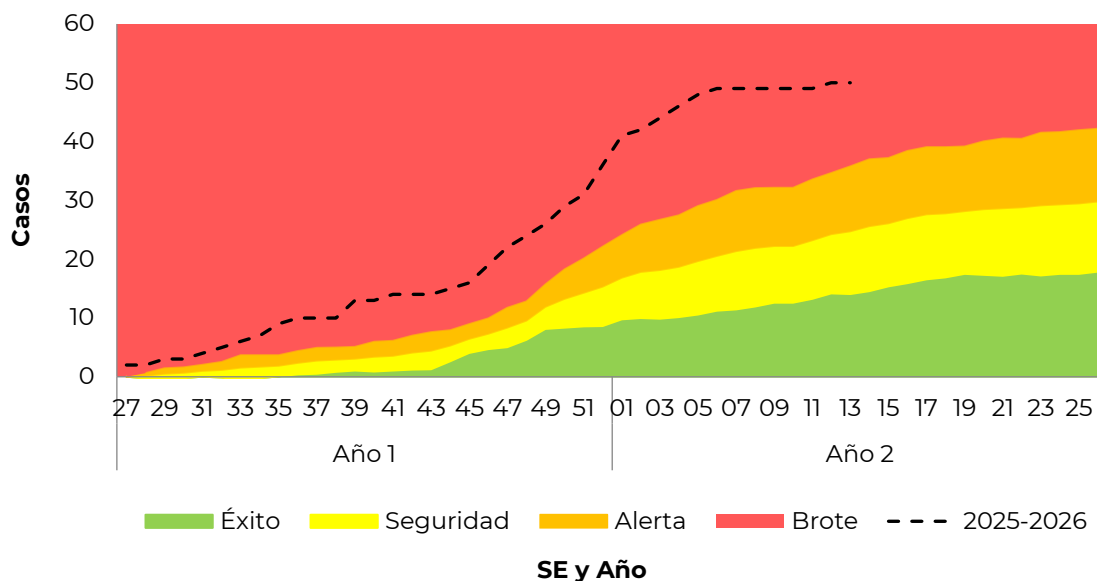
A continuación, se presentan los corredores endémicos para el total país y para las tres regiones con mayor relevancia para el evento analizado. Los casos “actuales”, correspondientes a la temporada en curso, se presentan de manera acumulada por semana epidemiológica en la línea punteada negra. El “año 1” abarca el período comprendido entre la SE 27 del 2025 y la SE 53 del mismo año y el “año 2” el período comprendido desde la SE 01 del 2026 a la SE 26 del 2026. Para la construcción de los canales o bandas correspondientes a las áreas de éxito, seguridad, alerta y brote, se tomaron los casos confirmados de los últimos 6 períodos: de la SE 27 del año 2019 a la SE 26 del año 2025.

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 13/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=92)



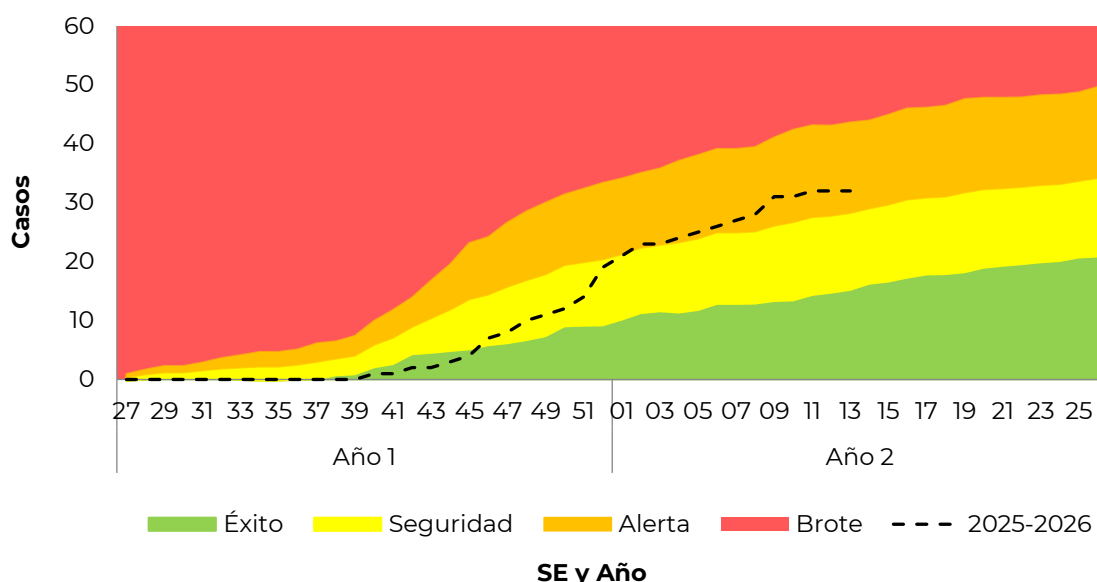
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. *Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para la temporada 2025-2026 se encuentra por encima del **umbral de brote**, respecto a los valores esperados teniendo en cuenta los casos presentados en años previos.

Región Centro**Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 13/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=50)**

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Para la región Centro (Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe) el número de casos se encuentra en **brote** para el período comprendido entre julio del 2025 y febrero de 2026 (temporada 2025-2026).

Región NOA**Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 13/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=32)**

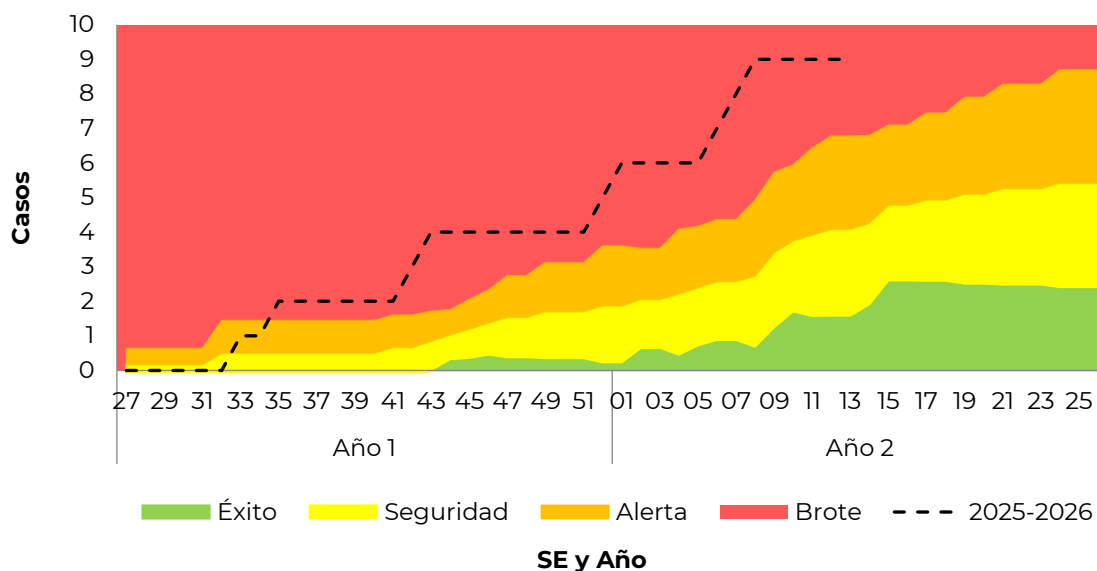
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En lo que respecta a la región del NOA (Salta y Jujuy), el número de casos se mantuvo mayoritariamente dentro del canal endémico (banda de seguridad) durante el período

comprendido entre julio de 2025 y febrero de 2026. No obstante, a partir de la SE 02/2026 se registra un incremento de casos más tardío en comparación con años previos, lo que sitúa a la región en zona de **alerta epidemiológica**.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 13/2026 respecto de las 6 temporadas precias (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=9)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Para la región Sur (Chubut, Neuquén y Río Negro), la curva acumulada de la temporada 2025–2026 se ubica por **encima del umbral de brote** a partir de la SE 43/2025, alcanzando 6 casos acumulados hasta la SE 07/2026.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

En cuanto a la situación nacional de hantavirosis, se presentan en la siguiente tabla los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 9 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirus: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a SE 13). (N=437)

Temporada	2019-2020 (hasta SE13)		2020-2021 (hasta SE13)		2021-2022 (hasta SE13)		2022-2023 (hasta SE13)		2023-2024 (hasta SE13)		2024-2025 (hasta SE13)		2025-2026 (hasta SE13)	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	27	0,15	16	0,09	10	0,06	13	0,07	5	0,03	16	0,09	38	0,21
Entre Ríos	2	0,14	4	0,29	2	0,14	3	0,21	2	0,14	5	0,35	5	0,34
Santa Fe	10	0,28	6	0,17	4	0,11	6	0,17	6	0,17	9	0,25	7	0,19
Centro	37	0,13	26	0,09	16	0,05	22	0,07	13	0,04	30	0,10	50	0,16
Chaco	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16	0	0,00
Formosa	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	3	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,05	1	0,02
Jujuy	11	1,43	7	0,90	6	0,77	8	1,01	10	1,25	4	0,50	5	0,61
Salta	24	1,70	11	0,77	10	0,69	22	1,50	37	2,49	12	0,80	27	1,78
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	1	0,06	0	0,00
NOA	34	0,62	18	0,32	18	0,31	32	0,55	50	0,85	17	0,29	32	0,53
Chubut	0	0,00	4	0,64	2	0,32	3	0,47	1	0,15	0	0,00	3	0,45
Neuquén	1	0,15	1	0,15	0	0,00	1	0,15	3	0,43	0	0,00	1	0,14
Río Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	2	0,26	1	0,13	2	0,25	5	0,63
Sur	2	0,07	7	0,24	2	0,07	6	0,20	5	0,16	2	0,06	9	0,28
Total País	79	0,17	51	0,11	36	0,08	60	0,13	68	0,15	51	0,11	92	0,19

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Se encuentra resaltado con un gradiente en escala ascendente de color el valor de las tasas por jurisdicción

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

Desde enero de 2026, hasta la SE actual, se notificaron un total de 32 casos de hantavirus ubicados en las provincias de Buenos Aires (14), Salta (12), Chubut (2), Río Negro (2), Entre Ríos (1) y Jujuy (1).

La temporada actual registra la incidencia nacional más alta en comparación con las temporadas previas 2019-2025, con una tasa de 0,19 casos por 100.000 habitantes. A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,53 casos confirmados cada 100.000 habitantes). La misma tuvo 32 casos confirmados hasta el momento, de los cuales el 84% se concentraron en Salta. Esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,78), siendo poco menos del triple que Río Negro (0,63) y Jujuy (0,61). A su vez, es casi 4 veces mayor que la de Chubut (0,45), la cuarta provincia con mayor incidencia a nivel país.

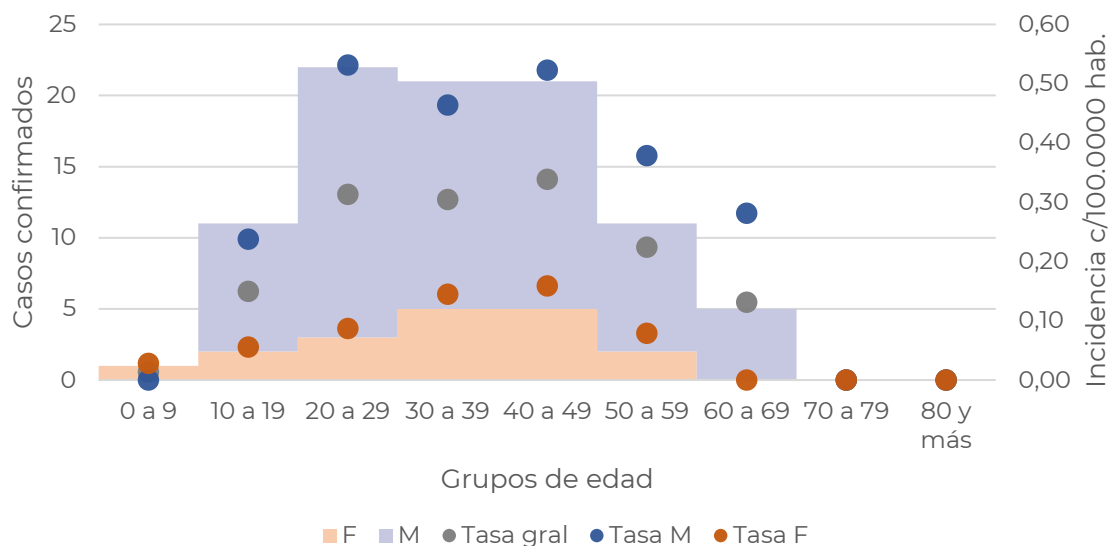
En el BEN 799 SE9¹⁸, es posible consultar la incidencia histórica de cada temporada por provincia de los 1451 casos de hantavirus notificados desde la SE 27/2009, junto a su distribución espacial por provincia. La descripción de los casos históricos permite caracterizar riesgos diferenciales asociados a patrones temporales, a los diferentes espacios y a la dinámica de los reservorios, así como a los patrones de exposición vinculados con las actividades desarrolladas por las personas y sus condiciones de vida.

¹⁸ Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°799, SE 9.

Caracterización según grupos de edad

En el siguiente gráfico podemos caracterizar la distribución de los casos según sexo y grupo etario para la temporada actual.

Gráfico 7. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE13/2026. (N=92)



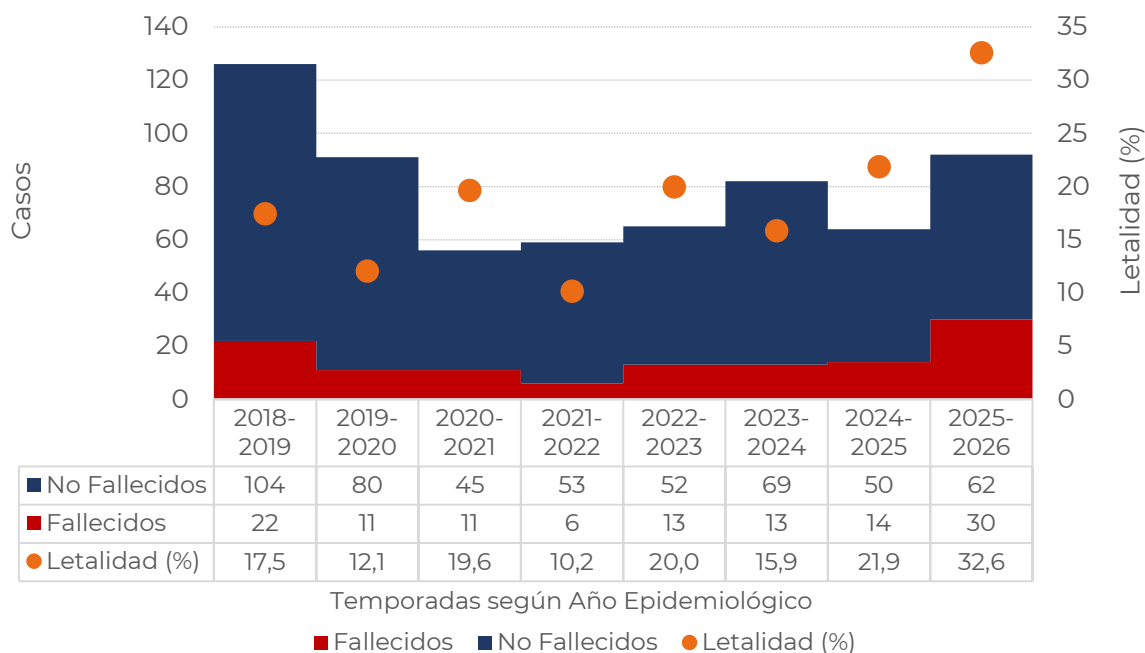
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 35 años, concentrándose el 70% (64) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 80% (74) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo etario de 0 a 9 años cuyo único caso confirmado se corresponde con el sexo femenino.

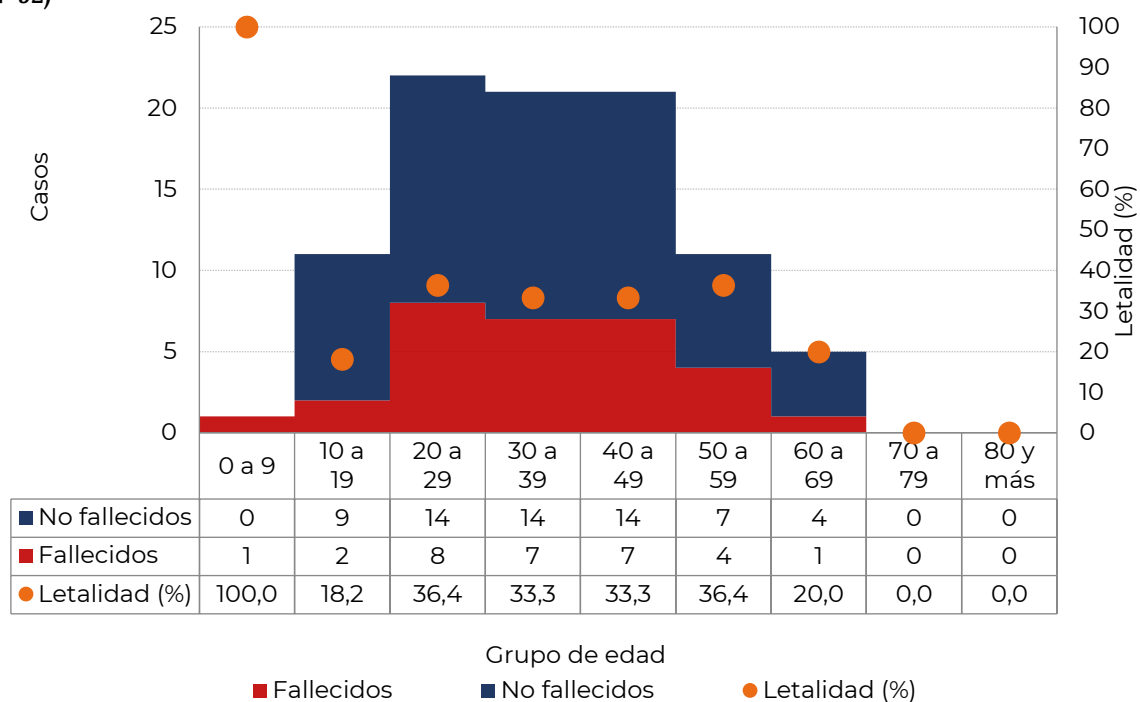
Caracterización de la mortalidad

Para dar cuenta de la letalidad y cantidad de fallecidos por temporada desde la SE 27 del año 2018, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 13/2026. Argentina. (N=635)

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la temporada actual hasta la SE13/2026 se notificaron 30 casos fallecidos, con una letalidad del 32,6%, más elevada respecto de las temporadas previas. Por otro lado, se elaboró el siguiente material para darle mayor especificidad a las personas fallecidas en la temporada actual y contadas de forma más general en la anterior. Aquí fueron divididas por sexo y grupo etario.

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 13/2026. Argentina. (N=92)

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 35,5 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, se observó mayor letalidad corresponde al de 50 a 59 y 20 a 29 años (36,4% ambos). No se notificaron casos confirmados en mayores de 70 años.

Para dar cuenta de la situación jurisdiccional, regional y nacional de los casos fallecidos de hantavirus, se presenta una tabla (Tabla 2), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual para los años 2019 a 2026.

Tabla 2. Hantavirus: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 13). (N=81)

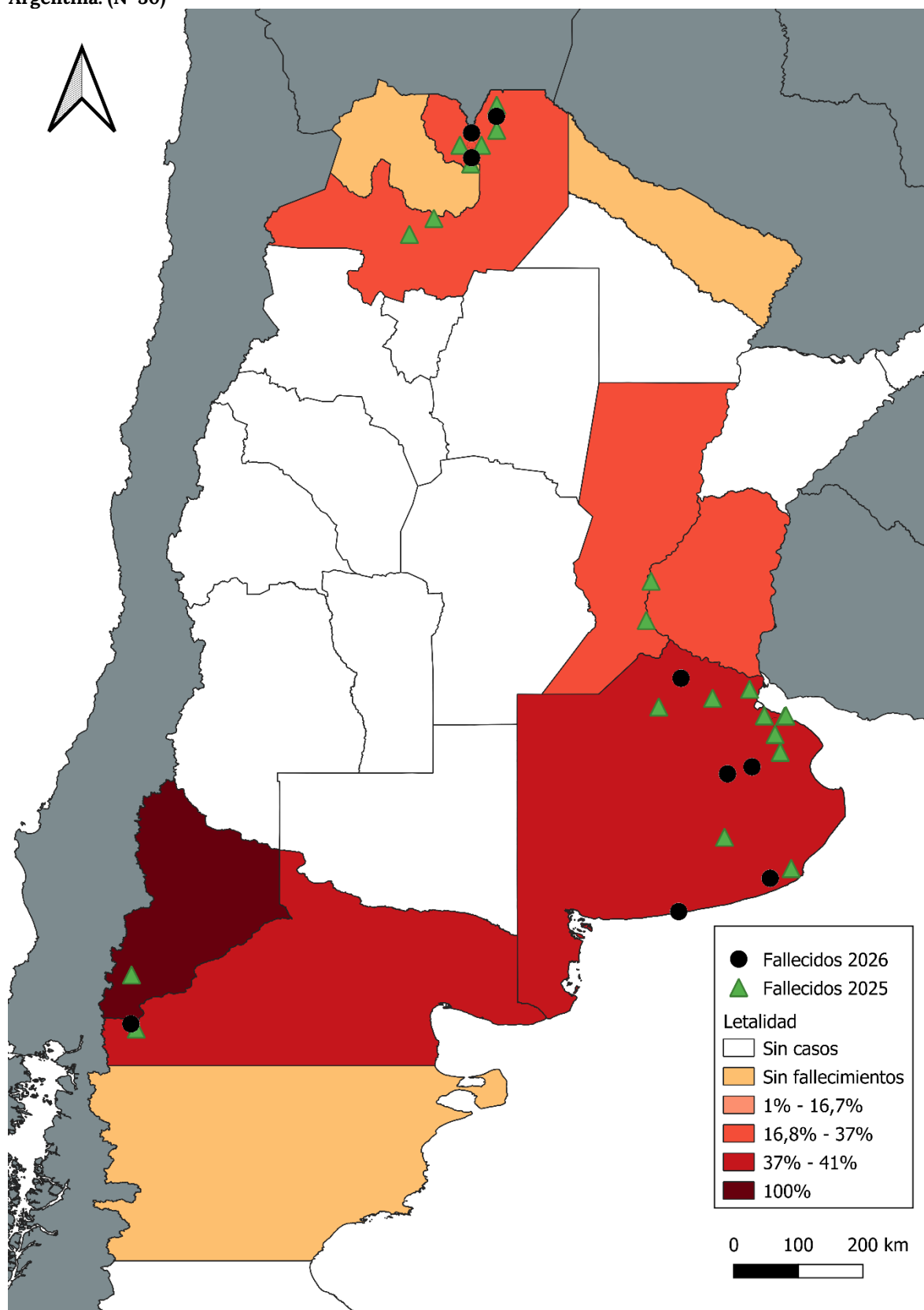
Año epidemiológico	2019 - 2020 (SE27 a SE 13)		2020 - 2021 (SE27 a SE13)		2021 - 2022 (SE27 a SE13)		2022 - 2023 (SE27 a SE13)		2023 - 2024 (SE27 a SE13)		2024 - 2025 (SE27 a SE13)		2025 - 2026 (SE27 a SE13)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	0	0,00	4	0,22	1	0,06	3	0,16	15	0,81
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	1	0,69
Santa Fe	3	0,80	2	0,53	1	0,26	2	0,56	3	0,83	1	0,27	1	0,27
Centro	6	0,21	5	0,02	1	0,03	6	0,20	4	0,13	5	0,16	17	0,56
Jujuy	2	2,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	2	1,41	2	1,40	0	0,00	3	2,04	3	2,02	2	1,33	10	6,59
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	1	0,56	0	0,00
NOA	4	0,71	2	0,35	1	0,17	3	0,51	3	0,51	3	0,50	10	1,66
Chubut	0	0,00	2	3,20	1	1,58	1	1,55	1	1,53	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	1	1,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,41
Río Negro	0	0,00	1	1,33	0	0,00	2	2,59	1	1,28	1	1,27	2	2,51
Sur	0	0,00	4	1,36	1	0,33	3	0,99	2	0,65	1	0,32	3	0,95
Total País	10	0,22	11	0,24	3	0,07	12	0,26	9	0,19	9	0,19	30	0,63

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (SE 27/2025 a SE 13/2026) es más de 3 veces mayor respecto a la temporada anterior (0,19) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 30 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,66), ubicando todos los casos fallecidos de la región (10) en la provincia de Salta la cual, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (6,59). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 15, representando el 50% del total de fallecidos de la temporada en curso. En la edición del BEN anterior, se desarrolló la concentración de los casos por ecorregiones en el país. En esta ocasión, le daremos importancia a la letalidad y a la localización de los fallecidos según el año de la temporada (mapa 1):

Mapa 1. Hantavirosis: Letalidad desde SE27/2025 a SE 13/2026 con fallecimientos geolocalizados. Argentina. (N=30)



Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

La letalidad fue mayor al 16,8% en jurisdicciones de las 3 regiones con incidencia elevada. Esto implica valores elevados con respecto a otros periodos. Algo destacable de los fallecimientos en Buenos Aires es que al igual que los nuevos casos, se han expandido al sur y oeste de la provincia, territorio donde históricamente se registraron pocos casos.

VI.2.C. SOBRE LAS ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la obtención de información oportuna. En este sentido, realiza un análisis periódico de las notificaciones de hantaviriosis en población general, detección de brotes y evaluación de la respuesta sanitaria.

Se realizaron reuniones virtuales con las jurisdicciones para trabajar la actualización de las definiciones de casos y contactos, y el manejo de contactos. Además, se realizan reuniones con las jurisdicciones para asesoramiento técnico cuando lo requieren, como el reciente caso de hantaviriosis de la localidad de Río Colorado, provincia de Río Negro (primer caso en esa zona de la provincia), en donde se está coordinando realizar una actividad de trapeo de roedores en conjunto el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS “Carlos G. Malbrán” y la jurisdicción.

Los equipos técnicos nacionales están trabajando en el desarrollo de guías y algoritmos de diagnóstico con el objetivo de estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad de diagnóstico, asegurar la calidad en la toma de decisiones clínicas y en los estudios ambientales.

En el mismo sentido, se realizó una capacitación para fortalecer la atención médica. Conversatorio 2025: Pensar en Hantavirus Andes (https://www.youtube.com/watch?v=xpUR_WDoMPE&list=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMo_w5rpQUrJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud (https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

En la página web del Ministerio de Salud se encuentra disponible material para la población en general de Hantavirus: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hantavirus>

VI.2.D. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 08/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (57%), seguida por la región NOA (33%) y la región Sur (9%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 11 casos confirmados, tres de los cuales se consignaron como fallecidos. Teniendo en cuenta la estacionalidad, es importante intensificar la sospecha de hantaviriosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de ruina durante todo el año, pero aún más entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantaviriosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el periodo podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta

las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

Para medidas de prevención, de bioseguridad específicas, toma de muestra y vigilancia epidemiológica, consultar en los diferentes links a continuación.

Circular “Actualización de normas para la vigilancia de hantaviriosis - Mayo 2025”, disponible en el siguiente link:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas> (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)

La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link:

<https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0>

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Coqueluche

VII.1. Introducción

La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad —especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines maternos, jardines de infantes o escuelas—, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *B. pertussis*, y en menor grado, *B. parapertussis*. Existen vacunas seguras y efectivas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y a los 5 años con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación a los 11 años con el objeto de disminuir los reservorios en adolescentes. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de coqueluche cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, coqueluche se desarrolla en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia), con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.

A partir del próximo BEN, la situación de coqueluche comenzará a presentarse en la sección Actualización periódica de eventos, de acuerdo a la priorización y periodicidad que se defina de acuerdo a la situación epidemiológica.

VII.2. Situación internacional¹⁹

A nivel mundial, durante el 2024 se notificaron 977.000 coqueluche, mostrando un incremento de 5,8 veces en comparación con el número de casos notificados en 2023. La

¹⁹ Extraído de: Organización Panamericana de la Salud. 2025. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-america-8-diciembre-2025>

mayor proporción de casos se registró en las regiones de la OMS del Pacífico Occidental y Europa.

En la Región de las Américas, se observó una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente entre el 2015 y 2019 y, nuevamente en 2021-2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los casos entre el 2023 (n= 11.202 casos) y 2024 (n= 66.184 casos). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) identificó 10 países con aumento en el número de casos en el año 2025: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, EE.UU, México, Panamá, Paraguay y Perú.

Brasil reportó 2.485 casos confirmados (SE 1-46), con 11 defunciones, siendo el segundo año con más casos desde 2019 y con mayor impacto en menores de un año. Chile confirmó 2.424 casos (SE 1-47), con una incidencia de 12 casos cada 100.000 habitantes y tasas más altas en menores de 5 años. Colombia registró 919 casos confirmados (SE 1-47), incluidos 16 fallecidos, alcanzando su cifra más alta desde 2019. Ecuador notificó 2.751 casos (SE 1-47), incluyendo 48 defunciones, con predominio en menores de un año. Estados Unidos reportó 25.057 casos confirmados y probables (SE 1-46) con 13 defunciones, manteniendo actividad elevada tras el pico nacional de 2024. México informó 1.561 casos confirmados (SE 1-48), incluidos 71 fallecidos, superando las cifras de la última década y con mayor impacto en menores de un año. Panamá notificó 30 casos confirmados (SE 1-46), incluido un fallecido, con predominio en niños de 1 a 4 años. Paraguay registró 70 casos confirmados (SE 1-46), seis fallecidos y una letalidad del 9%, con mayor afectación en menores de un año. Perú notificó 3.200 casos confirmados (SE 1-47), incluidos 49 fallecidos, con mayor afectación en niñas y niños de 1 a 4 años.

Durante la pandemia de COVID-19, se registró un descenso de las coberturas de vacunación frente a coqueluche. En 2021, la Región de las Américas alcanzó su nivel más bajo en dos décadas, con coberturas del 87% para DTP1 y del 81% para DTP3. El porcentaje de cobertura mostró una recuperación parcial en 2024 con un 89% para DTP1 y un 87% para DTP3. Es importante señalar que existen disparidades importantes entre países y, dentro de ellos, a nivel subnacional.

En este sentido, la OPS insta a los países a fortalecer la vigilancia, a fin de monitorear la tendencia de la enfermedad, identificar brotes y realizar rastreo de contactos, controlar la carga de la enfermedad y, evaluar el impacto de la estrategia de vacunación y medidas de control implementadas. Además, se alienta a fortalecer sus capacidades de diagnóstico en laboratorio, lo que permitirá mejorar la notificación y la caracterización de los brotes de esta enfermedad.

VII.3.Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2025 se notificaron 6.834 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.214 fueron confirmados, constituyendo el año con el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia desde el año 2020. El aumento comenzó a partir de la SE 27 y se mantuvo un número elevado de casos en las semanas posteriores. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación epidemiológica actual, dado que en 2025 el aumento de casos se observó de manera heterogénea en distintas jurisdicciones. Además, se registraron 11 fallecimientos, todos en menores de 2 años.

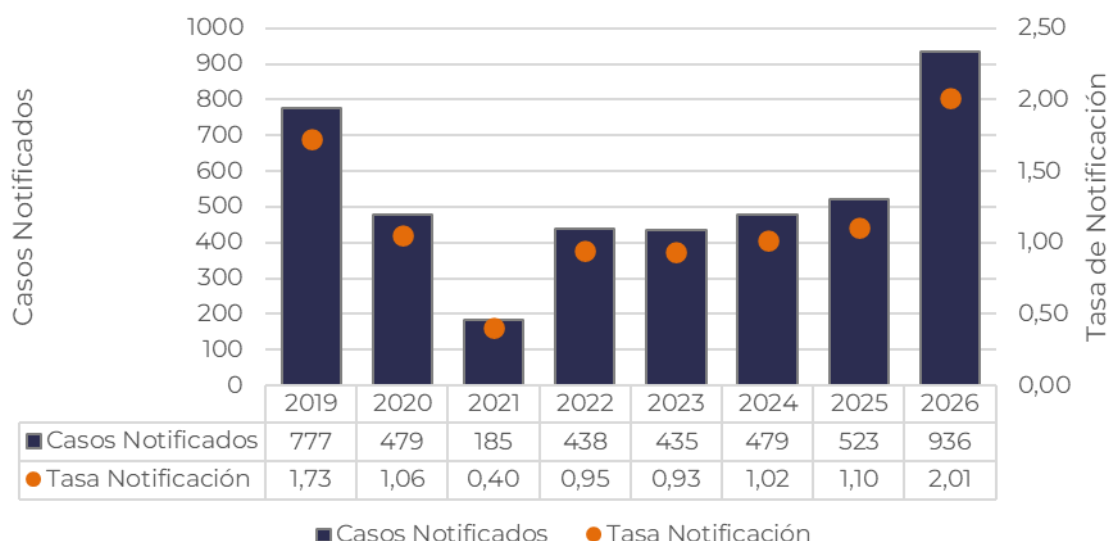
En las 13 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 936 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 258 fueron confirmados. En 244 de éstos se contó con confirmación de laboratorio²⁰, identificándose *B. pertussis* en el 69,7% (n=170). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 73 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 258 casos confirmados superan las cifras observadas para el mismo período desde 2019, en línea con el ascenso observado durante 2025. La incidencia acumulada en las SE 1-13 es de 0,56 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE13 desde 2019. Hasta el momento, se registraron 3 fallecimientos.

VII.3.B. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS

La tasa de notificación hasta la SE13 para el período 2019-2025 fue variable, registrando un valor mínimo en 2021. La mayor tasa de incidencia y el mayor número de notificaciones se observa en 2026, con 2,01 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 1,73 casos notificados cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. SE 1 a 13. Años 2019-2026.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En las SE 1-13 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=303) provincia de Buenos Aires (n= 198), Córdoba (n= 135), Salta (n=70), Mendoza (n=69), Santa Fe (n=48), Tierra del Fuego (n=24), Chaco (n=17), Santiago del Estero (n=12) y San Luis (n=10). En las 12 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.²¹

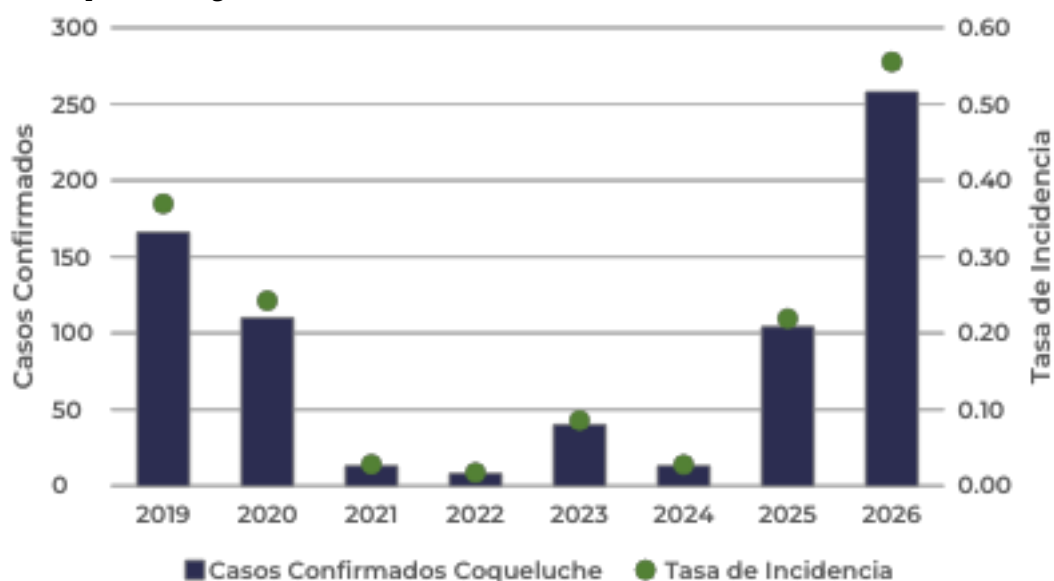
Del total de notificados, se confirmaron 258 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,56 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE13, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un aumento, para luego volver a descender en 2024. Posteriormente, la incidencia aumentó

²⁰ Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

²¹ Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

de manera progresiva hasta el año en curso, en el cual se registra la tasa más elevada del período²².

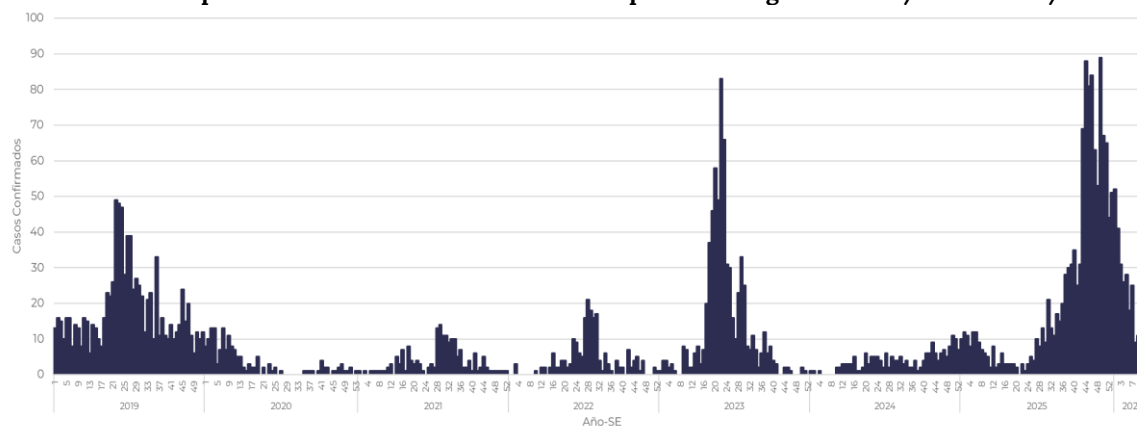
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-13. Años 2019-2026.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados de acuerdo con el año y semana epidemiológica de inicio de síntomas.

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE13/2026.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso hasta mitad del año.

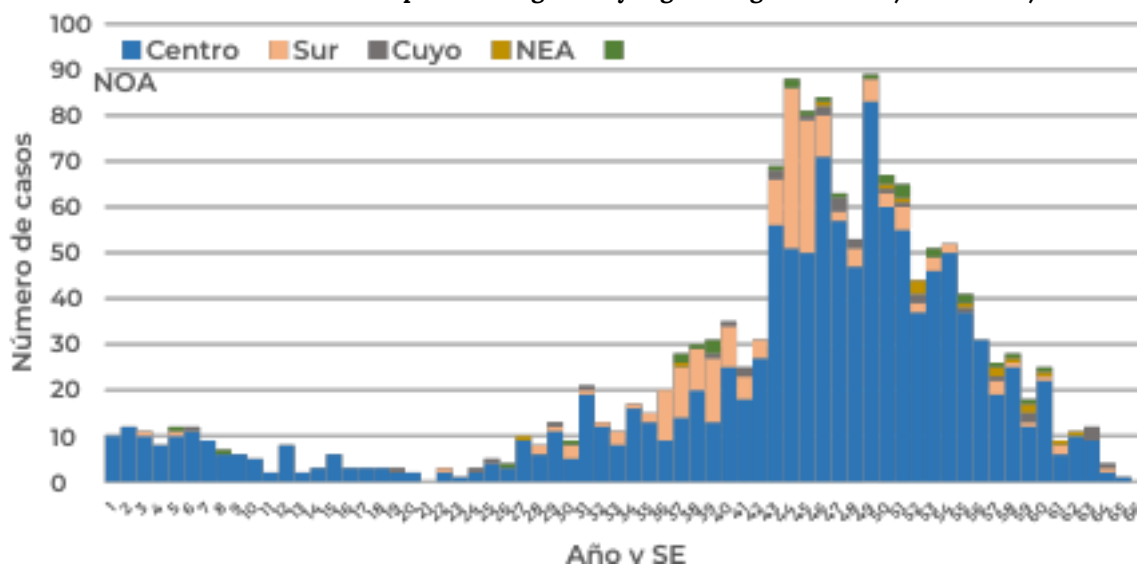
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la

²² En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

Región Centro. Este incremento en el número de casos acumulados de 2025, a la fecha, supera en números absolutos al total de casos para el mismo período de 2019 y 2023.

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 de 2025 (n=87 y 88, respectivamente). En las últimas semanas los casos presentan una tendencia a la disminución²³.

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE13/2026.

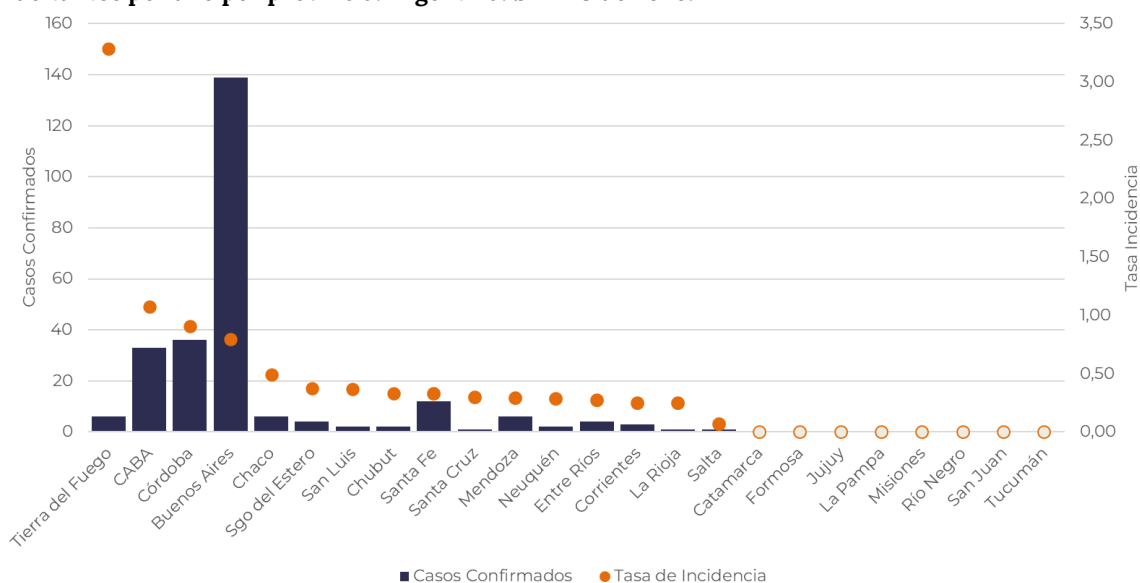


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=971), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=664) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=125). En la Región Sur se confirmaron 187 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En las primeras 12 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 16 jurisdicciones, siendo Buenos Aires (n=139), Córdoba (n=36), CABA (n=33), y Santa Fe (n=12), las jurisdicciones con mayor número de casos confirmados. El resto cuenta con menos de 10 casos confirmados.

En el siguiente gráfico se observan los casos absolutos y la incidencia acumulada (IA) cada 100.000 habitantes según jurisdicción (ordenadas de mayor a menor IA), para el año 2026.

²³ Es importante tener en cuenta que esta tendencia podrá ser verificada en las próximas semanas, entendiendo que puede ser producto de un retraso en la notificación.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-13 de 2026.

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego con 3,28 casos cada 100.000 habitantes, valor 3 veces superior al de CABA, que ocupa el segundo lugar con una IA de 1,08 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Córdoba (0,91 casos cada 100.000 habitantes) y la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 0,80 casos por 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción, con el objetivo de describir la situación de 2025 en relación con los años previos (2019-2025) ²⁴.

²⁴ La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	664
CABA	21	11	0	3	2	53	125
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	4
Chubut	12	6	3	1	2	0	13
Córdoba	192	31	37	5	81	11	80
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	10
Formosa	2	2	0	1	0	0	2
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	6
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	18
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	9
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	4
San Luis	8	5	1	0	0	0	2
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	92
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	10
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	140
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	953	159	181	200	667	191	1214

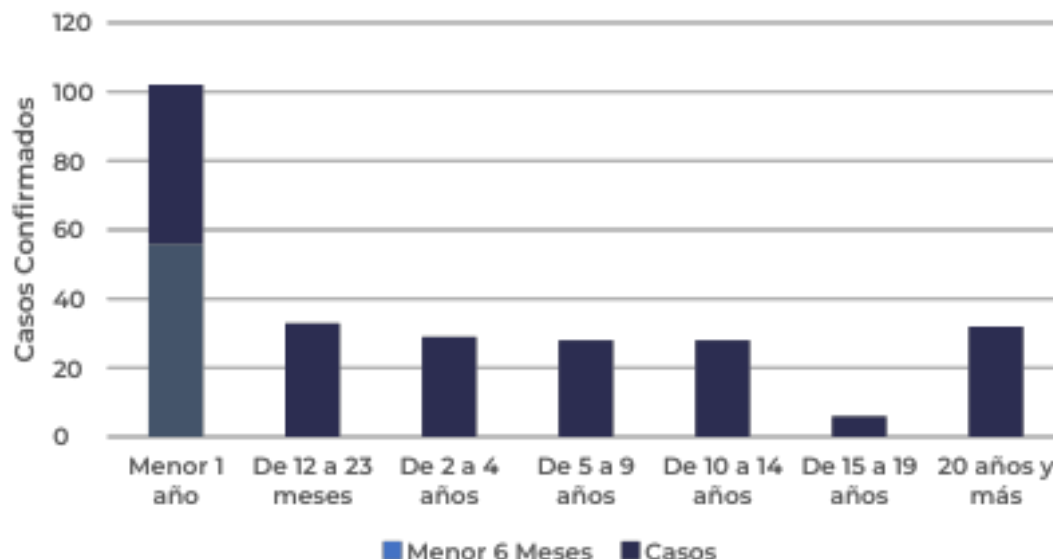
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Si bien 22 jurisdicciones presentaron casos de coqueluche en 2025, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentró en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. paraptussis* (los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B. pertussis* y para La Rioja no se cuenta con identificación de especie).

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en las 13 primeras semanas de 2026 a nivel nacional, según grupo de edad.

Gráfico 6. Casos confirmados de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE1-13/2026.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

El mayor número de casos se observó en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 39,5% de los casos confirmados en el período analizado (n=102), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=56).

Con relación a los fallecimientos, en 2025 se notificaron 11 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 8 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año 2025 la tasa de letalidad fue de 0,9%. Ninguno de los 5 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 4 casos corresponden a menores de 2 meses, en los que se registró antecedente de vacunación materna únicamente en uno de ellos. En las 13 SE de 2026 se registraron 3 fallecimientos en tres personas menores de dos meses, registrándose antecedente de vacunación materna en uno de ellos.

VII.4. Coberturas de Vacunación

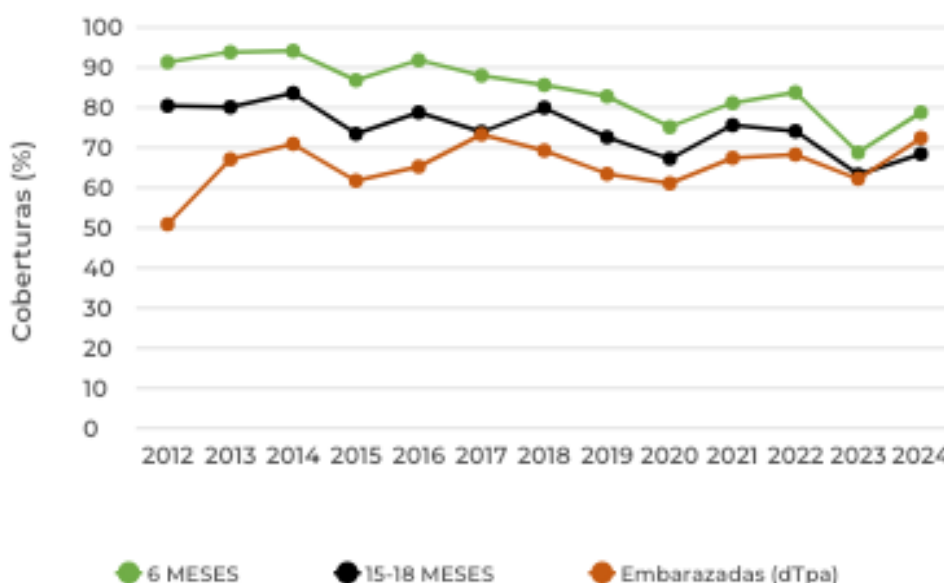
VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redundan en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

El gráfico 6 analiza las coberturas de vacunación para tres grupos objetivo en el período 2012 - 2024:

- I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quintuple o pentavalente)

- II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quintuple o pentavalente)
- III. Embarazadas (vacunadas con dTpa – triple bacteriana acelular para embarazadas)

Gráfico 6. Coberturas de vacunación con componente *pertussis*. Argentina 2012 - 2024

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comenzó a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19 y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento social.

En el caso de los lactantes de 6 meses, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y de 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quintuple/séxtuple. Sin embargo, en 2023 se registró una fuerte caída, alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%), lo que implicó un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012. En 2024 se evidenció una recuperación de 10 puntos porcentuales, con una cobertura nacional de 78,8%.

Para el caso del primer refuerzo de quintuple/séxtuple, se observó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, es decir, 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia ascendente se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto de 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%). En 2024, las coberturas volvieron a incrementarse, alcanzando 68,4%, lo que representa una recuperación de 5,1 puntos porcentuales respecto del año anterior, aunque aún por debajo de los niveles previos a la pandemia.

Por su parte, las embarazadas, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fluctuaciones marcadas a lo largo del período. En 2023 la cobertura fue de 62,2%, mientras que en 2024 fue de 72,4%, lo que representó un incremento de más de 10 puntos porcentuales respecto del año anterior.

Las coberturas parciales de 2026 al 09/04/2026, son:

1º dosis de Quintuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 90,9%

2º dosis de Quintuple (4 meses): 89,5%

3º dosis Quintuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 84,1%

Ref Quintuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 71,1%

Ref DTP (5 años): 58,3% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)

Ref dTpa (11 años): 58,0% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)

Embarazadas dTpa: 82,7%

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente. Esto permite evaluar la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora en el seguimiento de la cohorte en el tiempo: en 2024 se registró una cobertura oportuna para la cohorte nacida en 2019 de 46,4% y durante 2025 se alcanzó una cobertura ampliada acumulada de 76,8%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura oportuna de la cohorte nacida en 2013 vacunada en 2024 fue de 54,1%, y esa misma cohorte alcanzó durante 2025 una cobertura ampliada acumulada de 77,6%. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

A continuación, se presenta la situación de las coberturas de vacunación para el componente *pertussis* según jurisdicción.

Tabla 2. Coberturas de vacunación con componente *pertussis* según jurisdicción. Argentina. 2026.

Jurisdicción	Quíntuple/ Séxtuple (dos meses)	Quíntuple/ Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple/ sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embaraza da
Buenos Aires	72,80	71,3	67,6	60,8	45,2	45,9	65,6
CABA	84,4	85,6	74,7	39,9	44,7	35,6	52,7
Catamarca	91	91,6	86,7	69,1	65,8	71,4	85,6
Chaco	94,1	92,4	87,1	75,6	63,9	64,6	90,6
Chubut	93,2	93,4	88,2	78,6	60,1	62,6	86,8
Coba	89,50	88,6	82,8	76,7	60,2	61,5	83
Corrientes	93,1	89	80,4	62,5	51,2	50,1	90,7
Entre Ríos	92,6	91	85,6	79	51,9	62,2	90,6
Formosa	80,3	78,4	74,6	54,3	56	55,9	81,3
Jujuy	109,3	110,8	106,4	101,3	82,3	80,2	104
La Pampa	99,1	99	97,1	90,3	68,1	78,8	93,5
La Rioja	95,9	93,1	86,3	74,1	71,4	67,9	89,3
Mendoza	93,1	91,9	88,5	83,6	91,9	86,1	81,1
Misiones	97,60	92,5	80,9	61	65,7	65,1	90,6
Neuquén	96,6	94,5	91,3	88,4	85,2	84,9	92,8
Río Negro	102,4	101,7	96,6	80,2	66,3	57	95,7
Salta	95	92,7	88,8	84,4	91,6	95,3	89,7
San Juan	99	98,2	90,1	76,7	75,2	73,1	90,5
San Luis	95,7	94	91,2	93,5	82,9	80,7	91,9
Santa Cruz	96,6	94,2	91,2	78,9	77,8	72,8	96,2
Santa Fe	90	89,5	85,6	70,6	60,2	60,9	83,1
S. del Estero	93,7	91,2	82,9	68,5	54,8	62,6	88,1
T. del Fuego	102	105,7	98,6	103,5	73,4	74,8	98,9
Tucumán	90	88,9	85,9	81,4	71,8	72,6	81,5

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

El análisis del esquema completo de vacunación contra coqueluche muestra diferencias marcadas entre jurisdicciones. Provincias como Tierra del Fuego, La Pampa, Jujuy, Neuquén, Mendoza y San Juan mantienen altas coberturas en la mayoría de las etapas del calendario, con buen inicio del esquema y refuerzos sostenidos, lo que indica menor acumulación de susceptibles. En contraste, Buenos Aires, CABA, Formosa, Santa Fe, Corrientes y Misiones presentan coberturas intermedias a bajas en varios puntos del calendario, especialmente en los refuerzos de 5 y 11 años, donde se observan los valores más críticos. En embarazadas, la variabilidad también es amplia, con coberturas óptimas en algunas provincias y subóptimas en otras. En conjunto, los datos reflejan la necesidad de fortalecer la continuidad del calendario, mejorar la captación activa y reducir desigualdades entre jurisdicciones.

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el diagnóstico precoz, la notificación y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.

*Para mayor información, consultar la Guía de vigilancia, prevención y control de Coqueluche del Ministerio de Salud de la Nación:
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215->*

ACTUALIZACIONES **PERIODICAS**

VIII. Sífilis en población general – Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Su transmisión ocurre principalmente por contacto directo con lesiones infecciosas durante relaciones sexuales sin protección —anales, vaginales u orales— y, en menor medida, por vía transplacentaria o transfusión sanguínea. La enfermedad evoluciona por estadios clínicos (primaria, secundaria, latente y terciaria) y presenta alta transmisibilidad en sus fases iniciales.

En los últimos años se ha registrado un incremento sostenido en las tasas de notificación de sífilis en la población general en Argentina, especialmente entre adolescentes y personas jóvenes. Esta situación representa un desafío para la salud pública, al requerir estrategias integradas de prevención, detección, tratamiento y seguimiento, tanto en los servicios de salud como en espacios comunitarios.

La vigilancia de la sífilis en población general permite estimar la magnitud del evento, analizar su comportamiento en distintos grupos poblacionales y territorios, y detectar variaciones en las tendencias temporales. Esta información resulta clave para fortalecer las estrategias de prevención, ampliar el acceso al diagnóstico oportuno, garantizar el tratamiento adecuado y mejorar los circuitos de notificación y seguimiento de casos.

VIII.2. Situación internacional y de la región de las Américas

A nivel global, la sífilis presenta un crecimiento marcado y sostenido que ha llamado la atención de la comunidad internacional. Desde algunos organismos internacionales se estima que en 2022 alrededor de 8 millones de adultos de 15 a 49 años adquirieron la infección, consolidando una tendencia ascendente que se profundiza desde hace más de una década. Esta expansión global se observa con mayor intensidad en poblaciones jóvenes, en mujeres en edad fértil y en contextos donde persisten brechas en el acceso a métodos diagnósticos rápidos, consejería y tratamiento oportuno. La sífilis permanece, además, como una de las principales causas prevenibles de resultados adversos del embarazo, lo que refuerza su prioridad como problema de salud pública internacional.

En la Región de las Américas, el incremento reciente reviste particular preocupación. Se estimaron para 2022 aproximadamente 3,36 millones de nuevas infecciones y alrededor de 3,4 millones de personas viviendo con sífilis, lo que representa un aumento cercano al 30% desde 2020, aun considerando las interrupciones generadas por la pandemia. Esta dinámica tiene un correlato directo en la sífilis congénita: la región registra algunas de las tasas más elevadas a nivel mundial, con estimaciones que oscilan entre 2,1 y 2,7 casos por 1.000 nacidos vivos, y más de 30.000 casos notificados en 2021. Frente a este panorama, los países de las Américas acordaron recientemente un conjunto de compromisos para acelerar la eliminación de la sífilis y la sífilis congénita como problemas de salud pública, priorizando el fortalecimiento del tamizaje universal, el acceso oportuno a penicilina y la vigilancia integrada en atención primaria.

VIII.3. Situación epidemiológica en la Argentina

VIII.3.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

En nuestro país, la sífilis en la población general constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Sífilis” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología” y aquellos casos que tuvieran menos de 10 años de edad al momento del diagnóstico. Se consideraron casos confirmados de sífilis a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con método directo positivo; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémica reactiva con alto título; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémica reactiva (con o sin especificar la dilución) y prueba treponémica reactiva; y casos con prueba treponémica reactiva o sin laboratorio y clasificación epidemiológica confirmada o probable. Para determinar el año de diagnóstico, se construyó una fecha final utilizando la “Fecha de toma de muestra”; en los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió a la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la variable “Provincia de residencia”; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga”.

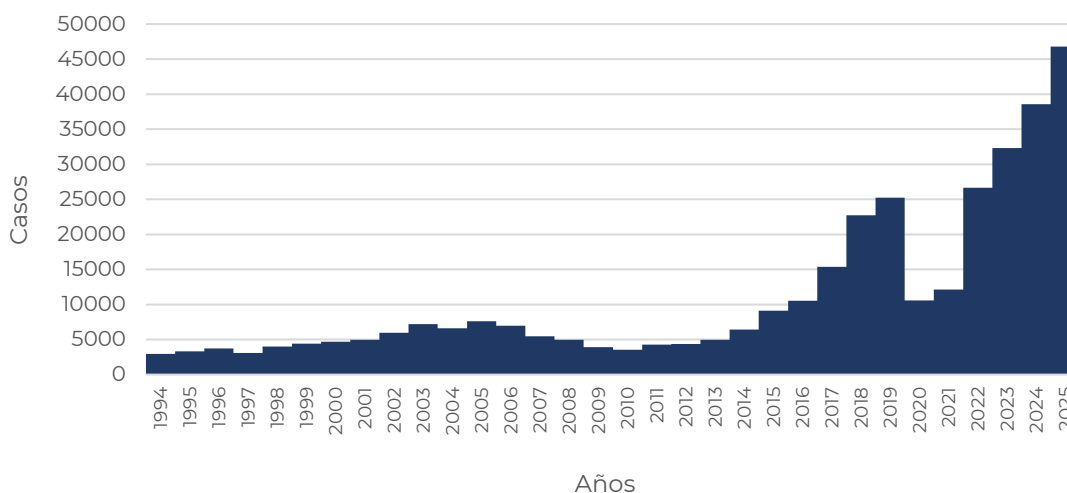
VIII.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2021-2025

Antecedentes

La sífilis ha sido objeto de vigilancia epidemiológica continua debido a su impacto significativo en la salud pública. La información producida es un importante aporte para la planificación de estrategias de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

A continuación, se presenta el Gráfico 1, correspondiente a la evolución del número absoluto de casos notificados de sífilis en población general entre 1994 y 2025, lo cual permite identificar distintos períodos con patrones diferenciales de notificación con una clara tendencia en aumento sostenida.

Gráfico 1. Serie histórica de casos de sífilis notificados. Argentina. SE 1 a SE 52. Periodo 1994 -2025. (N= 353.220)



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Entre 1994 y 2006 se observa un aumento progresivo en el número de casos reportados, aunque los valores no superaban los 10.000 casos anuales. A partir de 2007 y hasta 2010 las notificaciones experimentan un descenso sostenido, alcanzando en 2010 uno de los valores más bajos de la serie. Desde 2011 se constata una tendencia creciente que se acelera de forma marcada a partir de 2015. En 2019 se notificaron 25.225 casos, valor que representa casi tres veces las notificaciones del año 2015 (9.128 casos), reflejando una intensificación sostenida del patrón ascendente.

Durante los años 2020 y 2021, en coincidencia con la pandemia por COVID-19, se verifica una disminución significativa en la cantidad de notificaciones, atribuible al impacto de la emergencia sanitaria sobre la demanda espontánea, la capacidad diagnóstica y el funcionamiento habitual de los servicios de salud. No obstante, incluso en ese contexto, los casos notificados se mantuvieron por encima de los valores registrados en la década previa a 2015.

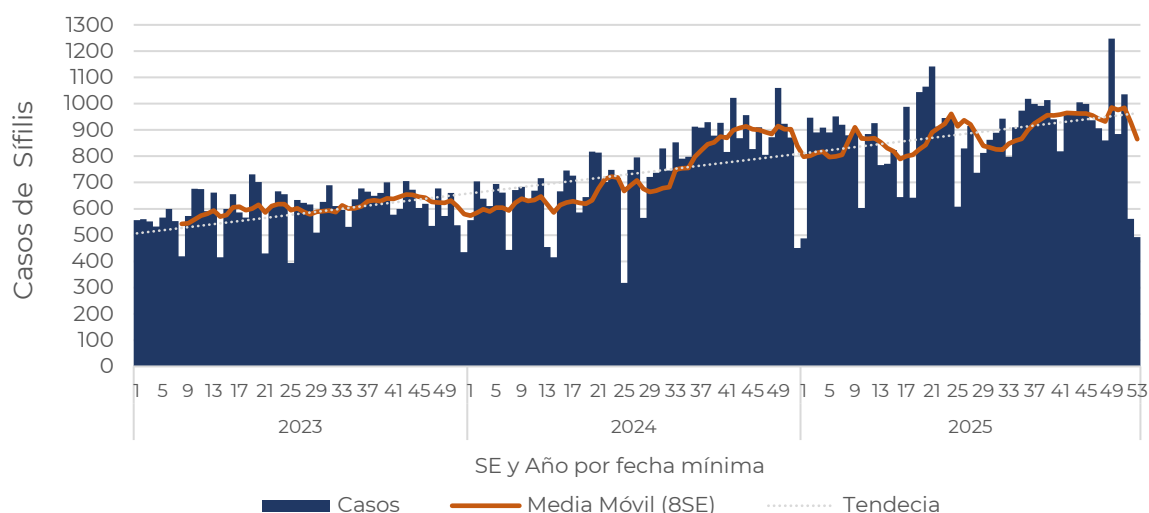
A partir de 2022 se retoma la tendencia ascendente con una marcada aceleración sostenida hasta el 2025, superando los casos del 2022 en un 76%. En 2023 se superaron los 30.000 casos anuales por primera vez desde el inicio de la serie, y en 2025 se alcanzó el valor más alto registrado hasta el momento, con un total de 46.779 casos notificados a nivel nacional. Este número representa un aumento del 75,6% respecto de 2022 y confirma la consolidación de una tendencia en ascenso.

Para valorar la tendencia observada es importante tener en cuenta los cambios en los procedimientos de vigilancia, la integración creciente de efectores al proceso de la vigilancia como las estrategias para mejorar el acceso al diagnóstico como una medida de salud pública que permita tratar de manera oportuna los casos e interrumpir cadenas de transmisión, todo lo cual puede influir en profundizar el aumento de notificaciones, junto con el aumento de la incidencia de sífilis en la población.

Es importante destacar que el crecimiento sostenido de los casos de sífilis en población general constituye un llamado de atención sobre la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de casos en todos los niveles del sistema de salud.

Evolución semanal de las notificaciones

A continuación, se presentan los casos confirmados por semana epidemiológica para el período 2023-2025 en Argentina. Para facilitar la interpretación, se presenta la media móvil de 8 semanas, que suaviza las oscilaciones vinculadas a caídas transitorias de la notificación en períodos de receso.

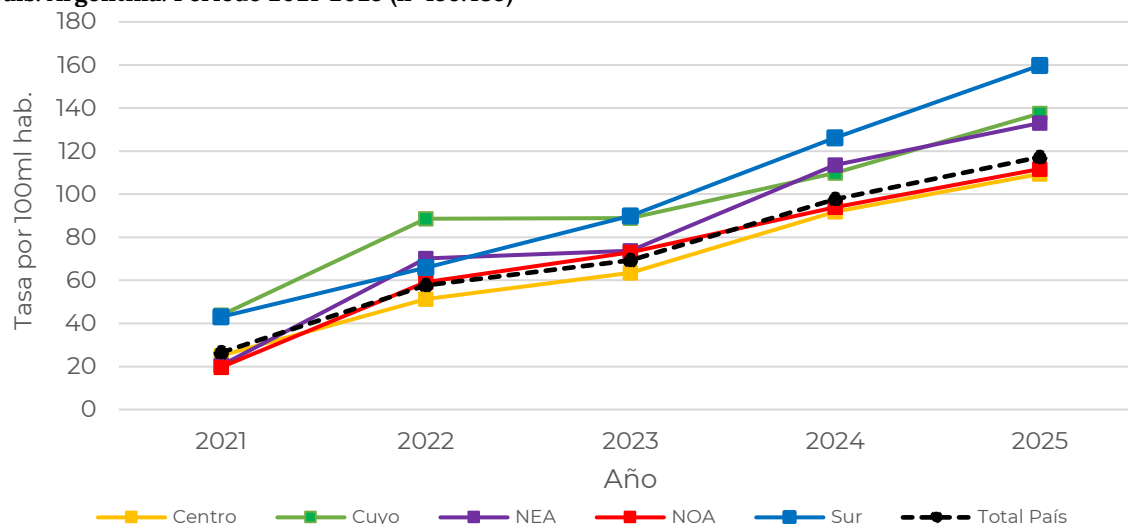
Gráfico 2. Número de casos confirmados y media móvil (8 semanas) de sífilis en población general por semana epidemiológica. Argentina. Periodo 2023–2025. (n=116.507)

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En la evolución semanal de los casos de sífilis en población general en Argentina, entre 2023 y 2025, se observa un aumento de casos sin una estacionalidad marcada. Los picos son variables y no muestran un patrón que se repita de manera consistente entre años.

Distribución geográfica y tasas de notificación

En el gráfico a continuación se presenta la evolución de las tasas de casos confirmados de sífilis cada 100.000 habitantes para el período comprendido entre los años 2021 a 2025, según región y para el total del país.

Gráfico 3. Evolución de tasas de sífilis por 100.000 hab. en población general según región y total país. Argentina. Período 2021–2025 (n=156.435)

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

La tasa nacional de notificación pasó de 26,5 casos cada 100.000 habitantes en 2021 a 117,2 en 2025, superando más de 4 veces la tasa de notificación nacional al inicio del periodo analizado.

La evolución de las tasas regionales de sífilis en población general entre 2021 y 2025 muestra patrones similares en el territorio nacional. Se destacan la región Sur y la de Cuyo que se

posicionaron por encima del promedio nacional entre los años 2021 y 2025, siendo la región de Cuyo aquella con la tasa más alta para el inicio del período (43,8 cada 100.000 habitantes). Para el año 2025, la tasa de la región Sur fue la más elevada (159,8) superando a la región de Cuyo (137,5).

Por su parte, desde el 2021 y hasta finales del período analizado, las tasas de la región Centro se mantuvieron por debajo del promedio nacional.

En lo que respecta a las regiones del NOA y NEA, presentaron una evolución ascendente con oscilaciones interanuales respecto de las tasas para el total del país. Sin embargo, la tasa observada en la región del NEA para el 2025 (133) superó a la tasa del total país mientras que la correspondiente a la región del NOA, se mantuvo por debajo del promedio nacional para ese mismo año (111,7)

Este aumento sostenido en el volumen de notificaciones podría reflejar una mejora en la captación y registro de los casos en el marco del fortalecimiento de las estrategias de vigilancia y de los dispositivos de diagnóstico, pero también constituye un indicador de circulación persistente del evento en distintos territorios.

En cuanto a la situación nacional de Sífilis, a continuación, se presenta la siguiente tabla con los casos y tasas de incidencia para el periodo comprendido entre los años 2021 a 2025, según provincia y región.

Tabla 1. Casos y tasas de sífilis en población general. Argentina. Período 2021-2025 (n=156.435).

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
PBA	13.719	79,0	4.161	23,7	4.808	27,1	5.920	33,1	6.988	38,7	8.736	56,8	11.645	74,8
CABA	1.561	37,1	610	17,8	796	22,7	251	8,1	552	17,9	1.191	47,7	1.401	56,0
Córdoba	1.264	34,0	599	15,9	1.094	28,8	5.330	139,0	6.847	176,8	7.578	228,4	8.769	261,4
Entre Ríos	1.694	123,4	649	46,8	628	44,9	160	11,3	300	21,1	623	51,4	1.029	84,0
Santa Fe	160	4,6	141	4,0	74	2,1	3.603	100,4	4.392	121,5	5.313	170,9	5.353	170,6
Total Centro	18.398	63,3	6.160	21,0	7.400	25,0	15.264	51,2	19.079	63,5	23.441	91,8	28.197	109,4
Mendoza	1.239	62,9	570	28,6	640	31,8	1.404	69,2	1.493	72,9	1.489	85,7	2.174	123,7
San Juan	475	61,5	325	41,6	358	45,3	857	107,4	751	93,2	774	113,7	1.069	155,2
San Luis	452	90,0	427	84,0	455	88,4	705	135,4	763	144,8	890	197,6	748	164,0
Total Cuyo	2.166	66,8	1.322	40,3	1.453	43,8	2.966	88,6	3.007	88,9	3.153	109,9	3.991	137,5
Chaco	1.070	89,7	499	41,4	389	32,0	965	78,6	1.093	88,2	1.709	166,2	2.176	209,2
Corrientes	314	28,3	296	26,4	157	13,9	287	25,2	439	38,2	615	64,2	771	79,6
Formosa	86	14,3	158	26,1	68	11,1	745	121,2	776	125,3	824	160,8	782	151,1
Misiones	553	44,3	234	18,6	254	19,9	999	77,5	868	66,7	914	84,8	1.083	99,2
Total NEA	2.023	48,7	1.187	28,3	868	20,5	2.996	70,2	3.176	73,7	4.062	113,5	4.812	133,0
Catamarca	62	15,1	43	10,4	25	6,0	35	8,3	487	114,4	462	127,9	429	117,6
Jujuy	307	40,3	232	30,1	228	29,3	851	108,1	1.053	132,4	1.367	204,1	1.513	223,2
La Rioja	65	16,7	30	7,6	61	15,3	264	65,4	236	57,7	296	85,2	479	136,0
Salta	403	28,7	264	18,5	449	31,1	1.355	92,8	1.489	100,8	1.455	119,0	1.513	122,0
S. del Estero	358	37,0	174	17,8	112	11,3	110	11,0	206	20,4	223	26,6	352	41,5
Tucumán	284	17,0	141	8,3	255	14,9	818	47,2	809	46,1	811	55,0	1.271	85,1
Total NOA	1.479	26,4	884	15,6	1.130	19,7	3.433	59,1	4.280	72,9	4.614	93,9	5.557	111,7
Chubut	141	23,2	89	14,4	100	15,9	511	79,9	638	98,3	782	140,9	896	158,6
La Pampa	469	132,0	584	162,9	588	162,7	319	87,6	575	156,6	517	163,9	462	145,1
Neuquén	218	33,3	130	19,6	169	25,1	201	29,5	349	50,7	694	118,7	1.195	201,5
Río Negro	246	33,3	162	21,7	355	46,9	564	73,6	698	90,0	805	121,4	957	142,3
Santa Cruz	36	10,1	45	12,3	42	11,2	259	67,5	268	68,2	264	79,2	355	103,8
T. del Fuego	49	29,0	27	15,6	26	14,6	134	73,6	223	119,7	233	145,2	377	229,3
Total Sur	1.159	40,2	1.037	35,4	1.280	43,1	1.988	65,9	2.751	89,9	3.295	126,1	4.242	159,8
Total País	25.225	56,1	10.590	23,3	12.131	26,5	26.647	57,6	32.293	69,2	38.565	97,6	46.799	117,2

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

En lo que respecta al total país, entre 2021 y 2025, la tasa nacional muestra una tendencia ascendente con un mínimo de 26,5 cada 100.000 habitantes para el año 2021 y un máximo de 117,2 hacia finales del período.

Durante el año 2025, la región Centro notificó 28.197 casos totales de sífilis, lo que representa el 60% del total del país. La tasa regional fue de 109,4 casos cada 100.000 habitantes, con un incremento del 18% respecto del año 2024 (91,8). Este incremento fue sostenido en todas las jurisdicciones de la región.

La región de Cuyo notificó 3.991 casos en 2025, con una tasa regional de 137,5 cada 100.000 habitantes, valor que representa un aumento del 23% respecto de 2024 (109,9). Las jurisdicciones con las tasas más elevadas en esta región fueron la provincia de San Luis (164) y la provincia de San Juan (155,2), siendo Mendoza donde se observaron las tasas más bajas de la región (123,7).

En 2025, la región del NEA notificó 4.812 casos, con una tasa regional de 133 cada 100.000 habitantes, lo cual representa un aumento del 20% respecto del año anterior (113,5). Chaco y Formosa presentan las tasas más elevadas (209,2 y 151,1 respectivamente), con una evolución ascendente desde 2021.

Por su parte, la región del NOA notificó 5.557 casos de sífilis durante el 2025, cuya tasa regional fue de 111,7 cada 100.000 habitantes, representando un incremento del 27% respecto de 2024 (93,9).

Finalmente, la región Sur notificó 4.242 casos confirmados, con una tasa de 159,8 cada 100.000 habitantes, la más alta del país para el 2025. Dentro de esta región, la mayor proporción de casos confirmados correspondió a la provincia de Neuquén (28%).

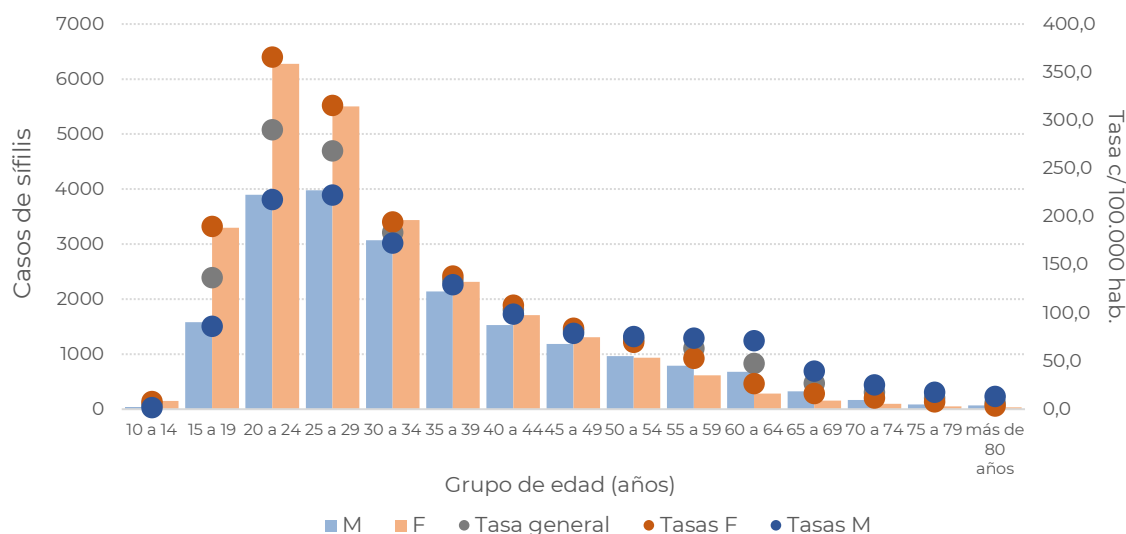
En relación con las diferencias observadas entre jurisdicciones, es importante considerar que la información presentada proviene del sistema de vigilancia epidemiológica y, por lo tanto, corresponde a datos dinámicos sujetos a actualización a medida que avanzan los procesos de investigación epidemiológica, validación de registros y consolidación de la información. En este marco, las variaciones interanuales observadas pueden reflejar distintos procesos programáticos y de registro.

En el marco de acompañamiento y rectoría nos comunicamos con varias de las jurisdicciones donde nos comentaron distintas situaciones. En algunas jurisdicciones, los incrementos en la notificación se vinculan con la ampliación de las estrategias de testeo —particularmente mediante la incorporación o expansión del uso de pruebas rápidas— lo que aumenta la accesibilidad al diagnóstico y la detección de casos. En otros casos, los cambios pueden estar asociados a modificaciones en los procesos de notificación o en la calidad del registro, así como a revisiones en la clasificación de eventos previamente registrados. Por este motivo, la interpretación de las variaciones debe considerar tanto los cambios en la magnitud de los casos como los procesos locales de fortalecimiento de la vigilancia y del acceso al diagnóstico.

Caracterización de casos de 2025

Como fue mencionado previamente, en el año 2025 se registró la mayor cantidad de casos de sífilis de la serie histórica con 46.779 registros.

En el gráfico 4 puede observarse la distribución de casos de sífilis durante el año 2025, según grupo de edad quinquenal y sexo, junto a la tasa correspondiente por sexo. El análisis muestra un perfil epidemiológico claramente concentrado en personas jóvenes, con un marcado predominio de mujeres.

Gráfico 4. Distribución de casos y tasas por grupo de edad quinquenal y sexo. Argentina. Año 2025 (n=46.681)*

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

*Se excluyen 98 casos que no presentan información en la variable sexo

La mayor carga de enfermedad se concentró en personas de entre 15 y 39 años, representando un 76% del total de casos (n=35.497). En el rango etario donde se observaron las tasas más elevadas del período analizado corresponden al grupo de 20 a 24 años con 290,6 casos cada 100.000 habitantes y en el de 25 a 29 años con 268,6. En ambos grupos, las tasas fueron considerablemente más altas en mujeres (366 y 315,7 respectivamente) que en varones (218,2 y 222,7).

En segundo lugar, el grupo de 30 a 34 años presentó también una carga elevada con una tasa general de 183,7 por 100.000 habitantes, seguido por el grupo de 15 a 19 años con una tasa general de 136,8 por 100.000 habitantes. A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva tanto en casos como en tasas, patrón que resulta más marcado en mujeres.

A partir de los 40 años, se registró un descenso progresivo en las tasas de notificación, patrón que fue más marcado en mujeres. Por ejemplo, en el grupo de 40 a 44 años, la tasa fue de 108,2 en mujeres y 98,9 en varones, mientras que en el grupo de 45 a 49, las tasas descendieron a 84,3 y 79,1, respectivamente.

Esta tendencia se invierte a partir del grupo de 50 a 54 años, donde las tasas comienzan a ser mayores en varones. Por ejemplo, en el grupo de 55 a 59 años, los varones alcanzan una tasa de 74,2, superando a las mujeres (53,3). Esta diferencia se acentúa en los grupos de mayor edad: en 65 a 69 años, la tasa en varones (39,7) duplica la observada en mujeres (16,4), mientras que, en los mayores de 80 años, las tasas son de 13,6 y 3,7, respectivamente.

Este patrón etario y por sexo sugiere una alta exposición o detección en mujeres jóvenes, seguido de una inversión del perfil en adultos mayores, donde las tasas masculinas superan a las femeninas. Estas diferencias deben interpretarse considerando las variables como el acceso al sistema de salud, el tipo de diagnóstico y los comportamientos asociados al riesgo de infección según el grupo etario.

VIII.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la obtención de información oportuna. En este sentido, realiza un análisis periódico de las notificaciones de sífilis en población general, embarazadas y expuestos perinatales, lo que permite caracterizar a las poblaciones más afectadas, revisar oportunamente las capacidades de tamizaje, detección de brotes y monitorear la respuesta sanitaria y desarrollar estrategias de seguimiento y vigilancia activa.

En el mismo marco, los equipos técnicos nacionales trabajan en el desarrollo y actualización de guías y algoritmos de diagnóstico y tratamiento con el objetivo de estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad diagnóstica y fortalecer la toma de decisiones clínicas. En mayo del 2025 se publicó la actualización de los *Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, Sífilis, hepatitis B y Chagas (Iniciativa ETMI-Plus)*, documento que permite estandarizar y monitorear el acceso al diagnóstico y tratamiento de las personas gestantes y de los expuestos perinatales. Esta guía fue elaborada mediante un trabajo intersectorial entre distintas áreas del Ministerio de Salud —incluyendo las Direcciones de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis; Zoonosis y Enfermedades Transmitidas por Vectores; Salud Perinatal, Niñez y Adolescencia; Salud Sexual y Reproductiva; y Salud Comunitaria y Atención Primaria— junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), expertos, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil.

En el marco de una estrategia de abastecimiento continuo basada en el monitoreo de consumos provinciales, le demanda proyectada y la priorización de jurisdicciones con mayor carga de enfermedad, el Ministerio de Salud realiza la compra y distribución sistemática de reactivos para diagnóstico con especial énfasis en la descentralización del testeo mediante pruebas rápidas de sífilis y sífilis/VIH (Dúo) y de penicilina benzatínica a las provincias.

Complementariamente, se desarrollan instancias de capacitación dirigidas a miembros de equipos de salud con priorización del primer nivel de atención, fortaleciendo las competencias para el diagnóstico clínico, la correcta interpretación de pruebas, el tratamiento oportuno y el seguimiento de las personas con sífilis. Estas acciones contemplan especialmente a las poblaciones clave y a situaciones prioritarias como el embarazo, con el objetivo de prevenir la sífilis congénita.

En este mismo sentido, el Ministerio de Salud participa activamente en espacios regionales de cooperación técnica. En julio de 2025, representantes de programas de atención primaria, de eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI-Plus), de respuesta a las ITS, de la sociedad civil, de la academia y de instituciones de salud pública de 23 países de la Región de las Américas se reunieron en São Paulo (Brasil) para analizar la situación regional. En dicho encuentro se destacó que la Región de las Américas presenta las tasas más elevadas de sífilis a nivel mundial y una tendencia creciente tanto de sífilis como de sífilis congénita, lo que motivó un llamado regional a fortalecer las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento con un enfoque centrado en la atención primaria de la salud, con la publicación de un documento con 15 recomendaciones clave para la eliminar la sífilis y la sífilis congénita en Region de las Americas.

Asimismo, desde mediados de 2025 se inició un proceso de articulación estratégica entre distintas áreas del Ministerio orientado a fortalecer el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual (ITS). Este proceso se consolidó con la creación de la Mesa Ministerial de

ITS, un espacio de gestión integrada que reúne a referentes de las áreas involucradas en prevención, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y atención primaria de la salud. Actualmente se avanza en la validación de un Plan Operativo Anual, estructurado en tres ejes estratégicos: prevención y promoción de la salud; diagnóstico y tratamiento; e información estratégica y vigilancia epidemiológica. Entre sus líneas de trabajo se incluyen el fortalecimiento de las estrategias de comunicación y prevención combinada, la promoción del testeo en el punto de atención, el acceso oportuno al tratamiento, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y el uso de la información para la toma de decisiones sanitarias.

Finalmente, se incorporan dos proyectos estratégicos de abordaje integral que se encuentran actualmente en vías de desarrollo. El primero se implementa en articulación con la Dirección de Salud Bucal, la red nacional de Estomatología y la Universidad de Buenos Aires, con el objetivo de fortalecer la detección de manifestaciones orales de la sífilis, mejorar el abordaje clínico y optimizar los circuitos de derivación dentro del sistema de salud. El segundo proyecto se desarrolla junto al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y se orienta al análisis poblacional de la sífilis, así como a la planificación e implementación de políticas sanitarias de testeo y tratamiento focalizadas según los grupos etarios que concentran el mayor número de casos, con el fin de optimizar la asignación de recursos y el impacto de las intervenciones.

VIII.5. Vigilancia epidemiológica

VIII.5.A. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso de sífilis temprana

Toda persona, mayor de 18 meses, que presente:

Criterio clínico: uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en zona genital, mucosa perianal o en cavidad oral con adenopatía/s satélite/s (sífilis primaria); lesiones cutáneas compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras (sífilis secundaria).

Caso probable de sífilis temprana

Todo caso asintomático, con un solo resultado serológico positivo por cualquier método diagnóstico (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual.

Caso confirmado de sífilis temprana

Todo caso sintomático, más una prueba treponémica positiva, o con diagnóstico microbiológico confirmatorio (PCR o fondo oscuro). o

Todo caso asintomático, con diagnóstico confirmado por laboratorio (prueba treponémica y no treponémica positivas cualquiera sea el algoritmo que se utilice),

y

sin historia de tratamiento reciente para sífilis, o con serologías negativas para sífilis en los 12 meses previos (se descarta posible cicatriz serológica).

Caso probable de sífilis sin especificar estadio

Criterio serológico: un resultado serológico positivo por cualquier método diagnóstico (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual.

Caso confirmado de sífilis sin especificar estadio

Todo caso probable con diagnóstico positivo por pruebas no treponémicas y treponémicas (según algoritmo vigente). La prueba confirmatoria será treponémica o no treponémica, según el algoritmo (tradicional o reverso) que se utilice en el efector

Caso descartado

Toda persona mayor de 18 meses que presenta signos/síntomas compatibles con sífilis y /o una prueba NO TREPONÉMICA POSITIVA y pruebas TREPONÉMICAS NEGATIVAS (ante la discordancia siempre confirmar con otra prueba TREPONÉMICA diferente a la utilizada al inicio).

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

IX. Introducción

Esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales se construye con la información recibida por el Centro Nacional de Enlace (CNE), oficina encargada de la comunicación con otros países en relación a la información sanitaria dentro del marco del Reglamento Sanitario internacional (RSI) que funciona en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La mayoría de los eventos que requieren la emisión de Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas se refieren principalmente a agentes infecciosos, aunque también pueden estar relacionados con mercancía contaminada, contaminación de alimentos, o ser de origen químico o radionuclear, de acuerdo con las provisiones del [Reglamento Sanitario Internacional \(RSI 2005\)](#).

El propósito de las **Alertas Epidemiológicas** es informar acerca de la ocurrencia de un evento de salud pública que tiene implicaciones o que pudiera tener implicaciones para los países y territorios del mundo.

Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE).

IX.1. Sarampión - Situación epidemiológica mundial y regional

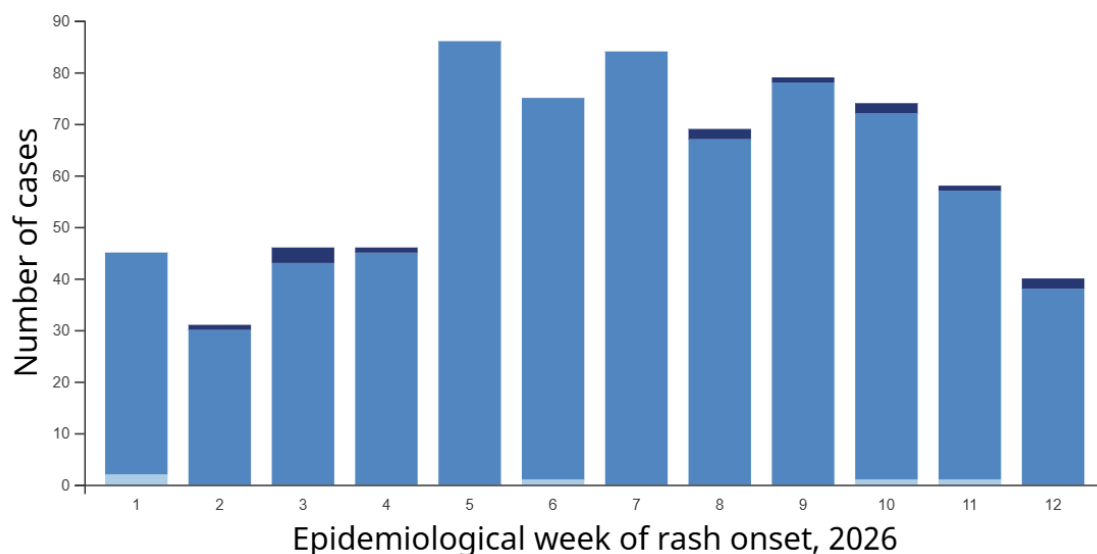
IX.1.A. CANADÁ²⁵

En 2026, se han notificado un total de 733 casos de sarampión (670 confirmados, 63 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 28 de marzo del 2026.

En la semana 12 (del 22 al 28 de marzo del 2026), se notificaron 83 nuevos casos de sarampión (75 confirmados y 8 probables).

²⁵ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=733)



IX.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA²⁶

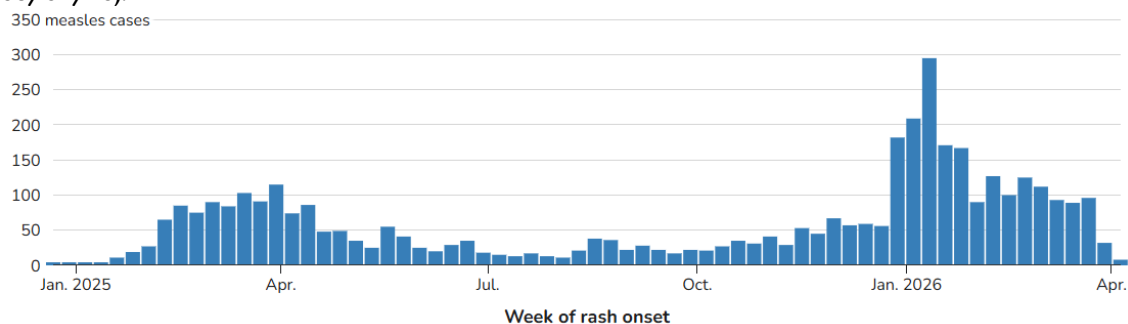
Al 9 de abril de 2026, se notificaron 1.714 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.704 casos fueron reportados por 33 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin. Se notificaron 10 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

Se han notificado 17 nuevos brotes en 2026, y el 94% de los casos confirmados (1.609 de 1.714) están asociados a brotes (377 correspondientes a brotes en 2026 y 1.232 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.287 casos confirmados de sarampión. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

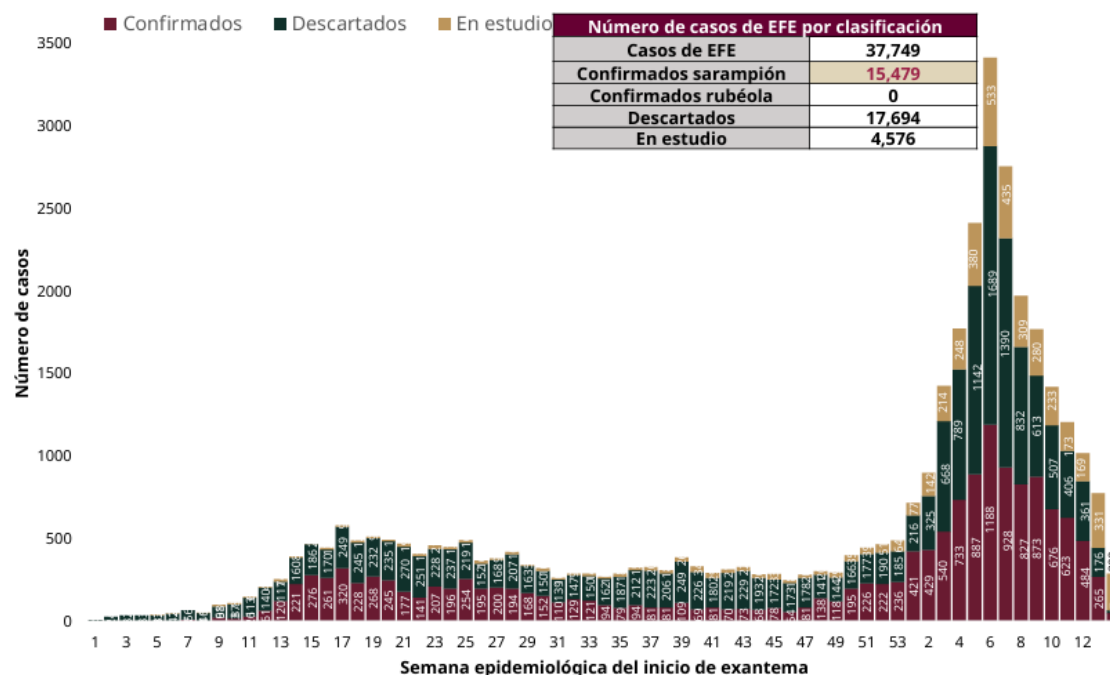
En 2026 no ha habido muertes confirmadas, mientras que en el 2025 se registraron 3.

²⁶ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 09/04/26).**IX.1.C. MÉXICO²⁷**

Al 09 de abril, se han reportado 15.479 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.006 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (1.820 casos) y por último el de 5 a 9 años (1.764 casos).

Se han reportado 36 fallecimientos a la fecha.

Gráfico 1. Curva epidémica de casos de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema, México, 2025-2026.

Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática.

²⁷ www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

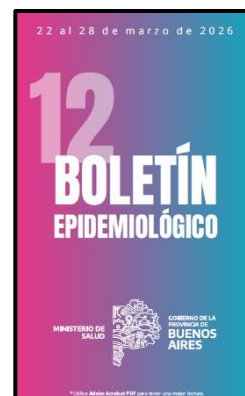
X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Chikungunya

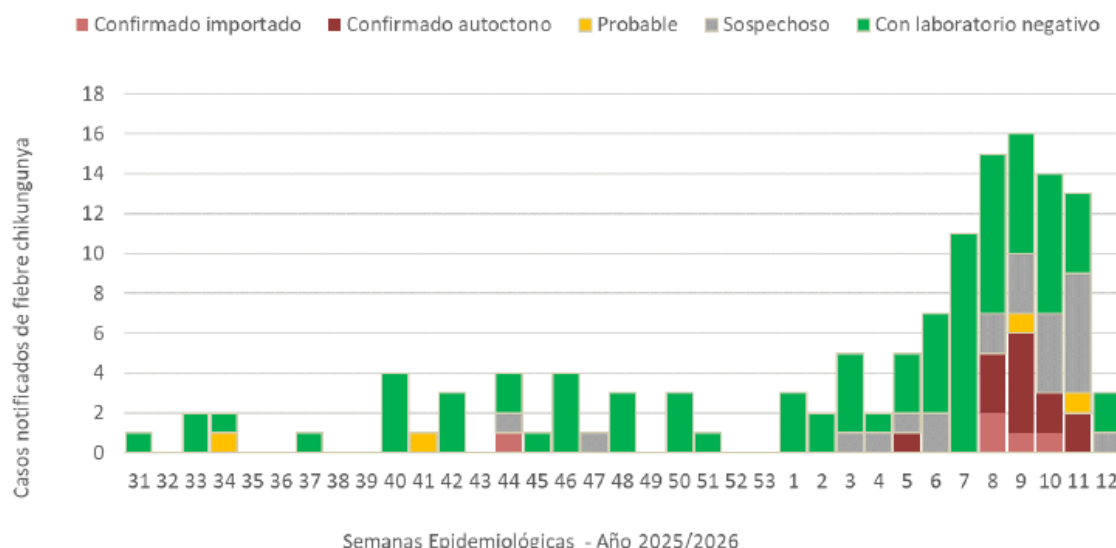
En la PBA se identificó un área en brote de fiebre chikungunya en Lomas de Zamora a partir de un caso confirmado autóctono notificado el 12 de marzo (SE 10). Los casos detectados en el municipio hasta el 28/3, son 15 confirmados (12 autóctonos y 3 importados), 6 casos en estudio y 3 casos descartados.

El brote se inició en la localidad de Ingeniero Budge, a partir de una mujer que comenzó con síntomas el 5 de marzo (SE 9), consultó el 10 de marzo con resultado positivo para virus chikungunya por pruebas moleculares (PCR) en un efector de la CABA.

Actualmente el brote se extiende abarcando al menos cuatro localidades/barrios dentro del partido de Lomas de Zamora. Las áreas afectadas son Villa Lamadrid, Ingeniero Budge, Santa Marta y Parque Barón.



Casos notificados de fiebre chikungunya por semana epidemiológica. PBA, SE 31/2025 -SE 12/2026.



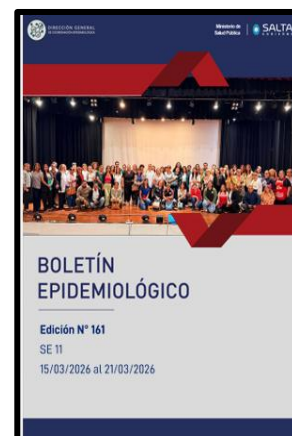
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.2. Salta: Dengue

Durante el periodo de vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) (SE 31/2025 a SE 11/2026) se reportaron 1.594 sospechosos, 4 casos probables de los cuales, 2 casos pertenecen al departamento capital, 1 a Oran, 1 a Rivadavia, todos con antecedente de viaje. No se confirmaron casos de dengue hasta la SE 11.



Dengue: casos acumulados notificados según clasificación por departamento. Temporada 2025/2026. SE 1/2026 a SE 11/2026. provincia de Salta

Departamento	Probable	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
Anta	0	28	113	141
Cachi	0	0	0	0
Cafayate	0	0	1	1
Capital	4	107	60	167
Cerrillos	0	2	6	8
Chicoana	0	0	1	1
General Güemes	0	6	11	17
Gral José de San Martín	0	397	248	645
Guachipas	0	0	0	0

Para más información:

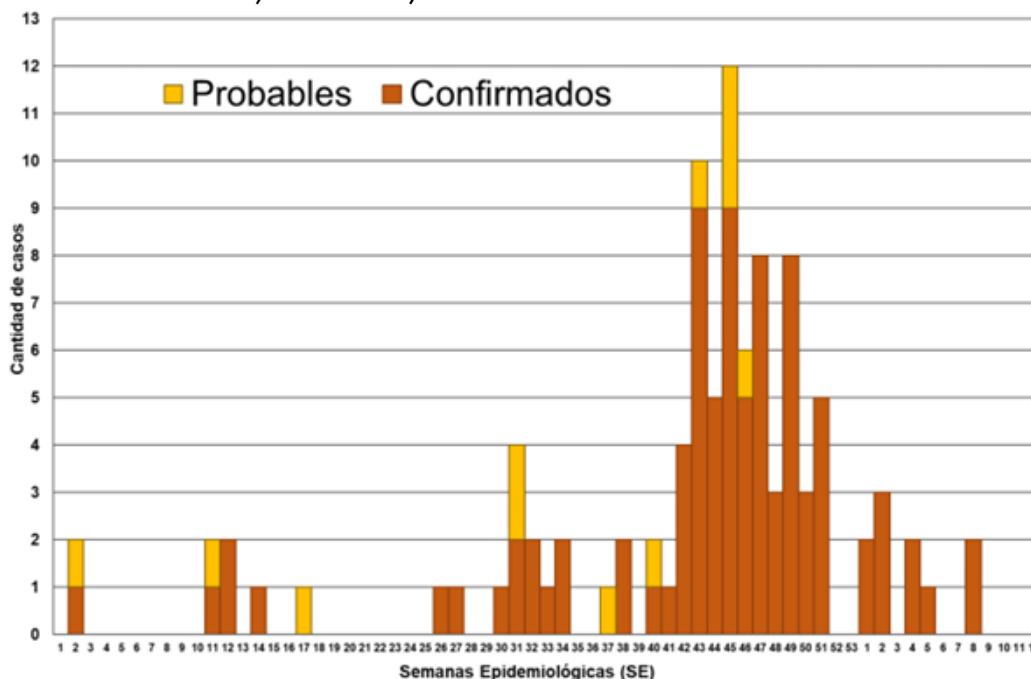
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

X.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y la SE 53 de 2025 se notificaron un total de 396 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 78 se confirmaron y 12 se clasificaron como probables. Los casos confirmados fueron notificados con residencia habitual en 10 departamentos: 58 casos de Rosario, 4 casos de La Capital, 3 casos de Caseros, 3 casos de General López, 2 casos de Constitución, 2 casos de General Obligado, 2 casos de San Lorenzo, 2 casos de Iriondo, 1 caso de Belgrano y 1 caso de Castellanos. En lo que va del 2026 se notificaron 47 casos al evento de los cuales 10 fueron confirmados en los siguientes departamentos: 6 del departamento Rosario, 2 del departamento La Capital y 2 del departamento San Martín.



Distribución de casos confirmados (n= 88) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 12/2026. Periodo 2025-2026. N= 100.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

X.4. Tierra del Fuego: Respiratorias

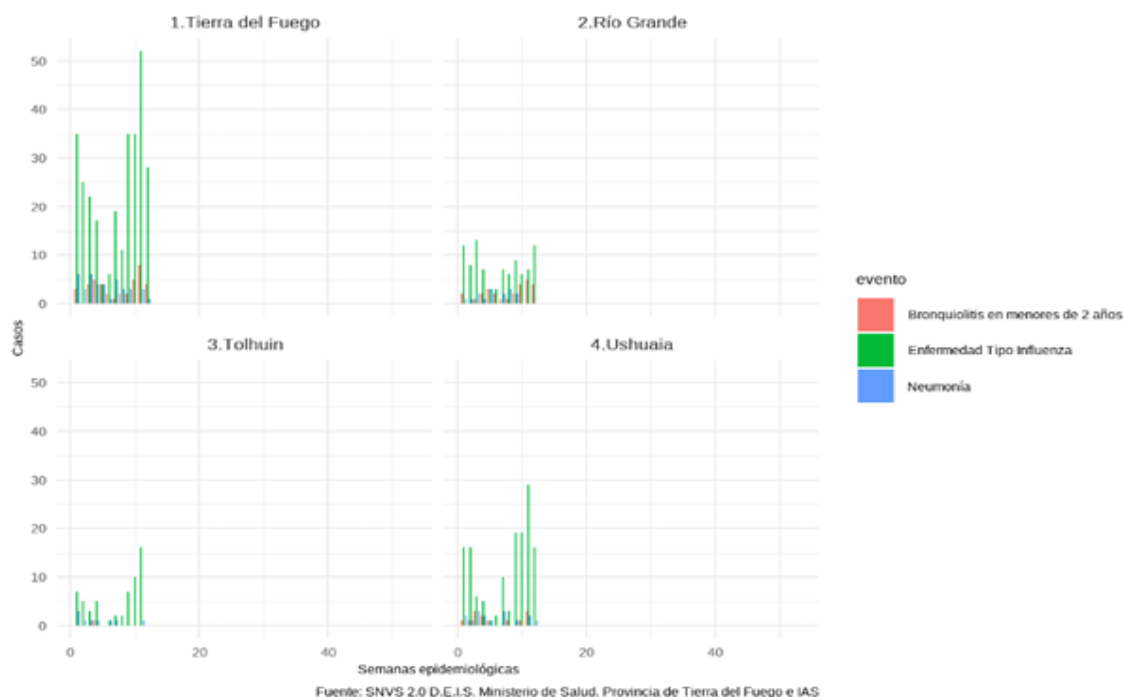
Hasta la semana epidemiológica 12 en 2026 se notificaron 413 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo periodo del año 2025, no se observan variaciones en los casos registrados, a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas 2025 y 2026

	SE 12/ Año 2025	SE 12/Año 2026	% Variación interanual
Río Grande	186	133	↓ -28,5
Tolhuin	58	74	↑ 27,6
Ushuaia	169	206	↑ 21,9
Tierra del Fuego	413	413	0,0

Respiratorias agrupadas en Tierra del Fuego según localidad, SE 12 - Año 2026

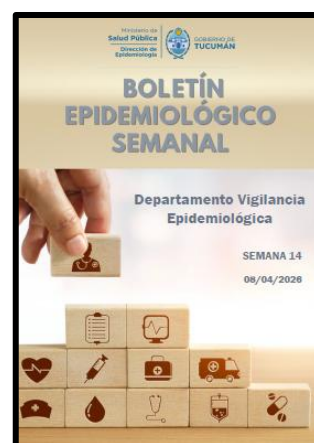


Para más información:

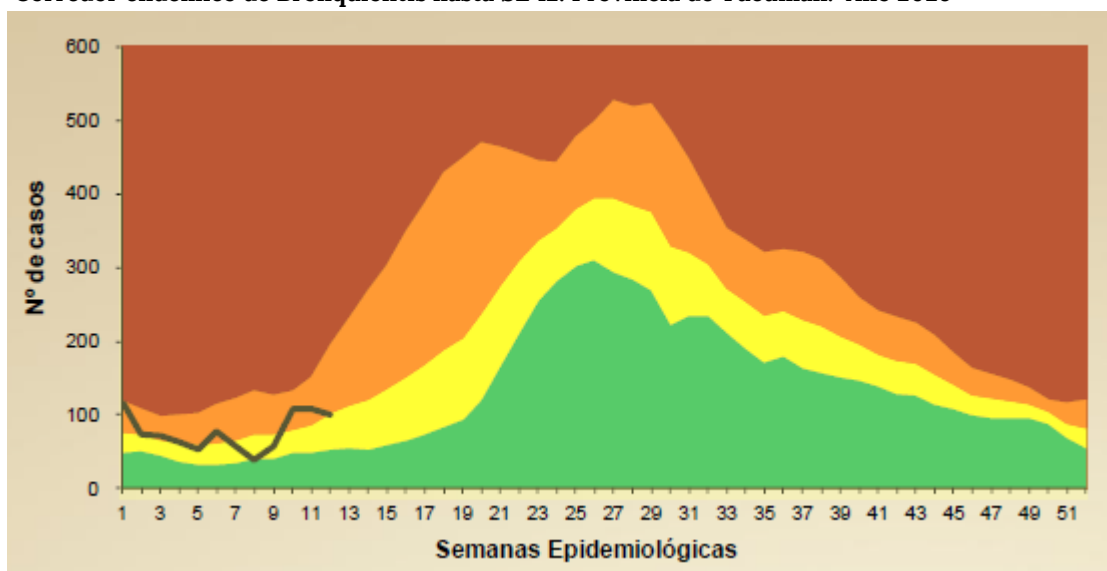
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

X.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 12 se notificaron 99 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 12. Provincia de Tucumán. Año 2026



Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **abril** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2025 remitirse al siguiente documento: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/anuario_herramientas_2025.pdf

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Abril	Listerioris	Laboratorio	Técnica	Se adiciona la técnica "FT-IR", para la técnica "Detección de serogrupo"