



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 812

Semana epidemiológica 22
AÑO 2026
Desde 31/05 al 6/06
Fecha de publicación
16/06/2026

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:

Dengue y otras arbovirosis

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

Del ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui” (INEVH).

El Servicio Meteorológico Nacional.

Hantavirosis

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

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, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz 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, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, 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, Pissarra 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

Cubrirse la boca al toser o estornudar con un pañuelo descartable o con el pliegue del codo para evitar contagios en enfermedades respiratorias. Imagen ilustrativa libre de derecho.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°812, SE 22.

I. Editorial del BEN 811

A casi cuatro meses del último editorial del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN), esta nueva edición nos encuentra sosteniendo y profundizando un proceso de trabajo que ya forma parte de la dinámica cotidiana de la vigilancia en salud. Cada semana, el BEN continúa afirmándose como un espacio de integración entre el análisis técnico, la gestión de la información, la comunicación sanitaria y la toma de decisiones, con el propósito de transformar los datos producidos por el sistema de vigilancia en información oportuna, accesible y útil para los distintos niveles del sistema de salud.

Desde el inicio del año y hasta la Semana Epidemiológica 20, se publicaron 104 informes en el BEN, distribuidos en las secciones Eventos Priorizados, con 54 informes; Situaciones Emergentes, con 19; Actualizaciones Periódicas de Eventos, con 27; e Informes Especiales, con 4. Este volumen de producción expresa la continuidad de un trabajo sostenido de seguimiento, análisis y comunicación de eventos de importancia para la salud pública. Al mismo tiempo, permite dimensionar el crecimiento y sostenibilidad del boletín como herramienta de vigilancia: para el mismo período de 2025 se habían publicado 103 informes, mientras que en 2024 se habían totalizado 70. Esta comparación muestra no solo un incremento cuantitativo, sino también una mayor capacidad de ordenar, actualizar y poner en circulación información epidemiológica relevante de manera sistemática.

El BEN es, en este sentido, mucho más que una publicación semanal. Es una forma de trabajo colectivo que expresa el esfuerzo de múltiples equipos por producir información de calidad, revisarla, interpretarla y ponerla al servicio de la acción sanitaria. Cada informe publicado supone procesos de análisis, validación y comunicación que articulan distintas áreas del Ministerio de Salud de la Nación, las jurisdicciones, los laboratorios, los programas nacionales y los equipos técnicos involucrados, en un intercambio permanente que fortalece al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Aprovechamos esta edición para reconocer y valorar ese trabajo sostenido. Mantener la publicación regular del BEN implica sostener una práctica institucional que requiere continuidad, coordinación y compromiso. También implica reafirmar que la vigilancia no se agota en la notificación ni en la producción de datos, sino que se completa cuando esa información puede ser leída, compartida, discutida y utilizada para orientar decisiones.

Con la convicción de seguir construyendo un boletín cada vez más pertinente, claro y útil para los equipos de salud de todo el país, renovamos el compromiso de continuar fortaleciendo este espacio común. El desafío sigue siendo el mismo: producir información epidemiológica oportuna, favorecer una lectura federal de los problemas de salud y acompañar, desde la vigilancia, las acciones necesarias para proteger y mejorar la salud de la población.



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

En esta edición del Boletín Epidemiológico Nacional se presenta una actualización de la situación sanitaria nacional, integrando eventos priorizados, actualizaciones periódicas, alertas internacionales, boletines jurisdiccionales y herramientas para el fortalecimiento de la vigilancia.

El boletín incorpora la actualización de la tabla de eventos priorizados, con su fundamentación, metodología, criterios de clasificación y visualización de casos 2022-2026, orientada a mejorar la lectura sistemática de la situación epidemiológica.

Dentro de los eventos priorizados, se actualiza la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, incluyendo información nacional y regional, datos de UMA de ETI, vigilancia centinela de IRAG, caracterización genómica de influenza y recomendaciones para equipos de salud y población. También se presenta la situación de dengue y otros arbovirus, con escenario regional, estimación de escenarios nacionales 2025-2026, caracterización de casos y actualización sobre chikungunya, encefalitis arbovirales y otros arbovirus.

En actualizaciones periódicas, se incluye el informe epidemiológico de hantaviriosis, con situación nacional y acciones del Ministerio de Salud de la Nación.

Además, se presentan alertas y comunicaciones internacionales sobre sarampión, recomendaciones para viajeros a la Copa Mundial FIFA 2026, enfermedad por virus del Ébola y difteria en la Región de las Américas. El boletín cierra con destacados jurisdiccionales y herramientas para la vigilancia vinculadas al SNVS 2.0, salas de situación de salud y vigilancia de dengue.

Contenido

I. Editorial del BEN 811	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 PRIORIZADOS	13
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	14
IV.1. Nota Metodológica	14
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	14
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada	14
IV.3.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	15
IV.3.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	18
IV.4. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia	21
IV.4.A. Secuenciación genómica de influenza A(H3N2) 2025-2026	21
IV.4.B. Caracterización de casos de influenza recibidos en el INR desde se1 a se 20/2026.	22
IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas	26
IV.5.A. Recomendaciones para equipos de salud	26
IV.6. Vigilancia epidemiológica	26
IV.7. Recomendaciones para la población	28
IV.8. Vacunación antigripal	28
IV.9. Tratamiento antiviral	29
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	31
V.1. Situación regional	31
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	32
V.2.A. Nota metodológica	32
V.3. Situación de dengue en Argentina	34
V.3.A. Temporada 2025/2026	34
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada.	35
V.3.C. Casos Probables	35
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue	36
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	36
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina	37
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya.	40
V.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus en Argentina	41
V.5.A. Encefalitis arbovirales	41
V.5.B. Otros arbovirus	43
ACTUALIZACIONES PERIODICAS	46
VI. Hantaviriosis - Actualización informe epidemiológico	47
VI.1. Introducción	47
VI.2. Situación epidemiológica nacional	48
VI.2.A. Nota metodológica	48
VI.2.B. Situación epidemiológica	48

VI.2.C. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación	58
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES	60
VII. Introducción	61
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional	62
VII.1.A. Canadá	62
VII.1.B. Estados Unidos de América	62
VII.1.C. Guatemala	63
VII.1.D. México3F	63
VII.1.E. Perú3F	64
VII.2. Recomendaciones de salud pública para viajeros que asistan a la Copa Mundial de la FIFA 2026	66
VII.3. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda	66
VII.4. Alerta Epidemiológica Difteria en la Región de las Américas	69
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....	73
VIII. Boletines Jurisdiccionales	74
VIII.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	74
VIII.2. Santa Fe: Psitacosis	75
VIII.3. Tierra del Fuego: Varicela	76
VIII.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	77
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA	78
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	79
X. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición	81
XI. Curso Vigilancia y notificación de Dengue	82

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 22 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE22	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	Coqueluche (tos convulsa)	80	305	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	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	312	335	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	36	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	68	86	En aumento	Por encima de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	5949	8702	Por encima de lo esp.	En aumento	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	208	169	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	94	86	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	4	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2860	3555	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	397	508	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	26	23	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	52	64	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hantavirusosis	29	47	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	83	155	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Psitacosis	68	73	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.		
Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE22	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	17	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	345	399	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Sífilis en embarazadas	3490	4741	En aumento	En aumento	
	Hepatitis B en embarazadas	19	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	21	50	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	230	281	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	458	519	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis E	2	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infec. de trans. sexual	Sífilis en población general	11058	20909	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infec. Resp. agudas	Legionelosis	12	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	567	547	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	7	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	16	26	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	4	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Lesiones	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	272	568	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio sin resultado mortal	3111	5141	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	146	219	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base

EVENTOS
PRIORIZADOS

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

En el presente Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) -UMA-** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -UC IRAG-**.

En relación con el 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.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios¹

En la SE 19 de 2026, la actividad de virus respiratorios en la Región de las Américas profundiza el patrón de transición estacional inter-hemisférica observado en las semanas previas, con una divergencia cada vez más marcada entre hemisferios. América del Norte, el Caribe y Centroamérica consolidan el fin de la temporada 2025-2026, con positivities de influenza en niveles bajos próximos a la línea de base interestacional. En contraste, Brasil y el Cono Sur se afirman como la subregión de mayor relevancia epidemiológica para este periodo de reporte, intensificando una tendencia ascendente y acelerada de inicio de temporada invernal austral, liderada por Argentina. La Subregión Andina mantiene un patrón mixto, con descenso agregado de influenza, pero trayectorias divergentes entre países y con casos de VRS que continúan en ascenso. Persiste el predominio inter-hemisférico de subtipos: influenza B que ha caracterizado el cierre de temporada del hemisferio norte e influenza A, principalmente A(H3N2), en las subregiones del hemisferio sur. Igualmente, el VRS muestra patrones opuestos según hemisferio: en descenso en América del Norte y en ascenso en la Región Andina y en Brasil y el Cono Sur, consistente con el inicio de la temporada austral. El SARS-CoV-2 mantiene su descenso generalizado en todas las subregiones, sin señal de resurgimiento. La carga de IRAG y ETI desciende en el hemisferio norte, mientras los indicadores comienzan a reflejar un incremento en el Cono Sur.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) y presentan un ascenso desde la SE 9, que superan los niveles esperados desde la SE11 a la SE20. Los casos de neumonía se encuentran en aumento desde la SE7, oscilando entre valores esperados y de alerta desde la SE 14. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios - UMA), durante 2026 se observa a partir de la SE12 un incremento en el número de casos de influenza y en el porcentaje de positividad, con 45,6% de las muestras positivas en la SE22. En relación con SARS-CoV-2, en las últimas semanas los casos se mantienen en niveles bajos, luego del ascenso registrado durante 2025. Respecto del VSR, se registran detecciones aisladas, con 5 casos positivos identificados en lo que va de 2026.

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

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las primeras 18 SE de 2026 se registraron 2.672 internaciones, con tendencia ascendente a partir de la SE11, en coincidencia temporal con el aumento de casos positivos de influenza A(H3N2). En las últimas cuatro semanas analizadas se observó un predominio de detecciones de influenza, con 271 casos positivos entre los 766 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por VSR (n=31) y SARS-CoV-2 (n=1).

En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Predomina A(H3N2), que comenzó su circulación en las últimas SE de 2025. 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, continuando en niveles bajos en lo que va de 2026.

Durante la SE21/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de adenovirus, VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus y parainfluenza.

Entre las personas internadas, predominan las detecciones de influenza, con un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 12. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un leve aumento a partir de la SE 13. En la presente semana no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 28 fallecimientos con Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.3.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.²

Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI): infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos, con 1 caso positivo en la última semana analizada, entre las 77 muestras procesadas.

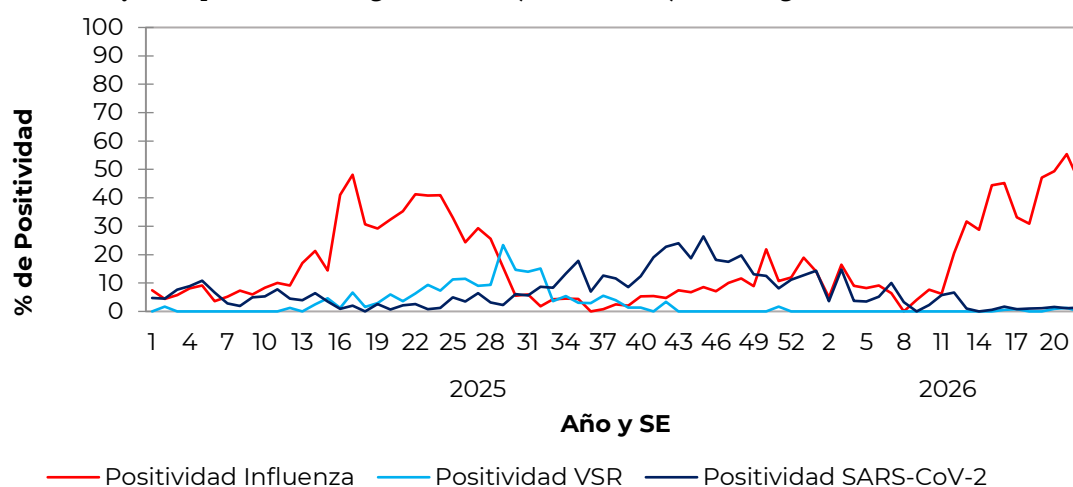
Con relación a **influenza**, durante 2025 se verificó un ascenso tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad a partir de la SE11, principalmente a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron sus valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del período se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B linaje Victoria y, en las últimas semanas del año, un mayor número de detecciones de influenza A, aunque con valores bajos.

² Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

En lo que va de 2026, se observa un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). En las SE21 y 22 de 2026 se notificaron 159 casos de influenza entre las 303 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 45,6%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En lo que va de 2026, las detecciones se registran de manera aislada, con 5 casos positivos de VSR entre las 1.829 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE22/2026. Argentina.

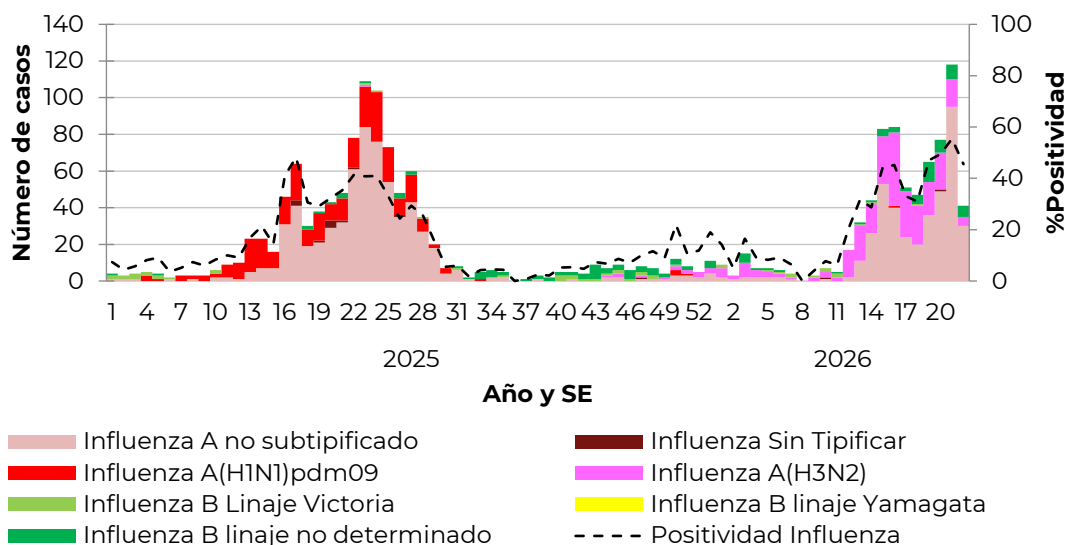


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En relación con los casos registrados de influenza en ambulatorios, en el 2025 se detectaron predominantemente casos de influenza A, específicamente influenza A (H1N1), con menor número de casos de Influenza B, linaje Victoria, que predominó en las últimas semanas del año.

En las primeras 22 SE de 2026, se detectaron 725 casos de influenza A. Entre estos, 252 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 71 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 14 de ellos.

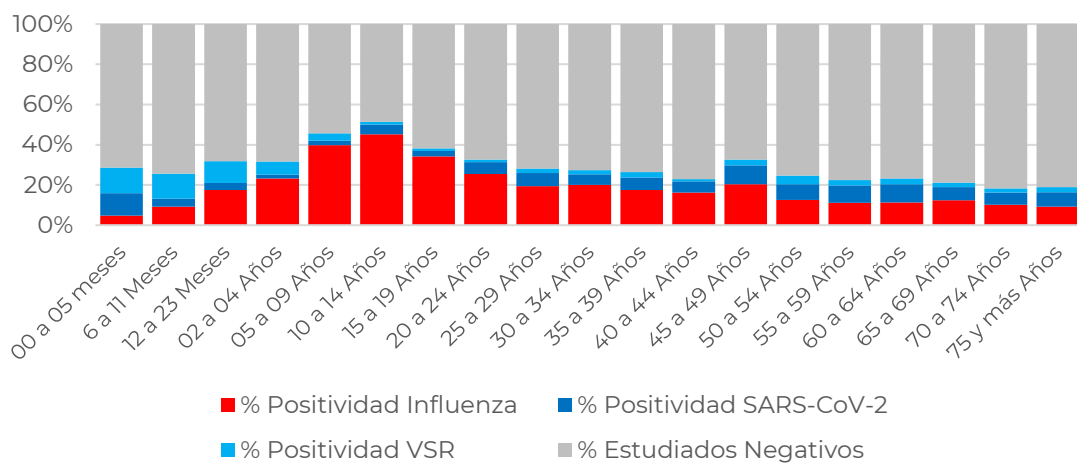
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE22/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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.

Con relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2025 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y niños mayores de 5 años, seguidos de adultos jóvenes y niños de 2 a 4 años. En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para niños menores de 6 meses seguido de adultos y adultos mayores. Con relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad corresponden a niños pequeños, particularmente menores de 6 meses y de 6 a 11 meses.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE22/2026. Estrategia UMA. Argentina³.



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}

³ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

IV.3.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.⁴

Definiciones de caso Vigentes

IRAG: Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con:

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁵.

IRAG Extendida en < 2 años y ≥ 60 años: Infección respiratoria: definida por tos o dificultad respiratoria; e

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁶.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia⁷ y shock⁸ y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 22 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total 2.672 internaciones con diagnóstico de IRAG y 999 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG⁹.

Durante 2025, las notificaciones de IRAG presentaron una tendencia ascendente a partir de la SE12, inicialmente vinculada a la circulación de influenza, y posteriormente al aumento de casos de VSR, con un máximo en la SE35. En 2026, los casos permanecieron estables hasta la SE10 y luego mostraron un comportamiento creciente en las semanas posteriores, en coincidencia temporal con una mayor detección de influenza A sin subtipificar y A(H3N2).

⁴ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

⁵ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

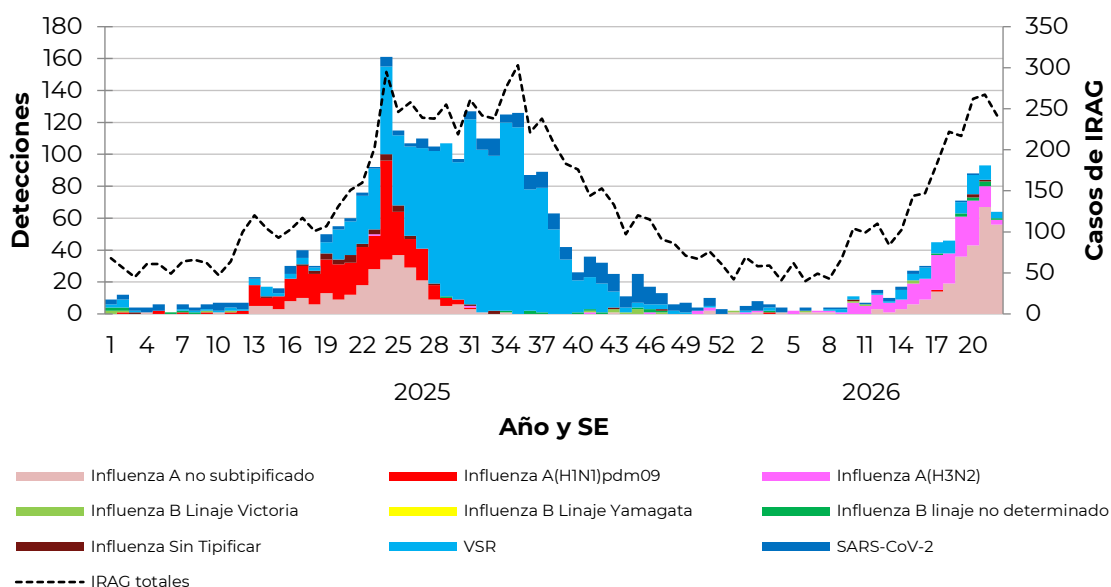
⁶ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

⁷ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

⁸ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

⁹ Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE1/2025 a SE22/2026. Argentina.



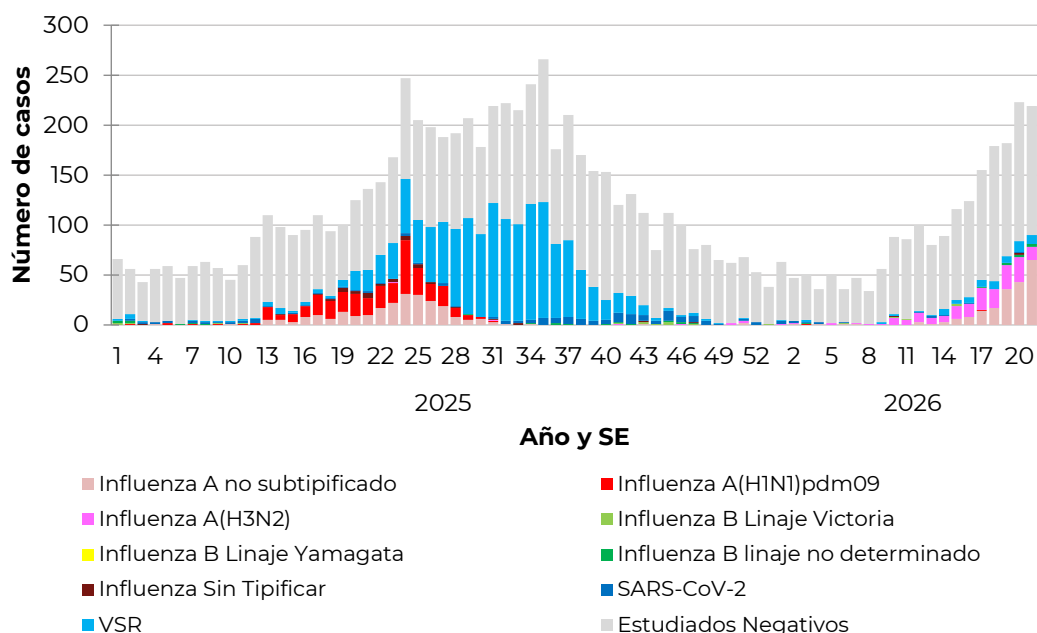
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, durante 2025 las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento a partir de la SE35, seguido de una disminución en las últimas semanas del período. En 2026, los casos continúan en niveles bajos.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todas las semanas de 2025, se observó un incremento en las detecciones a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor detección de H1N1 y en menor medida H3N2. Además, se detectaron en menor número casos de influenza B/linaje Victoria. En las 22 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 459 casos de influenza. Se tipificaron 455 casos de influenza A, y de éstos 178 cuentan con subtipificación: 176 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 15 casos, de los cuales 5 corresponden a linaje Victoria, mientras que los restantes permanecen sin identificación de linaje.

En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de VSR, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las 22 semanas transcurridas del año 2026, si bien los casos permanecen en niveles bajos, se registran 74 casos acumulados de IRAG con detección de VSR y un ligero aumento de casos positivos en las últimas semanas.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE22/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina 10.



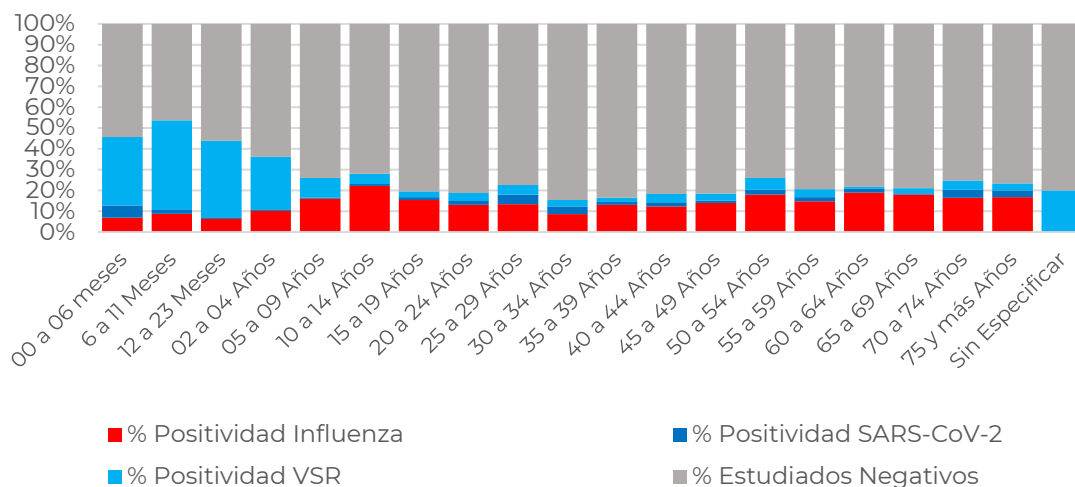
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

En las últimas 4 semanas, entre 766 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 2 codetecciones de influenza y VSR, 269 casos de influenza, 29 casos de VSR, y 1 caso de SARS-CoV-2. Los restantes 465 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

Con relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE1/2025, se registra la mayor positividad para influenza en mayores de 60 años, seguidos por el grupo de 50 a 54 años y de 10 a 14 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses. Con relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, particularmente entre 6 y 11 meses y en menores de 2 años.

¹⁰ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE1/2025 a SE22/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina¹¹



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 SNVS²⁰

IV.4. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia

Nota metodológica: Para el presente informe se tuvieron en cuenta los casos de Influenza derivados al Laboratorio Nacional de Referencia, sus resultados de tipificación y subtipificación así como los resultados de secuenciación genómica.

La secuenciación genómica se realizó en el 100% de los casos hasta la SE13 y comenzó a hacerse por muestreo a partir de la SE14. A partir del informe de SE16, se incorpora la caracterización genómica de los casos de Influenza B, de acuerdo con el esquema de muestreo implementado.

Para dar continuidad a la difusión del número de casos detectados de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1/K se presenta en primer lugar los resultados de secuenciación de Influenza A(H3N2) y su distribución por región y provincia para los años 2025 y lo que va de 2026.

A continuación, se describe, para el período SE1 a SE20 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de casos recibidos en el LNR con fecha de toma de muestra en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación del muestreo aplicado.

Para el muestreo se tuvieron en cuenta variables temporales (SE de FTM), espaciales (región de procedencia) como de población afectada (ambulatorios e internados y grupos de edad).

IV.4.A. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE1/2025 y la SE20/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia secuenció 297 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales 256 (86%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (10%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

¹¹ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

Entre los casos secuenciados de Influenza A(H3N2), el subclado J.2.4.1/(K) predominó tanto en el 2025 como en lo que va del 2026, distribuido en las 5 regiones del país: mientras que en el 2025 las regiones Sur y Centro registraron la mayor cantidad de casos secuenciados, en lo que va de 2026, la mayor parte de las secuenciaciones corresponden a NOA y Centro. Además del subclado K, en lo que va de 2026 se identificó el subclado J.2.4 en la región Centro y NOA y el subclado J.2.3 en NOA, NEA y Sur.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 20/2026 (N = 297).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1	
Centro	1	0	3	0	13	0	0	0	6	80	103
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	32	42
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	32	38
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3	6
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	11	13
Cuyo	0	1	3	0	2	0	0	0	0	26	32
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	20	26
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
NEA	1	0	0	0	2	0	0	1	0	13	17
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOA	0	0	1	0	1	0	0	1	3	90	96
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	11	15
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	28	29
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	41
Sur	1	0	16	0	15	0	0	3	0	14	49
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	4
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	6	9
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	4
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	2	17
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	2	12
Total	3	1	23	0	33	0	0	5	9	223	297

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

IV.4.B. CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 20/2026.

En términos acumulados hasta el 10/06/2026 el Laboratorio Nacional de Referencia recibió 1237 muestras positivas para Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 hasta la SE20/2026, de las cuales 1220 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 93% correspondió a Influenza A y el 7% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 98% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 2% al subtipo A(H1N1). En cuanto a Influenza B, en 81 de los 83 casos se pudo identificar el linaje y todos correspondieron al linaje Victoria.

En el análisis regional se verifica que todas las regiones derivaron muestras positivas de Influenza al LNR (NOA, 40%; Centro, 36%; Cuyo, 12%, Sur, 6%; y NEA, 4%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A (entre 91% y 97% de los casos según región) y dentro de Influenza A el subtipo H3N2 representó entre el 91% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B oscilaron entre 3% y 9% de los casos según la región.

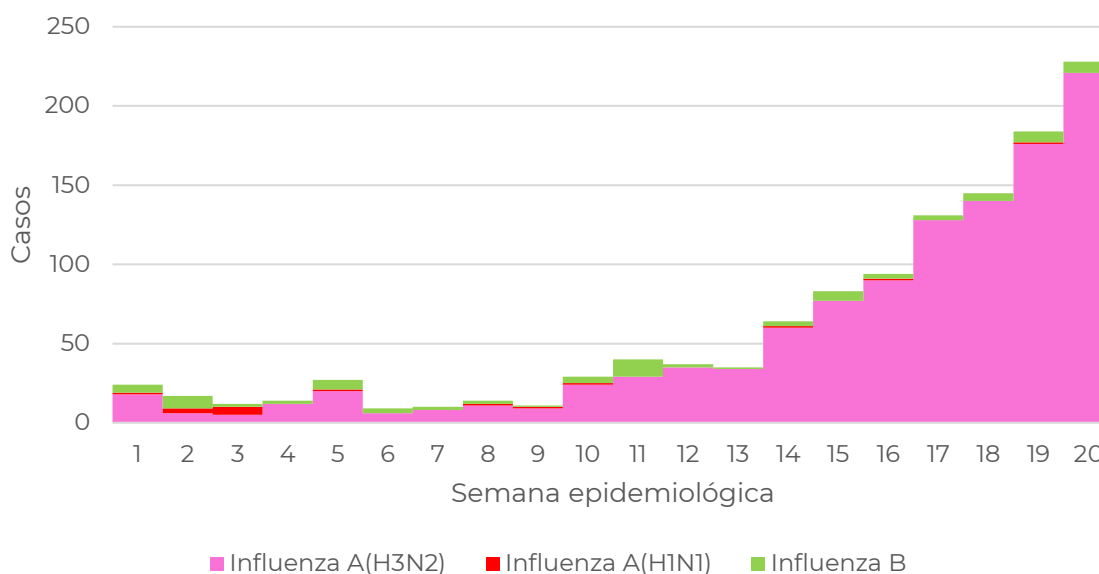
Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE20, Año 2026 (N = 1237).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B						Total	
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)			Victoria							
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.	Sin subtip.	Subclado C.3.1	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Sin esp.	Sin linaje		Influenza sp
Centro	0	79	6	321	1	7	7	2	1	3	2	19	0	6	454
Buenos Aires	0	32	5	152	0	1	3	0	1	1	1	9	0	3	208
CABA	0	32	1	95	0	4	4	0	0	0	0	3	0	1	140
Córdoba	0	3	0	23	1	1	0	2	0	2	0	2	0	1	35
Entre Ríos	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	7
Santa Fe	0	10	0	49	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	64
Cuyo	0	26	0	142	0	0	1	0	0	0	0	16	0	2	187
Mendoza	0	20	0	107	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	138
San Juan	0	3	0	34	0	0	1	0	0	0	0	4	0	2	44
San Luis	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5
NEA	1	13	0	26	1	3	0	0	0	0	0	2	0	1	47
Chaco	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	7
Corrientes	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Formosa	0	10	0	22	1	3	0	0	0	0	0	1	0	0	37
Misiones	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
NOA	1	90	3	337	0	3	5	0	2	3	0	29	2	8	483
Catamarca	0	6	0	5	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	15
Jujuy	0	11	3	110	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	127
La Rioja	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	7
Salta	1	28	0	112	0	2	3	0	2	0	0	12	1	6	167
Santiago del Estero	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	28
Tucumán	0	41	0	90	0	0	0	0	0	3	0	4	1	0	139
Sur	3	12	0	46	0	1	2	0	0	0	0	2	0	0	66
Chubut	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5
La Pampa	0	2	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Neuquén	0	6	0	17	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	26
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Tierra del Fuego	0	2	0	11	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	14
Total general	5	220	9	872	2	14	15	2	3	6	2	68	2	17	1237

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

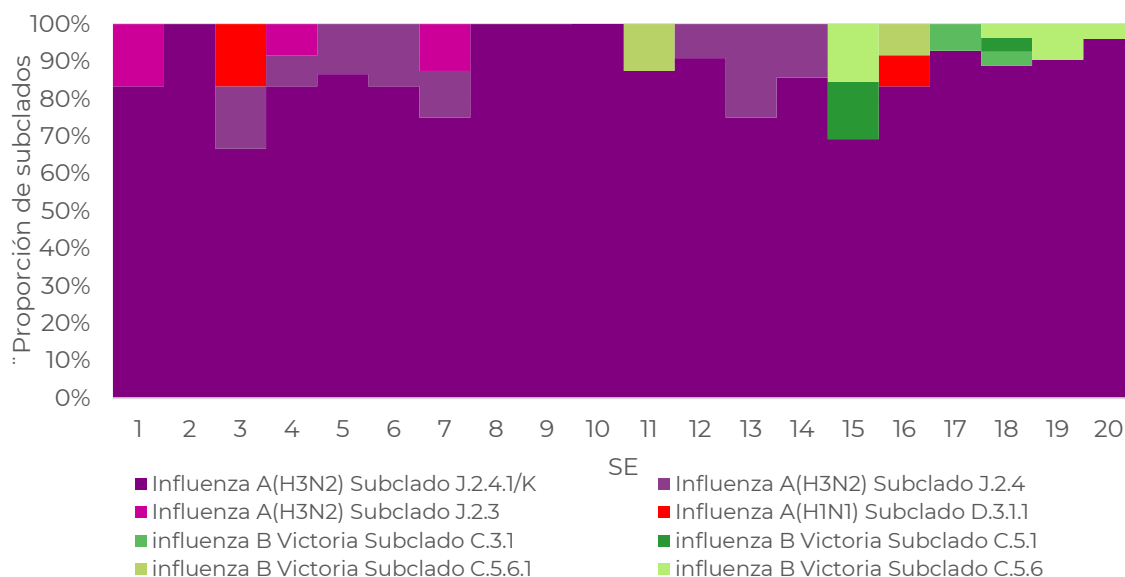
En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de Influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas analizadas, sin embargo, se observa un incremento sostenido en la magnitud de los casos recibidos en el LNR a lo largo del período: mientras que en las primeras 9 semanas el promedio fue de 16 casos semanales, entre las SE10 y SE13 fue de 36 y la SE14 a la SE20, 136 con una tendencia en ascenso sostenido desde la SE14.

En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, se detectó Influenza A(H3N2) en forma predominante en todas las semanas del año, e Influenza B se detectó también en todas las semanas del año, pero en muy baja proporción. Los casos de Influenza A(H1N1) se dieron en forma esporádica en diferentes semanas del año.

Gráfico 7. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE20, Año 2026¹²

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 251 casos de Influenza, 236 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 13 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) (94%), seguido del subclado J.2.4 (4%) y J.2.3 (2%). Los dos casos secuenciados de Influenza A(H1N1) correspondieron al subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria se identificó una heterogeneidad de subclados: C.5.6 (6), C.5.1 (3), C.3.1 (2)¹³ y C.5.6.1 (2).

Gráfico 8. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE20. Año 2026.

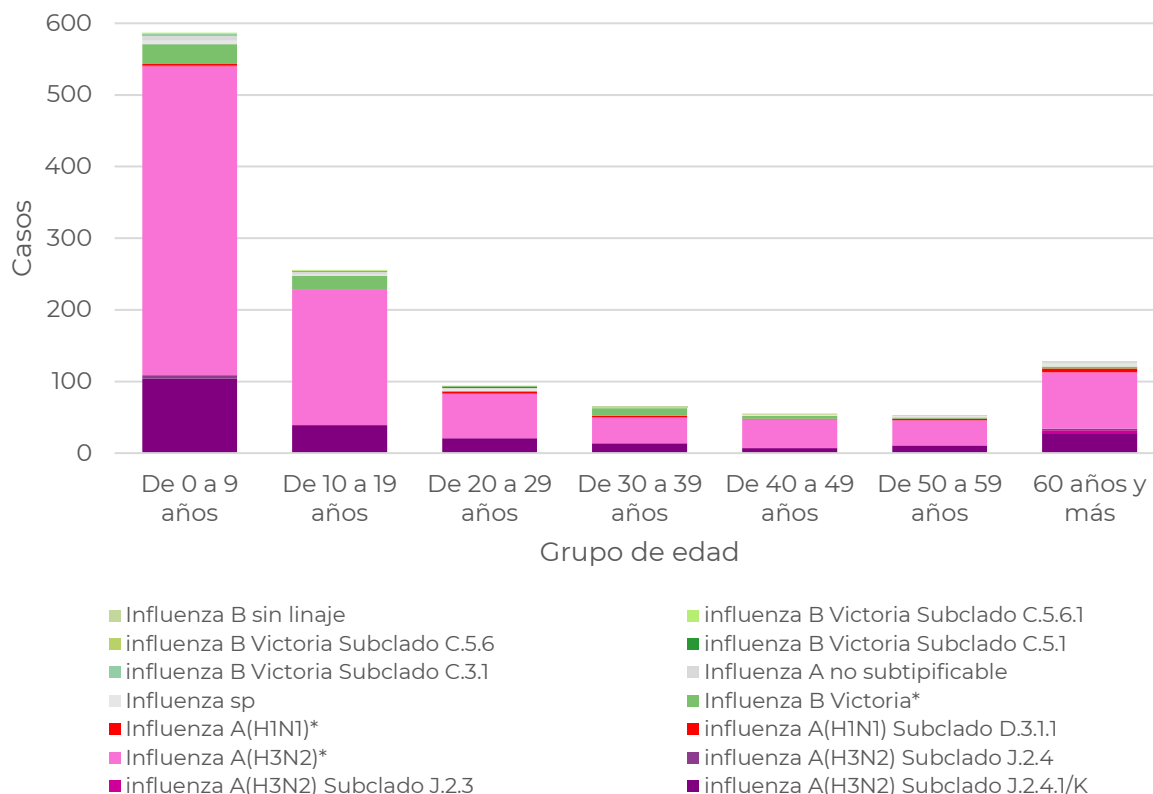
Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

¹² El gráfico toma como referencia temporal la Fecha de Toma de muestra

¹³ Hasta la SE19/2026 se realizó la caracterización genómica de 2 casos de Influenza B Victoria subclado C3.1, actualizando lo informado en el BEN N°810

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 47% de los casos; dentro de este grupo, el 30% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (21%) y 60 años y más (10%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2), específicamente el subclado J.2.4.1/(K). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 69% en los menores de 20 años.

Gráfico 9. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE20, Año 2026.

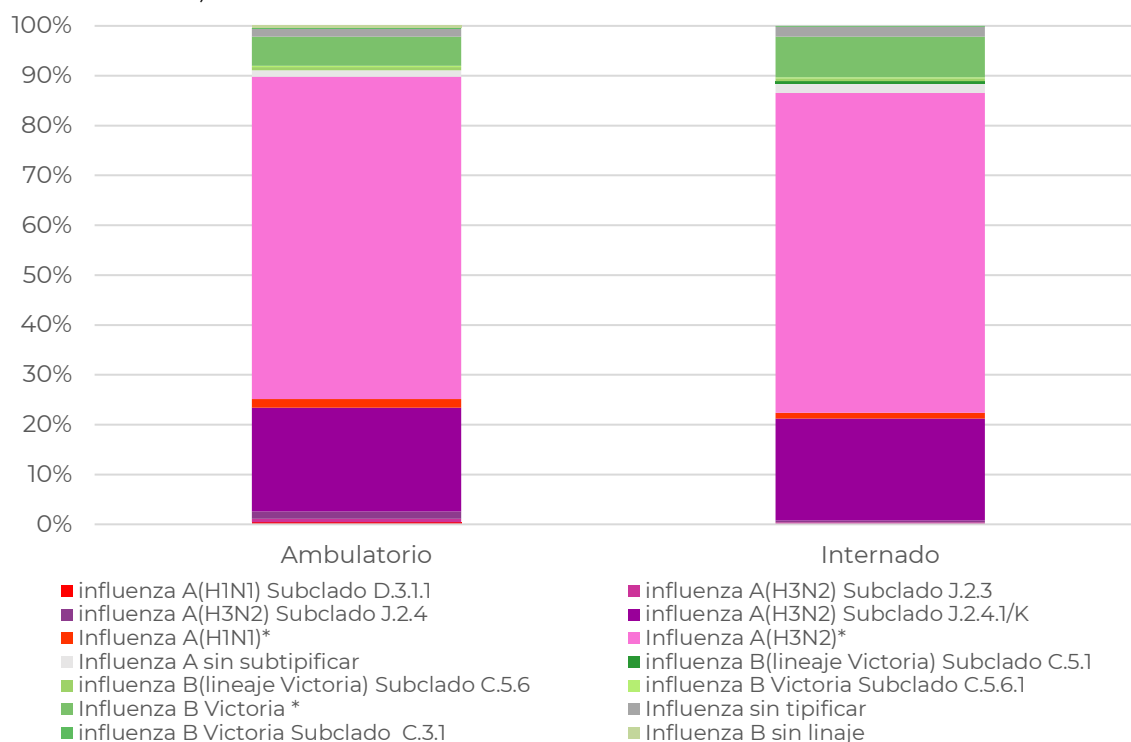


*sin subclado asignado

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, se observó un predominio de Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios (91%) como internados (89%). En ambos grupos, el subclado predominante fue Influenza A(H3N2) J.2.4.1/(K).

Entre los pacientes ambulatorios, se registró una proporción del 6% de Influenza B Victoria mientras que en internados representó el 7% de los casos que llegaron al LNR. En muy baja proporción se registraron también casos de Influenza A(H1N1) tanto entre pacientes ambulatorios como internados.

Gráfico 4. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE19, Año 2026.

*sin subclado asignado

Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

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

IV.5.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto de aumento de casos de influenza, con predominio de detección en el país de casos de influenza A(H3N2) y particularmente del 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.6. 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_preencion_y_control_ira-2024.pdf.

IV.7. 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.8. 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 ANTIGRIPAL. 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.9. 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.^{14,15} 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

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

tardíamente en casos graves o progresivos.^{16,17} En Argentina, durante el año 2024, el 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹⁸ y el ARBO-portal¹⁹ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 11/06/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 22 de 2026 se notificaron 926.349 casos de dengue, de los cuales 221.833 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 83% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 177 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 86.970 casos. De ellos, 32.691 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 62% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 35 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 21, se registraron 6.194 casos, de los cuales 323 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 74%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 15/2026 se confirmaron 10 casos por laboratorio, en comparación con los 9.477 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 19/2026, se han reportado un total de 49.152 casos de dengue, de los cuales 517 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 53% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 39.501 casos, de los cuales 10.628 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una cantidad de casos 15 veces superior a la registrada para la misma semana epidemiológica de 2025, con 7 fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.395 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 20/2026 se registraron un total de 8.208 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 211 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 81% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 15 casos confirmados por laboratorio, un valor similar al registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 21/2026 se reportaron un total de 25.529 casos de dengue, de los cuales 18.826 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 37% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 28 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 20/2026 se notificaron 6 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la misma semana se notificaron 11 casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: <https://www.paho.org/en/arbo-portal>

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

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 Bolivia²⁰.

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, en Perú y Paraguay 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.

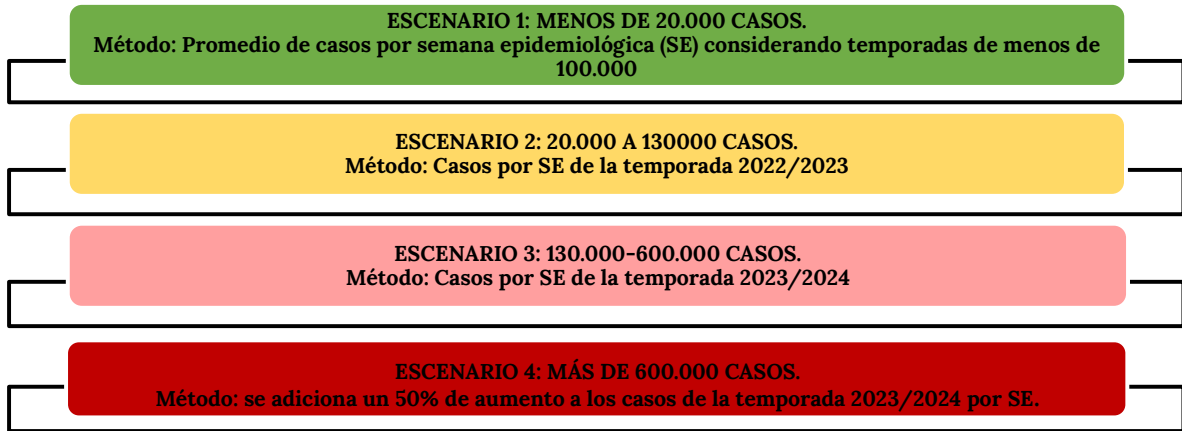
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la 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

²⁰ 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>

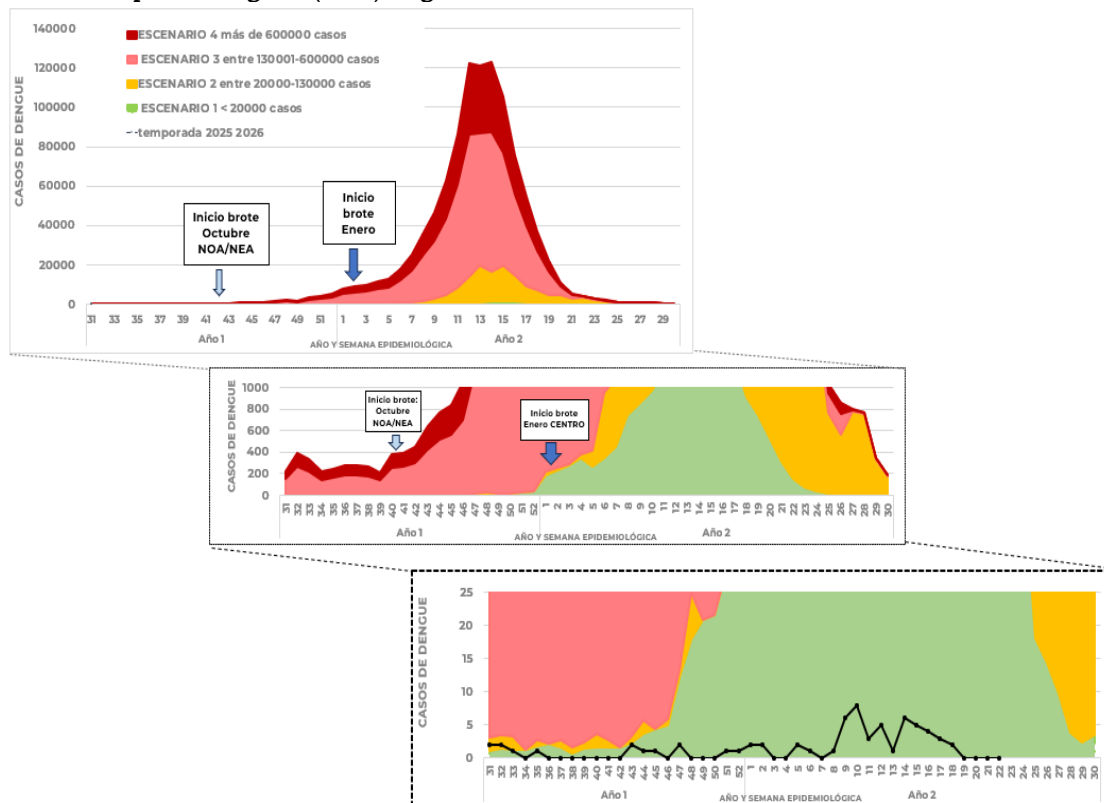
dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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=65). 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 mínima²¹, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **26.724** casos sospechosos de dengue, de los cuales **65** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **57%** 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 22/2026 se notificaron **340** casos sospechosos sin casos confirmados. 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.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE22/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	10	61	6	10	DENV-1, 2	1413	382	1882	16
CABA	21	25	9	3	DENV-1, 2, 3	459	188	705	30
Córdoba	2	35	2	0	DENV-2	2663	132	2834	4
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	326	8	343	4
Santa Fe	0	27	2	2	DENV-3	1258	69	1358	2
Total Centro	33	152	23	16		6119	779	7122	56
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	138	3	144	2
San Juan	0	0	0	0		42	0	42	0
San Luis	0	0	0	0		83	18	101	0
Total Cuyo	0	0	2	1		263	21	287	2
Chaco	0	9	0	0		991	7	1007	0
Corrientes	0	1	0	0	DENV-1	154	40	195	0
Formosa	2	3	1	0	DENV-2	5180	40	5226	3
Misiones	0	4	1	0		845	1	851	1
Total NEA	2	17	2	0		7170	88	7279	4
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	475	4	486	1
Jujuy	1	1	1	0	DENV-3	1407	40	1450	2
La Rioja	0	6	0	0		256	2	264	0
Salta	0	33	0	0		3178	1104	4315	0
S. del Estero	0	8	0	0		296	569	873	0
Tucumán	0	117	0	1		4237	95	4450	0
Total NOA	2	171	1	1		9849	1814	11838	3
Chubut	0	0	0	0		16	2	18	0
La Pampa	0	0	0	1		87	9	97	0
Neuquén	0	0	0	0		27	3	30	0
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		31	3	34	0
T. del Fuego	0	0	0	0		15	0	15	0
Total Sur	0	0	0	1		180	17	198	0
Total País	37	340	28	19	DENV-1,2,3	23581	2719	26724	65

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).

²¹Fecha 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).

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

- **Tres** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás y un caso en el departamento Patiño. Durante la **SE15** se notificó un nuevo caso con antecedente de viaje a Paraguay y cuyo serotipo detectado fue **DENV-2**.
- **Dieciséis** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: diez sin antecedente de viaje en **Tres de Febrero**, José C. Paz, San Isidro, Cañuelas, Morón, La Matanza, San Nicolas; seis con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- **Treinta** casos notificados en **CABA**: Veintiún casos sin antecedente de viaje, registrándose un clúster en la Comuna 10 (Villa Real) entre la SE9-SE17. El resto de los casos tienen residencia en comuna 7, 9 y 1. Además, se notificaron nueve casos con antecedente de viaje a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3) y Venezuela.
- **Cuatro** casos notificados por **Córdoba**: dos casos con antecedente de viaje a México y tres casos sin antecedente de viaje en Córdoba Capital, San Justo y Colón.
- **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).
- **Dos** casos notificados por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (DENV-3) y Brasil y Maldivas.
- **Dos** casos notificados por **Santa Fe** con antecedente de viaje a Maldivas (DENV-3), del departamento de San Cristóbal.
- **Dos** casos notificados por **Jujuy**: uno con antecedente de viaje a Bolivia y otro (SE19) sin antecedente de viaje aún en investigación, ambos en departamento El Carmen (Perico). En ambos se detectó **DENV-3**.
- **Un** caso notificado por **Misiones** con antecedente de viaje a República Dominicana.

V.3.C. 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.

V.3.D. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE DENGUE

La mediana de edad fue de 39 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. El 58% de los casos notificados corresponde al sexo legal femenino.

De los 65 casos confirmados de dengue, todos cuentan con información completa con respecto a la evolución clínica. Doce casos (18%) requirieron hospitalización, sin necesidad de ingreso a cuidados intensivos; uno de ellos fue clasificado como dengue con signos de alarma (B2) en la SE 16. Se trató de un caso de 50 años, con residencia en Villa Real (CABA), confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2, permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego fue dado de alta.

En el 63% de los casos que requirieron internación (n=7) se determinó el serotipo DENV-2. No se han notificado casos graves ni fallecimientos.

V.3.E. 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 métodos 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 **12.597** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2694** 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.

Si se compara la SE22 con la SE 21, se notificaron 52 casos de Fiebre Chikungunya de los cuales **15** casos corresponden a la SE22 por fecha mínima²². Es importante destacar que estos

²²Fecha 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).

eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

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 SE22/2026. Argentina.

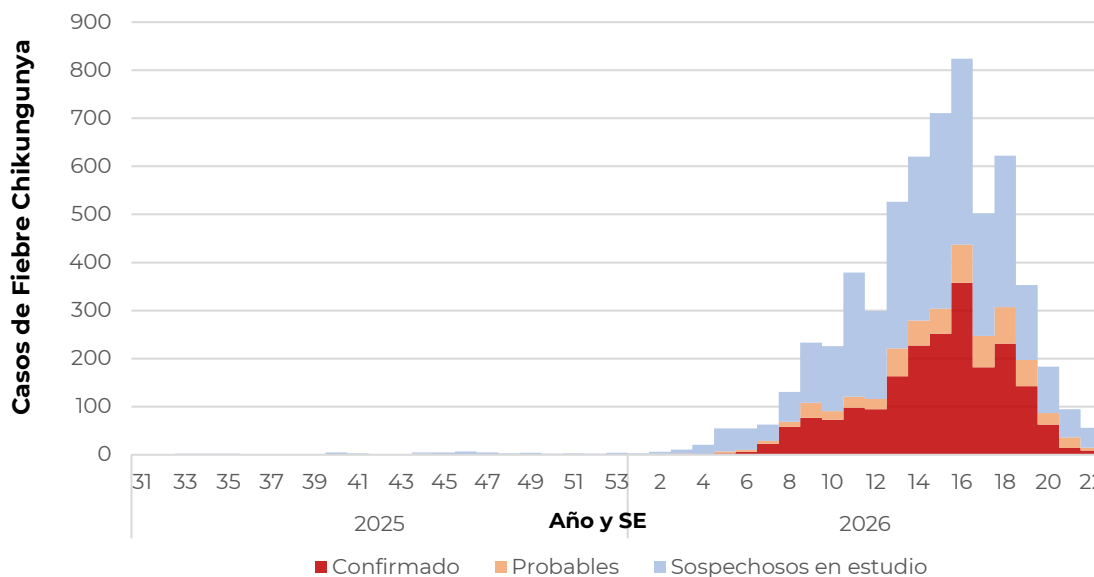
Jurisdicción	Sin ant. de viaje		Con ant. de viaje		Con laboratorio negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	12	23	6	6	142	17	16	222	47
CABA	5	1	4	3	15	9	6	43	13
Córdoba	27	5	2	2	1883	7	14	1940	36
Entre Ríos	5	0	0	0	35	4	4	48	5
Santa Fe	0	0	0	1	287	5	2	295	1
Total Centro	49	29	12	12	2362	42	42	2548	102
Mendoza	0	0	0	0	25	0	1	26	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	16	0	0	18	2
Total Cuyo	0	0	2	0	43	0	1	46	2
Chaco	0	2	0	0	220	0	0	222	2
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	174	0	1	175	0
Misiones	0	0	0	0	60	1	0	61	0
Total NEA	0	2	0	0	456	1	2	461	2
Catamarca	13	11	0	0	220	0	32	276	24
Jujuy	120	76	4	1	840	116	4	1161	201
La Rioja	0	0	0	0	74	0	1	75	0
Salta	1016	310	112	15	387	1477	747	4064	1453
S. del Estero	186	45	0	0	122	145	11	509	231
Tucumán	569	109	0	0	178	80	2501	3437	678
Total NOA	1904	551	116	16	1821	1818	3296	9522	2587
Chubut	0	0	0	0	2	0	0	2	0
La Pampa	0	0	0	0	4	0	0	4	0
Neuquén	0	0	0	1	0	2	1	4	1
Río Negro	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	0	1	5	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Total Sur	0	0	0	1	12	2	5	20	1
Total País	1953	582	130	29	4694	1863	3346	12597	2694

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

Durante la temporada se observó una aceleración sostenida de los casos de Fiebre Chikungunya hasta la SE16, tanto a expensas del aumento de confirmados como de probables lo que evidenció un escenario de intensificación de la transmisión junto con una mayor detección. Luego del pico de casos en la SE16 (N=437), se observa un descenso progresivo y

sostenido, tanto de casos confirmados como probables y en estudio. Se observan además leves fluctuaciones que pueden explicarse por retrasos en la notificación al SNVS 2.0. (**Ver gráfico 3**).

Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima²³. SE31/2025 a SE22/2026. Argentina.

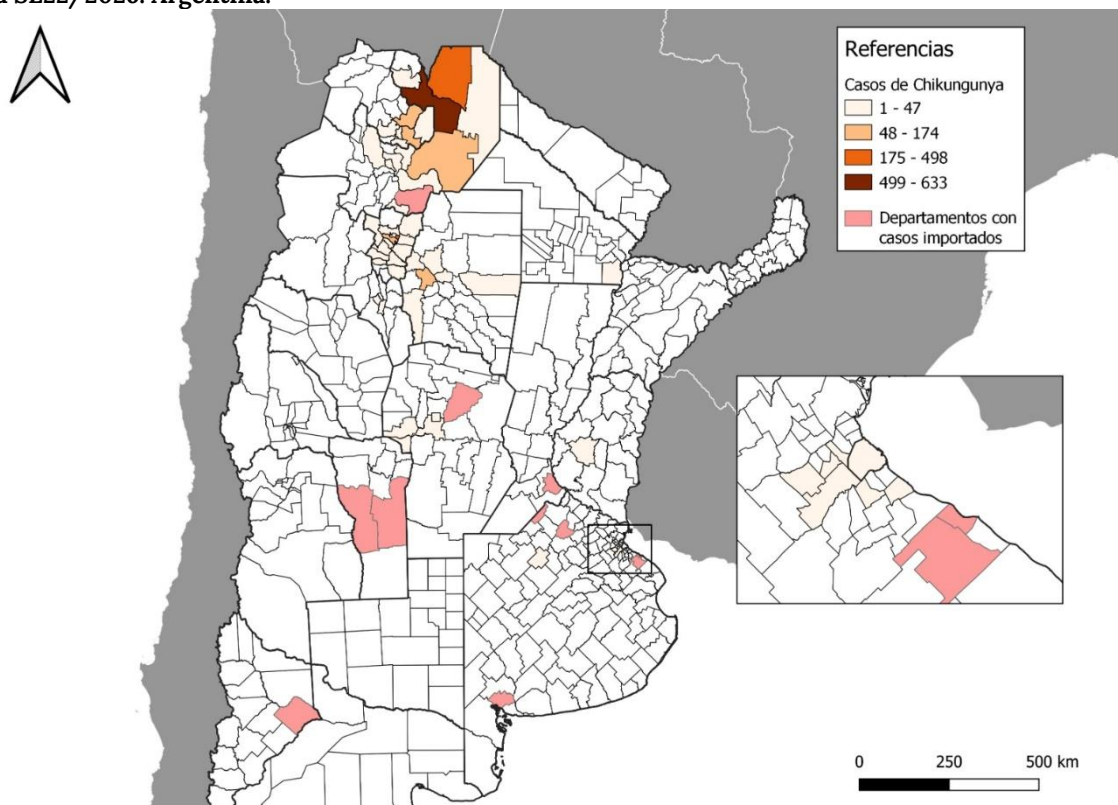


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=2587; 96% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, se registraron brotes en otras jurisdicciones como Catamarca (Capital), Santiago del Estero (Capital) y Buenos Aires (Lomas de Zamora, Merlo, Quilmes) junto con la detección de casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa 1**), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

²³Fecha 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 SE22/2026. 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 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 **25 a 34 años** y de 35 a 44 años. El 55% 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, 1686 cuentan con información sobre requerimiento de internación (sí/no), de los cuales el 10% (n=168) requirió hospitalización.

Asimismo, se notificaron cinco casos graves de Fiebre Chikungunya, incluidos dos fallecidos.

Uno de los casos graves correspondió a una mujer de 33 años, residente en Salta Capital, que presentó encefalitis asociada a infección por CHIKV con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Evolucionó favorablemente y fue externada sin secuelas. Otro caso grave correspondió a una lactante de 4 meses, residente del departamento Choya, Santiago del Estero, que cursó un cuadro de fiebre y exantema maculopapular pruriginoso, con posterior deterioro clínico y requerimiento de cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica; evolucionó favorablemente y se encuentra de alta médica sin secuelas. Durante el SE19, se notificó un caso grave confirmado de CHIKV en un paciente de 81 años, residente en San Miguel de Tucumán, con antecedentes de hipertensión arterial, que presentó fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y oligoanuria, requiriendo internación. El diagnóstico se confirmó mediante RT-PCR positiva para CHIKV.

Respecto de los fallecidos, uno correspondió a un adulto de 68 años, residente en Embarcación, Salta, con inicio de síntomas el 27 de marzo, que evolucionó con fiebre, cefalea, náuseas, diarrea, mialgias y artralgias intensas, presentando posteriormente compromiso respiratorio asociado a neumonía por *Streptococcus pneumoniae*. Falleció el 4 de abril en un establecimiento de mayor complejidad de San Ramón de la Nueva Orán.

El segundo fallecido correspondió a un paciente masculino de 34 años, residente en Aguaray, departamento General José de San Martín, Salta, con antecedente de diabetes descompensada, que inició síntomas el 29 de abril con fiebre, artralgias, mialgias, cefalea y exantema maculopapular pruriginoso. Requirió internación y posterior ingreso a cuidados intensivos, evolucionando con shock séptico e insuficiencia respiratoria, y falleciendo el 10 de mayo. Los estudios de laboratorio evidenciaron IgM positiva para CHIKV.

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.

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **470** 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 **seis** casos de Encefalitis de San Luis: 5 en Provincia de Buenos Aires y 1 en Entre Ríos.

Confirmados y probables Flavivirus sin especificar

Para el mismo período, se notificaron **15** 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.

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.

Los casos corresponden a las jurisdicciones: **Buenos Aires**, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Jujuy.

Casos de Encefalitis en Provincia de Buenos Aires

Durante la SE19, se confirmaron 2 nuevos casos de Encefalitis de San Luis, que previamente habían sido notificados como *confirmados flavivirus sin especificar* y, luego de las determinaciones finales, se confirmó el diagnóstico.

En total, hay 5 casos confirmados de Encefalitis de San Luis y 7 casos confirmados/3 probables flavivirus sin especificar. Los **14** casos residen en: **Tres de Febrero, La Plata, Florencio Varela, Lobos, Cañuelas, Brandsen, Bragado, Arrecifes, 25 de mayo y Ezeiza**²⁴. Los casos iniciaron con síntomas entre SE3 y SE15 (fines de enero y principio de abril). La mediana de edad de 16 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. Seis casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha. Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final.

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **123** 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.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE21/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE22/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Estudiados	Confirmado	Estudiados	Probable	Confirmado
Buenos Aires	5	50	1	40	3	7
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	338	0	6	1	1
Entre Ríos	1	16	0	5	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	6	433	1	71	6	8
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	9	0	34	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	7	0	3	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0
Total NOA	0	20	0	41	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	6	470	1	123	7	8

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.B. 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 SE22/2026).

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 SE22/2026. Argentina.

Evento Jurisdicción	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	99	0	48	0	16
CABA	0	12	0	6	0	0
Córdoba	0	103	0	64	0	1
Entre Ríos	0	9	0	3	0	2
Santa Fe	0	174	0	40	0	10
Total Centro	0	397	0	161	0	29
Mendoza	0	27	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	5	0	10	0	0
Total Cuyo	0	32	0	14	0	0
Chaco	0	101	0	162	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	31	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	49	0	8
Total NEA	0	136	0	249	0	10
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	35	0	133	0	0
La Rioja	0	10	0	49	0	9
Salta	0	273	0	985	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	226	0	1
Tucumán	0	235	0	24	0	89
Total NOA	0	561	0	1417	0	99
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	3	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	0	6	0	1	0	0
Total País	0	1132	0	1842	0	138

*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 **1132** 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 **1842** 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 **138** 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.

ACTUALIZACIONES **PERIODICAS**

VI. Hantavirosis – Actualización informe epidemiológico

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 distribución de los reservorios, junto con la creciente interacción humana con ambientes silvestres, la destrucción del hábitat, el establecimiento de pequeñas urbanizaciones en zonas rurales y los efectos del cambio climático, contribuye a la aparición de casos fuera de las zonas históricamente endémicas.

Además, la posibilidad de transmisión interhumana –particularmente asociada al virus Andes– refuerza la necesidad de una vigilancia epidemiológica robusta y sensible. El Manual de Normas de Eventos de Notificación Obligatoria define los criterios para sospechar 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 actualizadas²⁵ 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.

Entre las ediciones N° 788 y N° 803 se priorizó la presentación semanal de este evento, en función de su patrón estacional y de los cambios observados en su comportamiento epidemiológico. Dado que la mayor proporción de casos se registra durante el verano, esta decisión tuvo como objetivo comunicar oportunamente su incidencia y principales características, así como sensibilizar a los actores involucrados en la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la notificación, la prevención y el control de la patología. En adelante, la actualización de la información se realizará en forma periódica, ajustándose a la evolución de la situación epidemiológica y a la necesidad de comunicación oportuna.

²⁵ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

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

VI.2. Situación epidemiológica nacional

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirus”. 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 2025²⁶, 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.

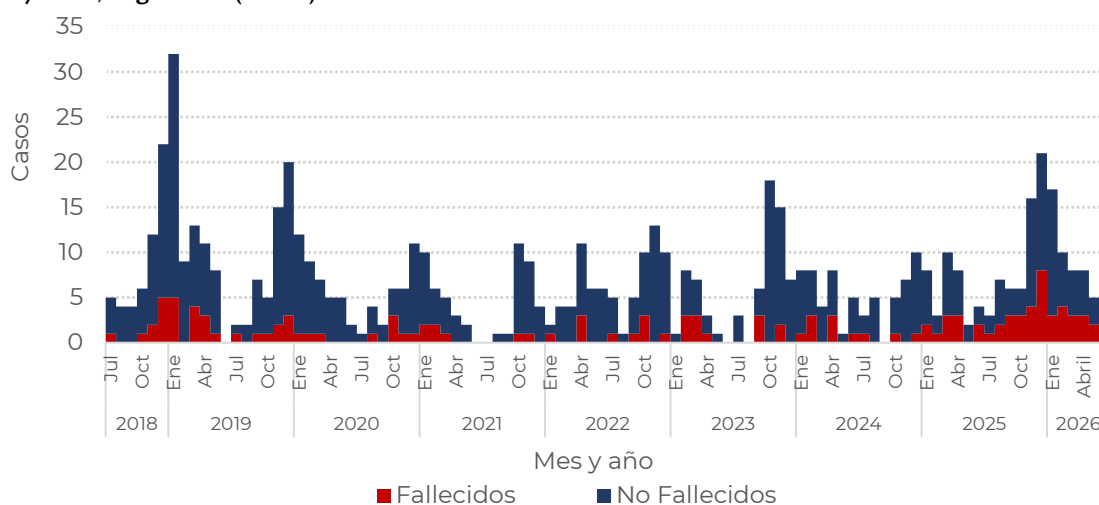
VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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 SE 22/2026. 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).

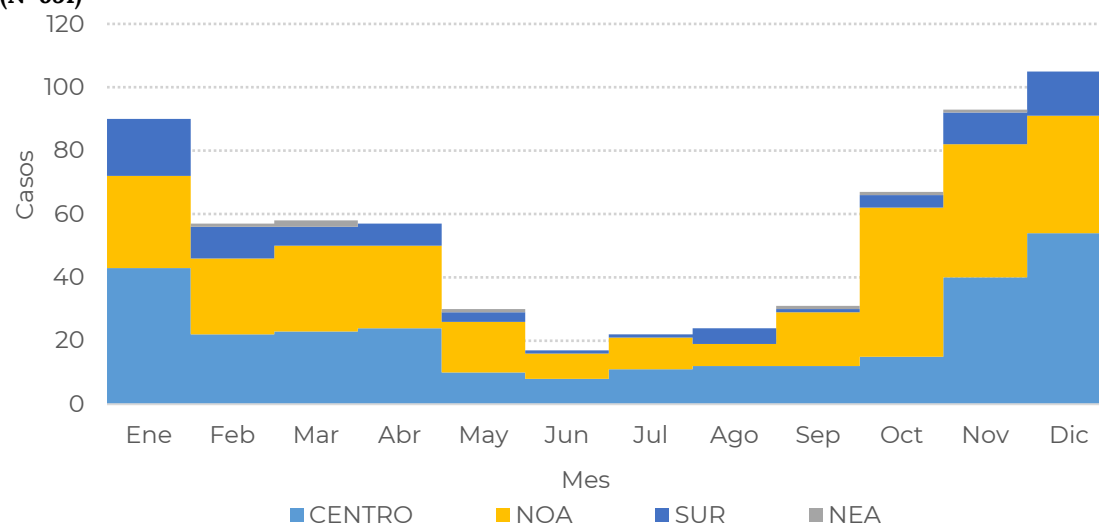
²⁶ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

Gráfico 1. Hantavirus: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE 27/2018 a SE 22/2026, Argentina. (N=651)

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

En el presente análisis, desde la SE 21 —publicada en el BEN N° 811— se identificó 1 caso nuevo de Hantavirus, perteneciente a la localidad de El Galpón, provincia de Salta. La totalidad de casos confirmados durante el 2026 asciende a 48.

En el período analizado se acumularon 651 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 (n=21) y enero (n=17) presentaron 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 35% del total.

Gráfico 2. Hantavirus: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 22/2026, Argentina. (N=651)

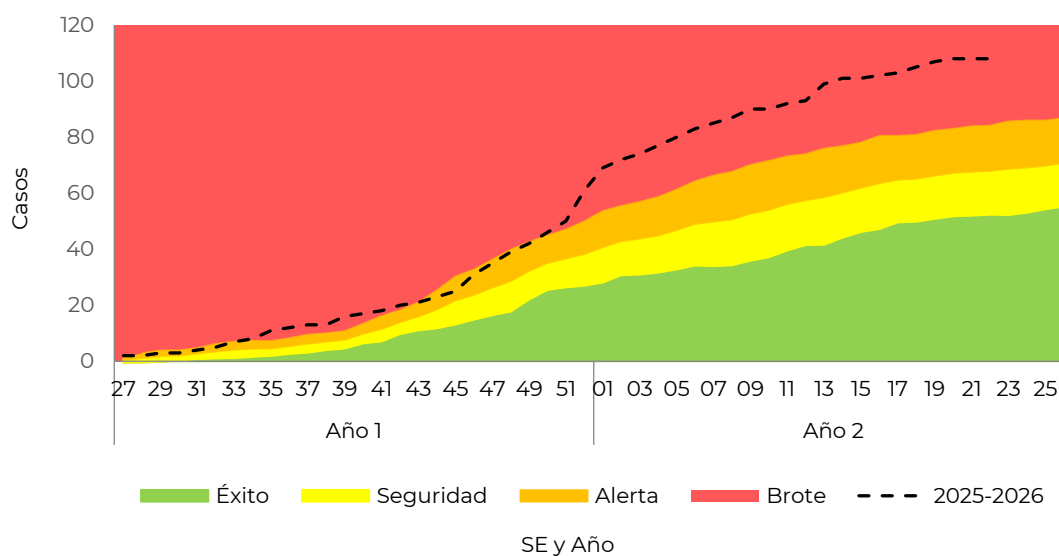
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Este patrón estacional se observa en las tres 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 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. Hantavirus: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 22/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Argentina. (N=108)



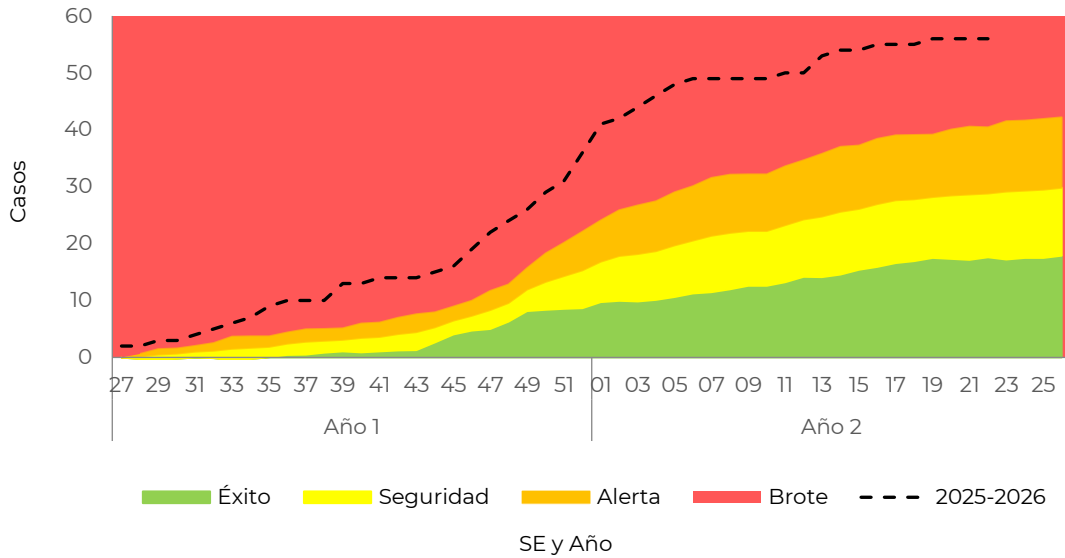
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

**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.*

A nivel nacional, la temporada 2025-2026 muestra una cantidad de casos que se ubica, durante casi todo el período analizado, por encima del umbral de brote, con un incremento sostenido de los casos acumulados a lo largo de la temporada.

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 22/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=56)

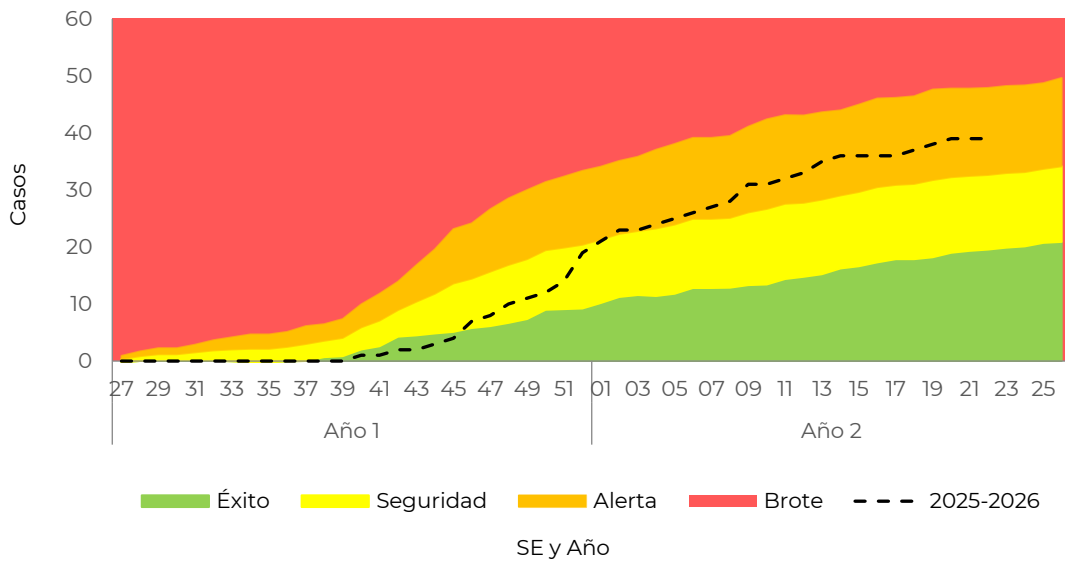


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En la región Centro, los casos acumulados de la temporada 2025-2026 se mantuvieron durante todo el período por encima del umbral de brote. El principal incremento se concentró entre las SE 45 de 2025 y la SE 05 de 2026, seguido de una meseta (sin casos entre las SE 07 y 10 de 2026 y un aumento leve hacia las SE 13-22. Los casos se notificaron en Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe.

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 22/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=39)

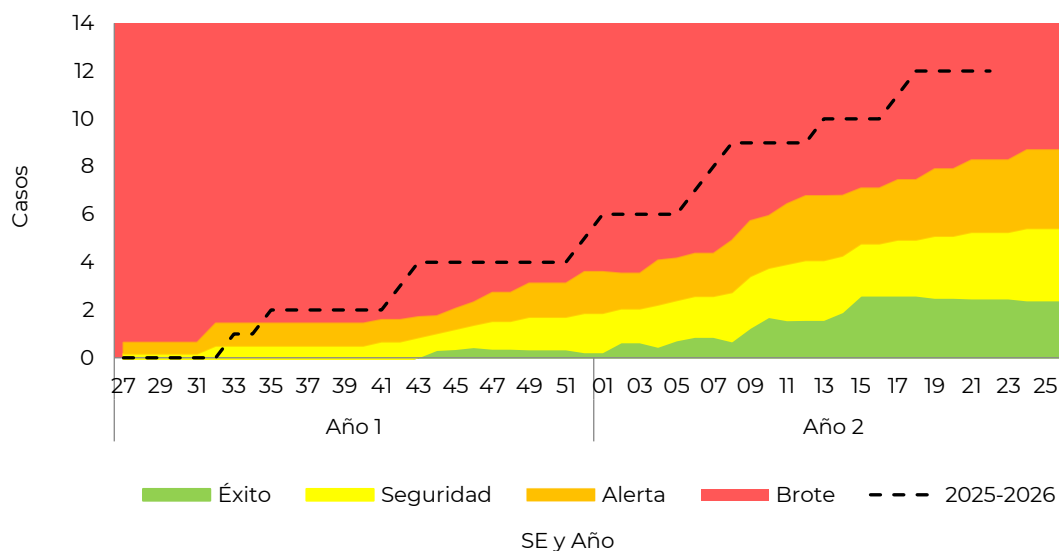


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En el NOA, la curva acumulada de la temporada 2025-2026 se mantuvo sin casos hasta la SE 39 de 2025, dentro del umbral de éxito. Luego presentó un ascenso inicial entre las SE 41 y 45, ingresando al área de seguridad, seguido de un incremento más marcado entre la SE 45 de 2025 y la SE 01 de 2026. Desde entonces, la curva presenta un aumento continuo, ubicada en zona de alerta, sin alcanzar el umbral de brote. Los casos se concentraron exclusivamente en Salta y Jujuy.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirus: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 22/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=12)



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

En la región Sur, con casos registrados en Chubut, Neuquén y Río Negro, la curva acumulada de la temporada 2025-2026 supera el umbral de brote desde la SE 35 de 2025. El aumento se observa de forma escalonada, patrón que debe interpretarse considerando la baja cantidad de casos registrados, con nuevos incrementos hacia comienzos de 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 21 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE27 a SE22). (N=509)

Temporada	2019-2020 (hasta SE22)		2020-2021 (hasta SE22)		2021-2022 (hasta SE22)		2022-2023 (hasta SE22)		2023-2024 (hasta SE22)		2024-2025 (hasta SE22)		2025-2026 (hasta SE22)	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	27	0,15	16	0,09	15	0,08	14	0,08	9	0,05	21	0,11	44	0,24
Entre Ríos	3	0,22	4	0,29	3	0,21	3	0,21	2	0,14	6	0,42	5	0,34
Santa Fe	14	0,40	6	0,17	5	0,14	6	0,17	6	0,17	10	0,27	7	0,19
Centro	44	0,15	26	0,09	23	0,08	23	0,08	17	0,06	37	0,12	56	0,18
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	13	1,70	8	1,03	11	1,40	9	1,14	12	1,50	5	0,62	7	0,86
Salta	27	1,91	14	0,98	14	0,97	24	1,63	38	2,56	12	0,80	32	2,11
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	1	0,06	0	0,00
NOA	40	0,71	22	0,39	27	0,47	35	0,60	53	0,90	18	0,30	39	0,65
Chubut	0	0,00	5	0,80	3	0,47	3	0,47	1	0,15	0	0,00	5	0,74
Neuquén	1	0,15	1	0,15	0	0,00	1	0,15	3	0,43	1	0,14	1	0,14
Río Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	2	0,26	4	0,51	3	0,38	6	0,75
Sur	2	0,07	8	0,27	3	0,10	6	0,20	8	0,26	4	0,13	12	0,38
Total País	89	0,20	56	0,12	53	0,12	64	0,14	78	0,17	61	0,13	108	0,23

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

En la temporada 2025-2026 hasta la SE 22 se notificaron un total de 108 casos de hantavirosis localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (44 casos), Salta (32), Santa Fe (7), Jujuy (7), Río Negro (6), Entre Ríos (5) y Chubut (5).

En la temporada actual se observa la incidencia nacional más alta del período analizado en comparación con las temporadas previas, con una tasa de 0,23 casos por 100.000 habitantes.

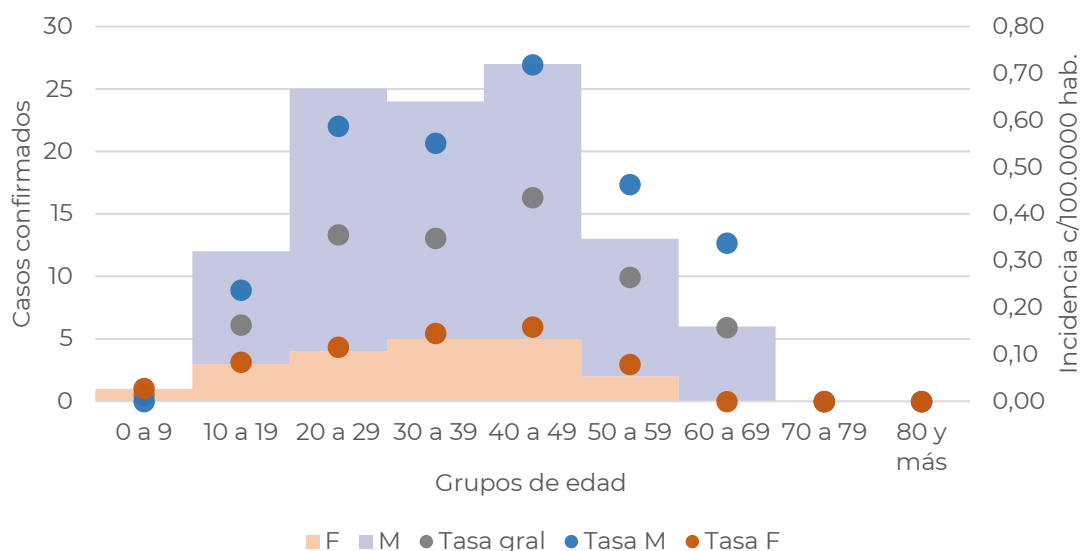
A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,65 casos por 100.000 habitantes), donde se notificaron 39 casos confirmados. El 82% de los casos de la región se concentraron en Salta. Esta presenta la incidencia más elevada del país, con 2,11 casos por 100.000 habitantes, aunque aún por debajo del valor máximo registrado en la provincia durante la temporada 2023-2024, de 2,56 casos por 100.000 habitantes. Asimismo, Río Negro y Buenos Aires alcanzan en la temporada actual sus valores máximos del período, con incidencias de 0,75 y 0,24 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En el BEN 799 SE9²⁷, 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.

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. Hantavirus: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE 22/2026. (N=108)



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

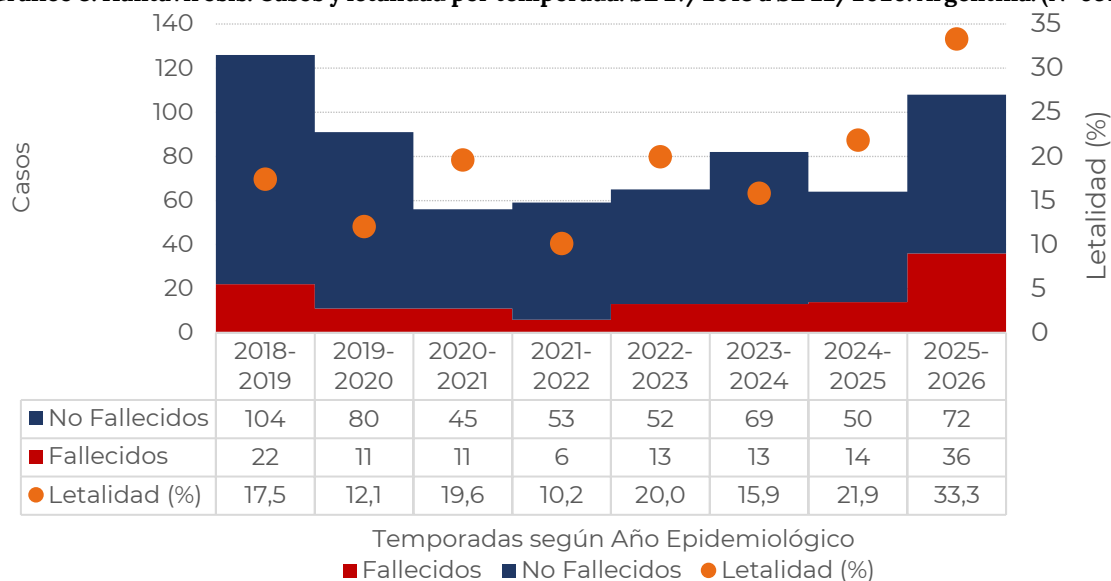
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados en la temporada en curso es de 36 años, concentrándose el 70% (76) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (88) 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

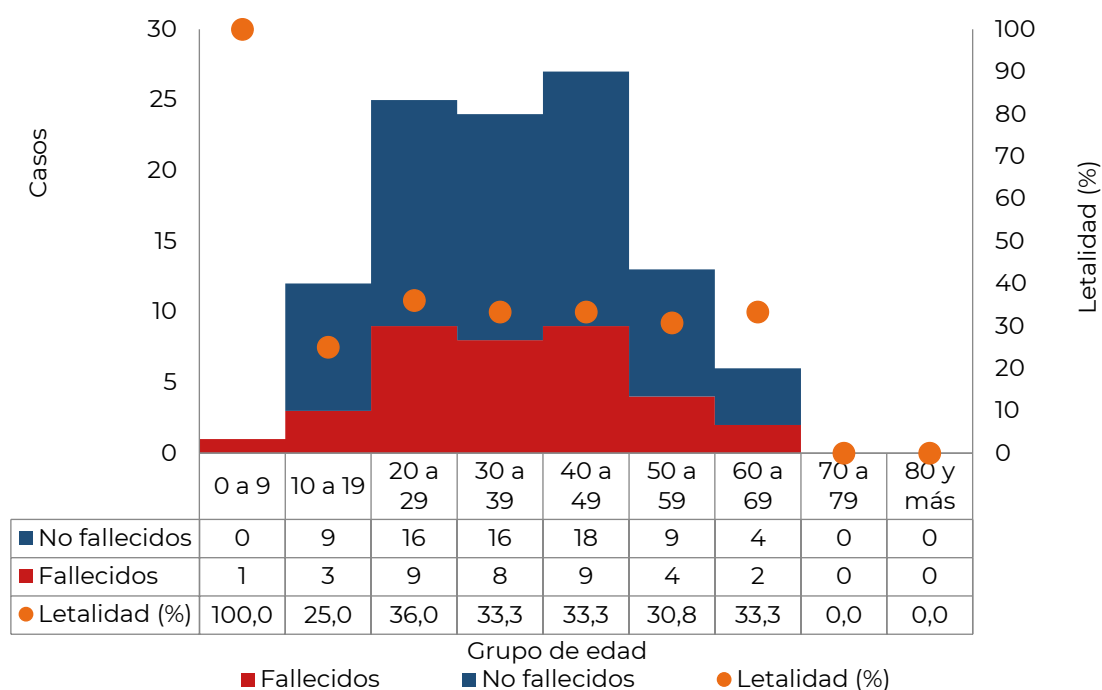
Para dar cuenta de la letalidad y cantidad de fallecidos por temporada desde la SE 27 del año 2018, se presenta el siguiente gráfico.

²⁷ Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°799, SE 9.

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 22/2026. Argentina. (N=651)

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 SE22/2026 se notificaron 36 casos fallecidos, con una letalidad del 33,3%, 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 22/2026. Argentina. (N=108)

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, los grupos con mayor letalidad corresponden a los de 20 a 29 (36%), 30 a 39 (33,3%), 40 a 49 (33,3%) y 60 a 69 (33,3%). A partir de los 70 años no se notificaron casos confirmados.

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 22). (N=101)

Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE22)		2020 -2021 (SE27 a SE22)		2021 - 2022 (SE27 a SE22)		2022 - 2023 (SE27 a SE22)		2023 - 2024 (SE27 a SE22)		2024 - 2025 (SE27 a SE22)		2025 - 2026 (SE27 a SE22)	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	1	0,06	4	0,22	2	0,11	3	0,16	18	0,98
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,39	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	2	0,07	6	0,20	5	0,17	6	0,20	20	0,65
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	1	0,69	4	2,72	4	2,69	2	1,33	12	7,90
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	2	0,35	4	0,69	4	0,68	3	0,50	12	1,99
Chubut	0	0,00	2	3,20	2	3,15	1	1,55	1	1,53	0	0,00	1	1,48
Neuquén	0	0,00	1	1,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,43	1	1,41
Río Negro	0	0,00	1	1,33	0	0,00	2	2,59	2	2,56	2	2,53	2	2,51
Sur	0	0,00	4	1,36	2	0,67	3	0,99	3	0,97	3	0,96	4	1,26
Total País	10	0,22	11	0,24	6	0,13	13	0,28	12	0,26	12	0,25	36	0,76

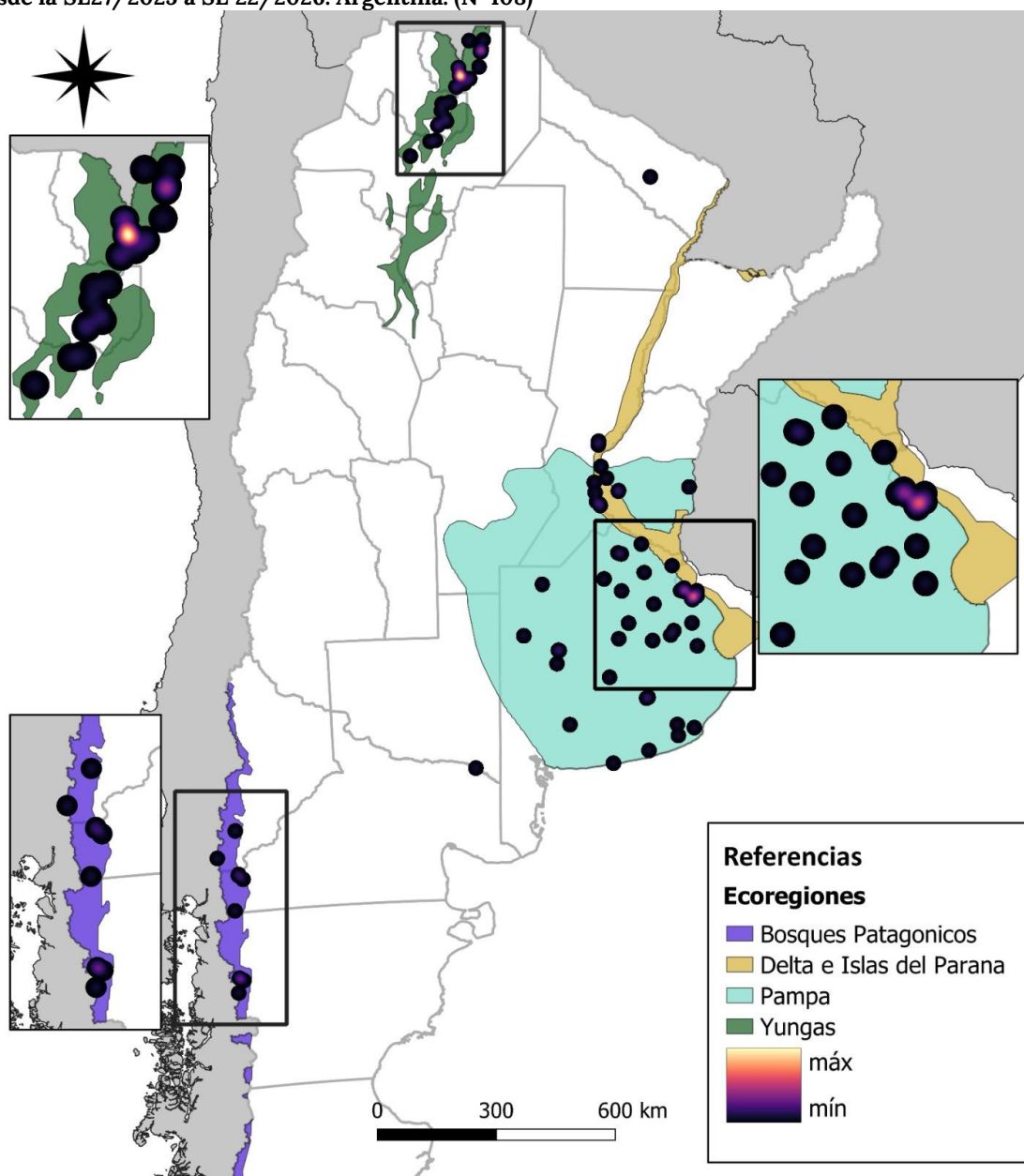
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Nota: Se muestran sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (0,76 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) es 3 veces mayor respecto a la temporada anterior hasta la SE 22 (0,25 casos fallecidos por 1.000.000 hab.) y la más alta de todo el periodo analizado con un total de 36 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,99 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). La totalidad de los fallecimientos observados en la región (12 casos) corresponden a la provincia de Salta que, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las jurisdicciones (7,90 casos fallecidos por 1.000.000 hab.). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 18 (0,98 casos fallecidos por 1.000.000 hab.), representando el 50% del total de fallecidos de la temporada en curso.

La densidad de los casos, en relación a la ecorregión que la representa se visualiza en el Mapa 1. En la edición del BEN 802, se desarrolló la distribución espacial de la letalidad en el país.

Mapa 1. Hantavirosis: Distribución espacial de casos e intensidad de incidencia según ecoregiones desde la SE27/2025 a SE 22/2026. Argentina. (N=108)



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

En la presente temporada se notificó un caso residente en Río Colorado (Río Negro), localidad ubicada fuera de las áreas históricamente endémicas para hantavirus. En este contexto, se realizaron investigaciones ambientales en dicha localidad, extendidas a la vecina La Adela (La Pampa), con participación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INEI-ANLIS y equipos de ambas provincias. Se identificaron cuatro sectores potenciales de exposición, en los cuales se efectuó trampeo mediante trampas Sherman de captura viva. El éxito de captura fue bajo, lo que sugiere una baja abundancia de roedores en el área al momento del muestreo. Asimismo, no se capturaron especies reconocidas como reservorios de hantavirus patogénicos y los ejemplares obtenidos resultaron serológicamente negativos. No obstante, existen antecedentes bibliográficos que documentan la presencia de roedores reservorios en la zona. En función de estos hallazgos, se recomendó a las jurisdicciones la implementación de un monitoreo ambiental periódico, con el objetivo de evaluar la

composición de las poblaciones de roedores en períodos de mayor abundancia e identificar los ambientes asociados a las especies reservorio.

También, durante la temporada actual se registró un clúster intrafamiliar en la localidad de Cerro Centinela (Chubut), que involucró tres casos relacionados (convivientes), con fechas de inicio de síntomas secuenciales. Ante la notificación del caso índice, la provincia llevó a cabo un estudio de foco ambiental mediante la colocación de trampas Sherman de captura viva en áreas de mayor riesgo. El éxito de captura fue alto tanto en el mosquetal cercano al domicilio como en el peridomicilio, registrándose la presencia de roedores silvestres reconocidos como reservorios de hantavirus. Asimismo, uno de los ejemplares capturados en el peridomicilio resultó positivo para virus hanta. Las características epidemiológicas del evento generaron la sospecha de transmisión persona a persona, por lo que se realizó el estudio genómico de las muestras humanas. Los resultados indicaron que las secuencias corresponden al virus Andes, con una similitud del 99,99% entre los tres casos analizados. En conclusión, el patrón de presentación es compatible con cadenas de transmisión interhumana. No obstante, a partir del relevamiento ambiental realizado en el domicilio, no puede descartarse la ocurrencia de transmisión zoonótica. En este sentido, se encuentra pendiente el resultado de la secuenciación genómica del virus detectado en el roedor seropositivo.

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

En su rol rector, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la generación de información oportuna. En este marco, realiza análisis periódicos de las notificaciones de hantaviriosis en población general, incluyendo la detección de brotes y la evaluación de la respuesta sanitaria.

Asimismo, se llevaron a cabo reuniones virtuales con las jurisdicciones para la actualización de las definiciones de caso y contacto, así como para la revisión de los lineamientos de manejo de contactos. En paralelo, se mantienen instancias de asesoramiento técnico con las provincias de Buenos Aires, Río Negro y Chubut.

Desde el LNR se implementa un plan de trabajo conjunto con la provincia de Buenos Aires, que incluye transferencia tecnológica, provisión de insumos y fortalecimiento de la capacidad diagnóstica en las áreas más afectadas (La Plata, Berisso y Ensenada). Además, se desarrollaron instancias de capacitación y un plan de muestreo ambiental en la zona de Olmos, con el objetivo de establecer una vigilancia ambiental sistemática.

De manera complementaria, se brinda asistencia técnica a la provincia de Salta para el fortalecimiento de la capacidad diagnóstica en la región de Orán.

Se realizaron reuniones con el Ministerio de Seguridad, Gendarmería Nacional y Prefectura Naval Argentina para acordar acciones de capacitación y prevención dirigidas al personal de las fuerzas de seguridad que se desempeña en zonas de frontera de la provincia de Salta.

Por último, los equipos técnicos nacionales se encuentran elaborando guías y algoritmos diagnósticos orientados a estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad del diagnóstico y fortalecer la calidad de la toma de decisiones clínicas y de 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=PLwad1oRGFEgCJjrj_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>

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>

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

VII. 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).

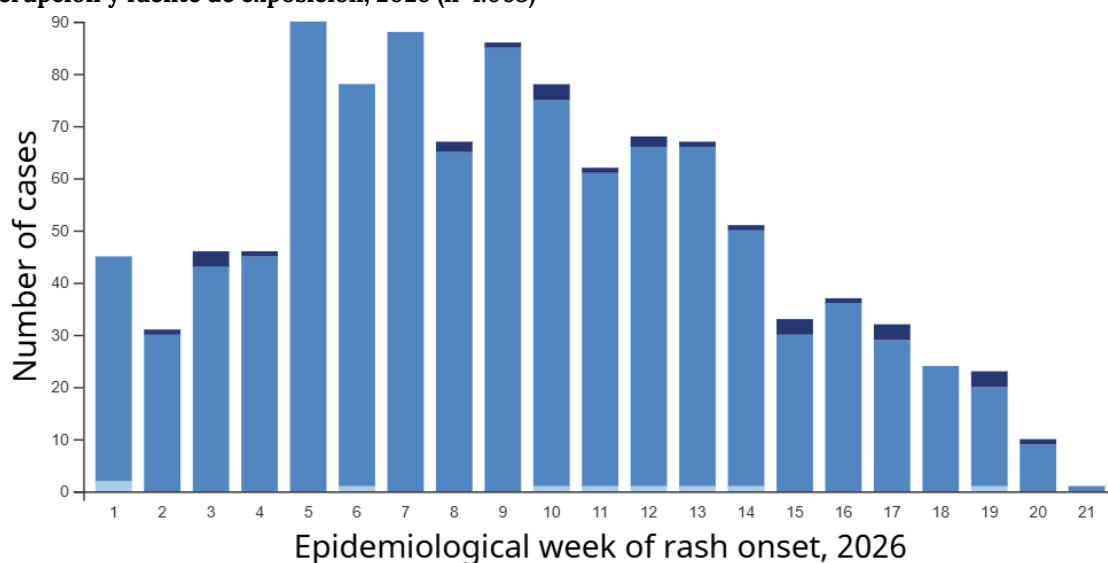
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

VII.1.A. CANADÁ²⁸

En 2026, se han notificado un total de 1.063 casos de sarampión (982 confirmados, 81 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 30 de mayo del 2026.

En la semana 21 (del 24 al 30 de mayo del 2026), se notificaron 11 nuevos casos de sarampión (11 confirmados y 0 probables).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=1.063)



VII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA²⁹

Al 11 de junio de 2026, se notificaron 2.073 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 2.063 casos fueron reportados por 40 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 10 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

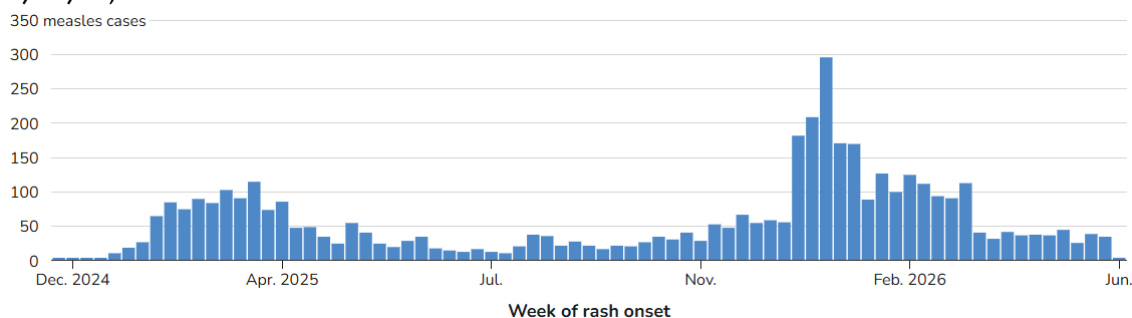
Se han notificado 30 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (1.929 de 2.073) están asociados a brotes (593 correspondientes a brotes en 2026 y 1.336 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.288 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.

²⁸ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

²⁹ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 11/06/26).**VII.1.C. GUATEMALA³⁰**

Al 5 de junio de 2026 se han confirmado 6.903 casos de sarampión y se encuentra vigente la “Alerta roja a nivel nacional por sarampión”, indicando que hay un brote activo y alto riesgo de expansión. Se registran 9.937 casos probables (por definición clínica o nexo epidemiológico).

A su vez, se han registrado un total de 22 fallecidos, en su mayoría menores de edad que no se encontraban en edad de haber podido completar su esquema de vacunación.

VII.1.D. MÉXICO³¹

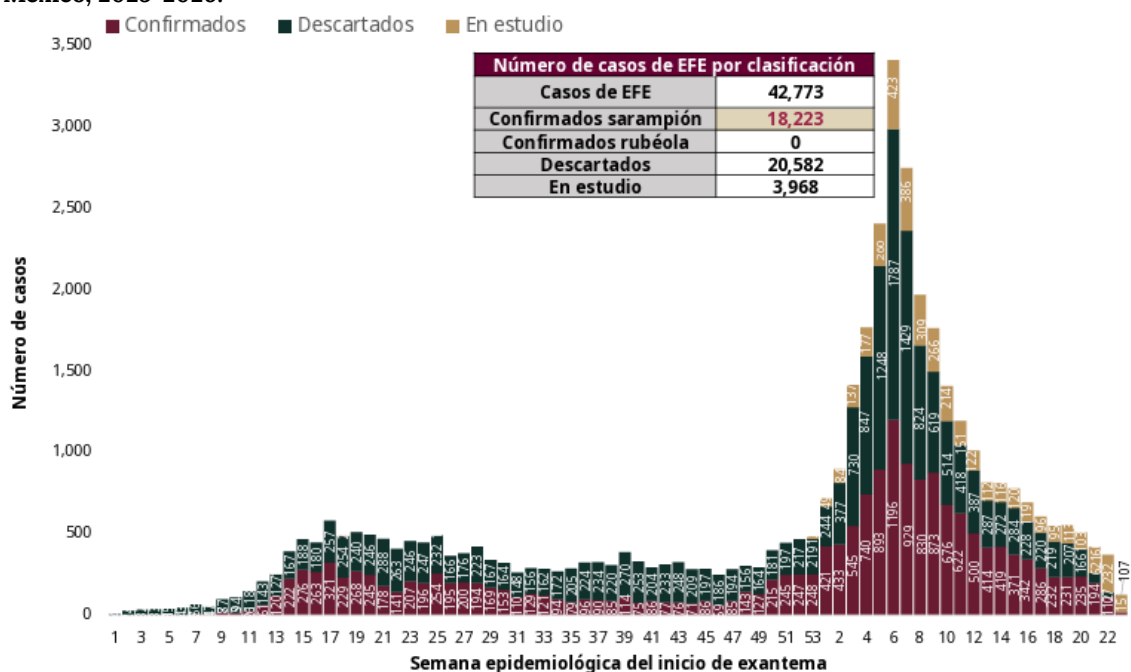
Al 11 de junio, se han reportado 18.223 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.390 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.117 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.088 casos).

Se han reportado 43 fallecimientos a la fecha.

³⁰ <https://saludjuntos.gt/>

³¹ www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026

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.

VII.1.E. PERÚ³²

Al 22/05/2026 la República del Perú cuenta con 557 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

³² https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=557)

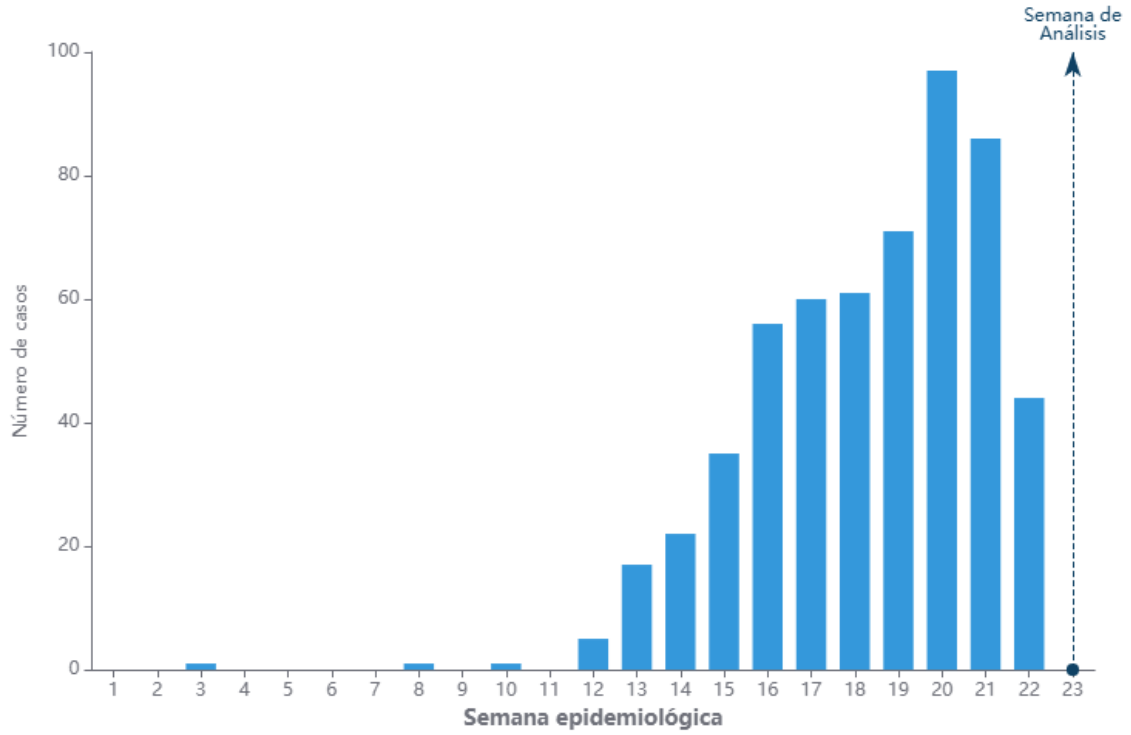
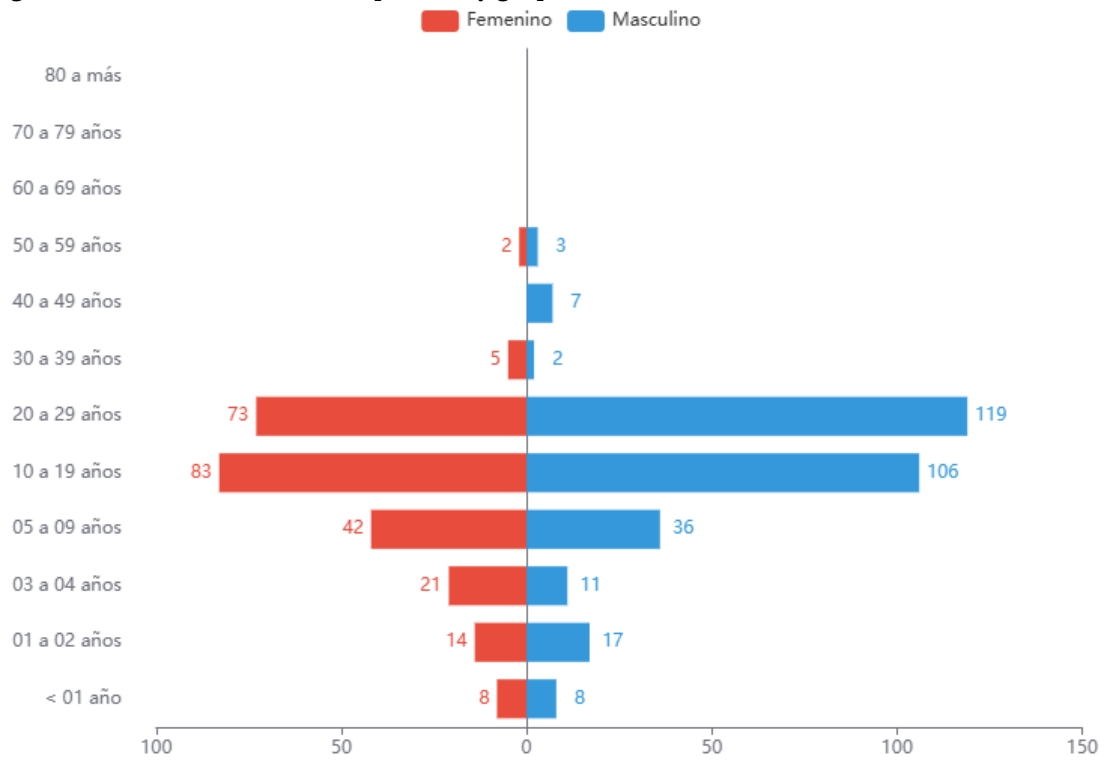


Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.



VII.2. Recomendaciones de salud pública para viajeros que asistan a la Copa Mundial de la FIFA 2026

Recibido a través del CNE el 04/06/2026

La Copa Mundial de la FIFA 2026 reunirá a millones de personas en múltiples sedes en Canadá, México y Estados Unidos, convirtiéndose en uno de los eventos masivos más grandes del mundo. En este tipo de concentraciones, los riesgos para la salud pueden aumentar debido a la movilidad internacional, la interacción cercana entre asistentes y la demanda elevada de servicios de salud.

Este documento presenta recomendaciones esenciales para que los viajeros se preparen adecuadamente y reduzcan la probabilidad de enfermedades o incidentes de salud durante su participación en el torneo. Al seguir estas orientaciones, los asistentes podrán disfrutar del evento con mayor seguridad y bienestar.

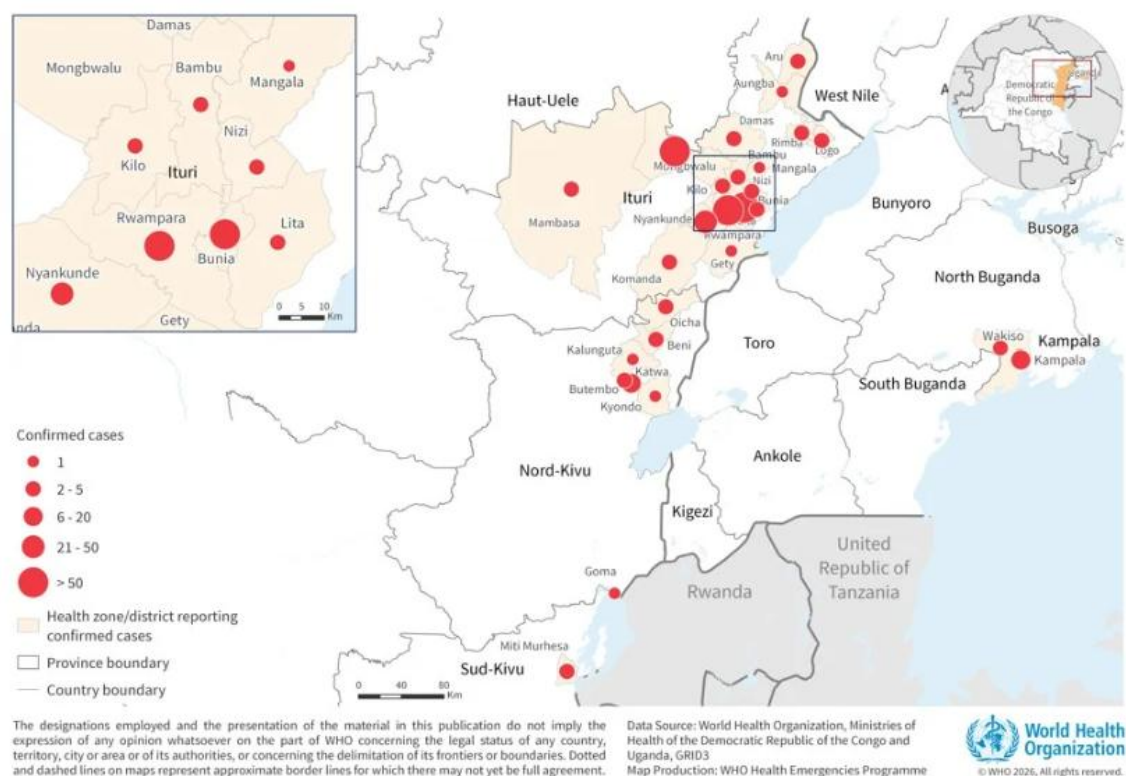
Para acceder al documento: <https://www.paho.org/es/documentos/recomendaciones-salud-publica-para-viajeros-que-asistan-copa-mundial-fifa-2026>

VII.3. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda

Recibido a través del CNE el 08/06/2026

Desde la publicación de la última Actualización sobre Brotes Epidémicos el 29 de mayo de 2026, el número de casos confirmados y de defunciones ha aumentado rápidamente en la República Democrática del Congo y Uganda. En total, se han notificado 534 casos confirmados, incluidos 93 fallecimientos (tasa de letalidad [TL]: 17,4%) en ambos países, mientras que al menos 17 personas se han recuperado de la enfermedad.

Figura 1. Distribución de los casos confirmados de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda, al 6 de junio de 2026.



República Democrática del Congo

Desde el 29 de mayo, se han notificado **390 casos confirmados adicionales**, incluidos **74 fallecimientos confirmados**, en la República Democrática del Congo. Este aumento se debe, en parte, a la ampliación de las capacidades de diagnóstico y laboratorio, que permitió analizar muestras previamente recolectadas que se encontraban pendientes.

Al 6 de junio de 2026, se habían registrado un total de **515 casos confirmados**, incluidos **91 fallecimientos (tasa de letalidad [TL]: 17,7%)** en la República Democrática del Congo. La tasa de letalidad reportada probablemente esté subestimada, ya que varias muertes ocurridas antes de la declaración oficial del brote continúan bajo investigación. Hasta la fecha, **12 pacientes se han recuperado** de la enfermedad.

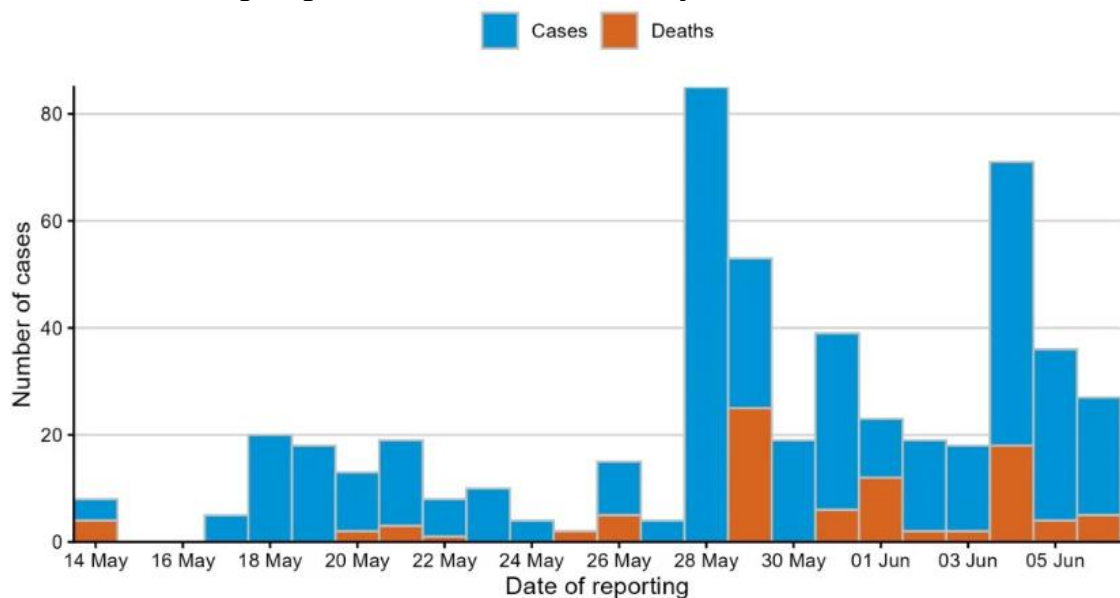
Se han notificado casos en **25 zonas de salud (ZS)** pertenecientes a las provincias de **Ituri** (17 de 36 ZS), **Kivu del Norte** (7 de 35 ZS) y **Kivu del Sur** (1 de 34 ZS). Asimismo, se han confirmado **16 casos entre trabajadores de la salud y de atención asistencial**.

El brote continúa concentrado en la provincia de **Ituri**, que representa el **94% (487)** de los casos confirmados. La tasa de letalidad en Ituri es del **15% (74/487)**, considerablemente inferior a la observada en **Kivu del Norte**, donde alcanza el **64% (16/25)**. Los mayores números de casos confirmados en la provincia de Ituri se registran en las zonas de salud de **Bunia** (142 casos), **Rwampara** (98 casos), **Mongbwalu** (92 casos) y **Nyankunde** (24 casos).

Al 6 de junio, se habían identificado **5040 contactos**, que permanecían bajo seguimiento en las provincias de **Ituri (4118)**, **Kivu del Norte (699)** y **Kivu del Sur (223)**. De ellos, **2535 contactos** fueron monitoreados durante las últimas 24 horas, lo que corresponde a tasas de seguimiento del **43,2% en Ituri**, **82,5% en Kivu del Norte** y **80,3% en Kivu del Sur**.

El incremento de los incidentes relacionados con la seguridad que afectan a los establecimientos de salud ha generado desafíos operativos adicionales en las provincias afectadas. Estas condiciones limitan el acceso de los equipos de respuesta, interrumpen las actividades de vigilancia y control del brote, y aumentan el riesgo de transmisión no detectada. Estos incidentes ponen de manifiesto la complejidad del contexto y la importancia de trabajar estrechamente con los líderes locales y las comunidades.

Figura 2. Número de casos confirmados (n = 515), incluidos los fallecimientos, en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 6 de junio de 2026.



Source = Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) situation reports

Uganda

Desde la última actualización del 29 de mayo, se han notificado **10 casos confirmados adicionales** y **una defunción** en Uganda. Al 6 de junio de 2026, se habían registrado un total de **19 casos confirmados**, incluidos **dos fallecimientos entre casos importados**, además de **un caso probable fallecido**. Asimismo, se han informado **cinco pacientes recuperados**.

Del total de casos confirmados, **14 corresponden a casos importados** y **cinco a ciudadanos ugandeses**. Los casos se notificaron en dos distritos: **Kampala** y **Wakiso**. Hasta la fecha, todos los casos detectados en Uganda han podido vincularse a viajeros procedentes de la **República Democrática del Congo** o a infecciones secundarias relacionadas con ellos; **no se ha documentado transmisión comunitaria en Uganda**. Los riesgos de exposición se asocian principalmente a entornos de atención sanitaria y a movimientos transfronterizos.

Aproximadamente el **70% de los casos** corresponde a ciudadanos congoleños que ingresaron a Uganda para recibir atención médica. Entre ellos se encuentra un ciudadano de la República Democrática del Congo que viajó desde ese país, pasando por Uganda, hacia los **Emiratos Árabes Unidos**, y posteriormente regresó a Uganda.

La OMS está colaborando con las autoridades de salud pública de los Emiratos Árabes Unidos y Uganda para recopilar información adicional, evaluar el riesgo de exposición y facilitar el rastreo de contactos a través del mecanismo de los Centros Nacionales de Enlace para el **Reglamento Sanitario Internacional (RSI)**.

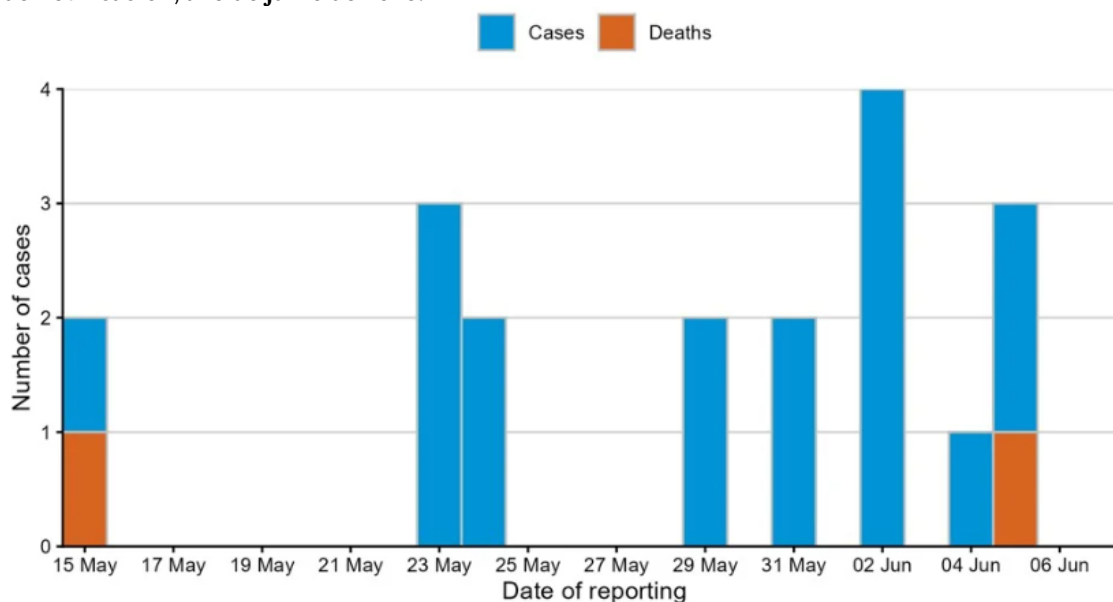
Según la información disponible hasta la fecha, no existe evidencia de que este caso haya presentado síntomas claramente compatibles con la enfermedad por el virus Bundibugyo

durante sus desplazamientos hacia o desde los Emiratos Árabes Unidos. Tras la notificación del caso, las autoridades de los Emiratos Árabes Unidos implementaron rápidamente actividades de evaluación de riesgos, rastreo y seguimiento de contactos, investigaciones de salud pública, medidas reforzadas de preparación en los puntos de entrada y coordinación con socios nacionales e internacionales pertinentes.

Las investigaciones epidemiológicas realizadas hasta el momento no han identificado casos secundarios, transmisión local ni evidencia de propagación posterior en los Emiratos Árabes Unidos. Estos hallazgos respaldan la conclusión de que **el riesgo de transmisión asociado a este evento en los Emiratos Árabes Unidos es bajo**.

Al 2 de junio, se habían identificado y se encontraban bajo seguimiento **668 contactos** relacionados con los casos confirmados. Estos incluyen contactos domiciliarios estrechos y contactos hospitalarios en los establecimientos donde los casos fueron atendidos.

Figura 3. Número de casos confirmados (n = 19), incluidos los fallecimientos, en Uganda según fecha de notificación, al 6 de junio de 2026.



Source = Ministry of Health Uganda press releases

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON606>

VII.4. Alerta Epidemiológica Difteria en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 11/05/2026

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En 2026, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 21, se notificaron 163 casos confirmados de difteria incluidas cinco defunciones en la Región de las Américas, que fueron notificados entre tres países: Brasil (n= 2 casos), Haití (n= 159 casos, incluidas cinco defunciones) y Perú (n= 2 casos).

Durante el 2025, cuatro países en la Región de las Américas reportaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) casos confirmados de difteria: Brasil (n= 4 casos), Canadá (n= 5 casos), Guyana (n= 1 caso) y Haití (n= 62 casos). Entre 2020 y 2024, en la Región de las

Américas se registró una media anual de 61 casos de difteria confirmados notificados en 10 países¹ de la Región (un rango anual de 18 a 87 casos).

La cobertura de la vacuna de primera dosis contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP1) en la Región de las Américas mostró una leve disminución pasando del 90 % en 2023 al 89 % en 2024, revirtiendo una tendencia positiva que se venía registrando en años anteriores. La tasa de cobertura de la tercera dosis de vacuna (DTP3) de la Región de las Américas cayó del 88% en el 2023 al 87% en el 2024, mostrando una cobertura por debajo del 95% establecida como meta regional (Figura 1). En 2024, en cuanto a la cobertura de DTP3 seis países y un territorio², de los 45 países y territorios de la Región de las Américas que reportaron datos, presentan una cobertura inferior al 80 %, lo que incrementa el riesgo de brotes de la enfermedad. Además, siete países reportaron tasas de abandono superiores al 10 % entre la primera y la tercera dosis de la vacuna DTP.

Figura 1. Tendencia de la cobertura regional vacuna DTP1 y DTP3 en la Región de las Américas 2014-2024.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas - Tablero de inmunización de rutina. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 10 de junio del 2026]. Disponible en: <https://paho-cim.shinyapps.io/immunizationdashboard/#>

Situación epidemiológica de difteria por país en la Región de las Américas

A continuación, se presenta un resumen de la situación epidemiológica de difteria en los tres países de la Región que han notificado casos confirmados en las Américas en 2026, en orden alfabético.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 21 de 2026, se notificaron dos casos de difteria confirmados por criterios de laboratorio (n= 1 caso) y por criterios clínicos (n= 1 caso). Los casos confirmados fueron notificados en los estados de Maranhão (n= 1 caso) y Piauí (n= 1 caso). En cuanto a la distribución por grupo de edad, los casos se registraron en los grupos de 15 a 19 años (n=1 caso) y de 20 a 29 años (n= 1 caso).

En 2025, se notificaron cuatro casos confirmados de difteria, los cuales fueron notificados en los Estados de Paraná (n= 1 caso) y Rio Grande du Sul (n= 3 casos). En cuanto a la distribución por grupo de edad los casos se registraron en el grupo de 15 a 19 años (n= 1 caso) y de 30 y más (n= 3 casos).

En Brasil en el 2025 la cobertura con DPT3 fue de 88,4%, disminuyendo con respecto a 2024 (90,4%). En el 2025 el 88,9% de los municipios alcanzaron el 80% o más de cobertura con DPT3; El resto de los municipios se encuentran por debajo de este umbral. La tasa de deserción presenta un descenso con respecto a 2024 (91,7%). En el 2025, casi el 1,03% de los niños que recibieron una primera dosis con DPT no completaron su esquema con DPT3.

En **Haití**, entre la SE 1 y la SE 21 de 2026 se notificaron 1.616 casos sospechosos³ de difteria, incluidas 13 defunciones; de los cuales 159 casos fueron confirmados (157 por laboratorio (prueba RT-PCR) y dos por nexo epidemiológico), incluyendo cinco defunciones confirmadas (Tabla 1, Figura 2). Los casos confirmados se han notificado en los diez departamentos del país, la mayor proporción de los casos confirmados se han identificado en el departamento de Ouest (n= 58 casos), seguido por Sud-Est (n= 36 casos) y Nord- Est (n= 27 casos). Durante el 2026, la mayor proporción de los casos confirmados ocurrieron en el grupo de 20 años y más con el 40% de los casos (n= 63 casos), seguido por el grupo de 5 a 9 años con el 19% (n= 30 casos) y el grupo de 1 a 4 años con el 14% de los casos (n= 22 casos). Para el mismo período, las tasas de incidencia acumulada más altas de casos confirmados se registraron en los departamentos de Ouest (1,38 casos por cada 100.000 habitantes) y Sud-Est (4,62 casos por cada 100.000 habitantes). En cuanto al estado de vacunación de los casos confirmados, el 55% no estaba vacunado o tenía un estado de vacunación desconocido (n= 87 casos).

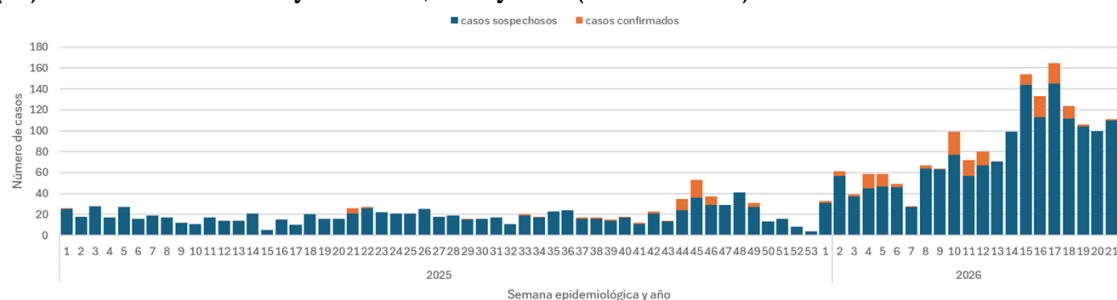
En 2025, en Haití se notificaron 988 casos sospechosos de difteria, incluidas 31 defunciones; de los cuales 58 casos fueron confirmados todos por laboratorio (prueba RT-PCR), incluyendo cuatro defunciones confirmadas (Tabla 1, Figura 2). En 2025 los casos confirmados se notificaron en los diez departamentos del país, la mayor proporción de los casos confirmados se han identificado en el departamento de Nord (n= 16 casos), seguido por Nord-Ouest (n= 15 casos) y Ouest (n= 12 casos). Durante el año 2025, la mayor proporción de casos confirmados se presentó en el grupo de edad de 5 a 9 años con el 34% de los casos (n= 20 casos), seguido por el grupo de 10 a 14 años con 33% (n= 19 casos) y por el grupo de 20 años y más con 12% (n= 7 casos) (2). Para el mismo periodo, las mayores tasas de incidencia acumulada de los casos confirmados se registraron en los departamentos Nord (1,34 casos por 100.000 habitantes) y de Nord-Ouest (1,85 casos por 100.000 habitantes). En cuanto al antecedente de vacunación de los casos confirmados, el 76% no estaba vacunado o tenía un historial de vacunación desconocido (n= 44 casos).

Tabla 1. Casos sospechosos y confirmados de difteria reportados en Haití, 2022-2026 (hasta la SE 21 de 2026)

Año	Casos sospechosos	Casos confirmados	Fallecidos confirmados	Tasa de letalidad (%)
2022	211	36	11	31
2023	171	10	3	30
2024	803	75	16	21
2025	988	58	4	7
2026	1.616	159*	5	3
Total	3.789	338	39	12

*157 por laboratorio (prueba RT-PCR) y dos por nexo epidemiológico Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Haití. Comunicación recibida el 8 de junio del 2026 mediante correo electrónico. Puerto Príncipe; 2026. Inédito.

Figura 2. Distribución de casos sospechosos y confirmados de difteria según semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas y año. Haití, 2025 y 2026 (SE 21 del 2026).



Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Haití. Comunicación recibida el 8 de junio del 2026 mediante correo electrónico. Puerto Príncipe; 2026. Inédito.

En Haití en el 2025 la cobertura con DPT3 fue de 77%. En el 2025 el 44% de los municipios alcanzaron el 80% o más de cobertura con DPT3; el resto de los municipios se encuentran por debajo de este umbral. La tasa de deserción presenta un incremento con respecto a 2024. En el 2025, la tasa de deserción muestra que el 7% de los niños que recibieron una primera dosis con DPT no completaron su esquema con DPT3.

En **Perú**, en 2026 se han registrado dos casos confirmados de difteria. Inicialmente, en la SE 6 del 2026, se notificó un caso probable de difteria en un menor de 12 años de sexo masculino, residente en Utcubamba, departamento de Amazonas. El caso presentó inicio de síntomas el 24 de enero, no tenía antecedente de viaje reciente y no contaba con antecedente documentado de vacunación contra difteria. El caso fue confirmado por laboratorio el 16 de abril mediante aislamiento a *Corynebacterium diphtheriae*, portador del gen *tox* y con capacidad de producción de toxina (Elek positivo), confirmando su carácter toxigénico. El análisis filogenético ubicó el aislamiento dentro del linaje Gravis. Asimismo, en la investigación se identificó un contacto directo con resultado positivo para *Corynebacterium diphtheriae* y para el gen *tox* mediante PCR en tiempo real, sin lograrse el aislamiento bacteriano, por lo que ha sido confirmado mediante nexo epidemiológico.

En Perú, desde 2020 no se habían registrado casos confirmados de difteria, los últimos casos durante ese año ocurrieron en un brote en la ciudad de Lima, con cuatro casos confirmados. En Perú en el 2025 la cobertura con DPT2 fue de 69.8%, evidenciando un incremento menor con respecto a 2024. Revirtiendo la tendencia de disminución de los últimos años. En el 2025 el 50% de los municipios alcanzaron el 80% o más de cobertura con DPT3; El resto de los municipios se encuentran por debajo de este umbral.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-difteria-region-americas-11-junio-2026>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

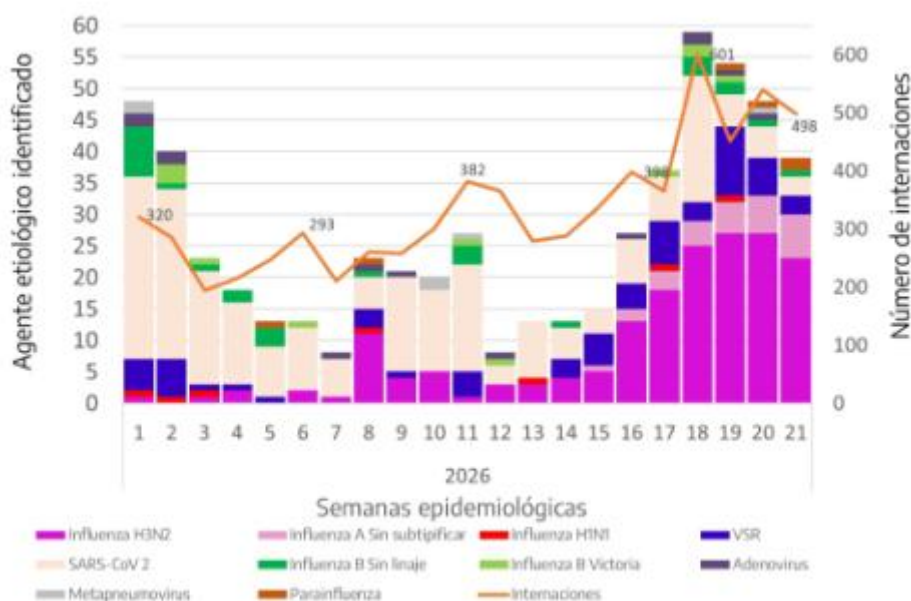
VIII. Boletines Jurisdiccionales

VIII.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

En la PBA se registra desde la semana del 22 de marzo (SE 12) un aumento en las internaciones por IRA asociado principalmente a la detección de Influenza A. Entre las muestras positivas en las se obtuvo el subtipo se evidencia un franco predominio de Influenza A(H3N2). Se registra también un nivel bajo pero estable de detecciones de VSR y SARS-CoV-2.



Internaciones por IRA y agentes etiológicos hallados. PBA, año 2025-2026.



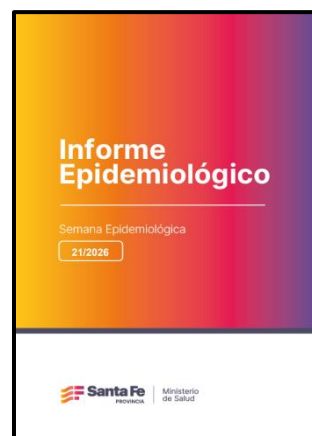
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

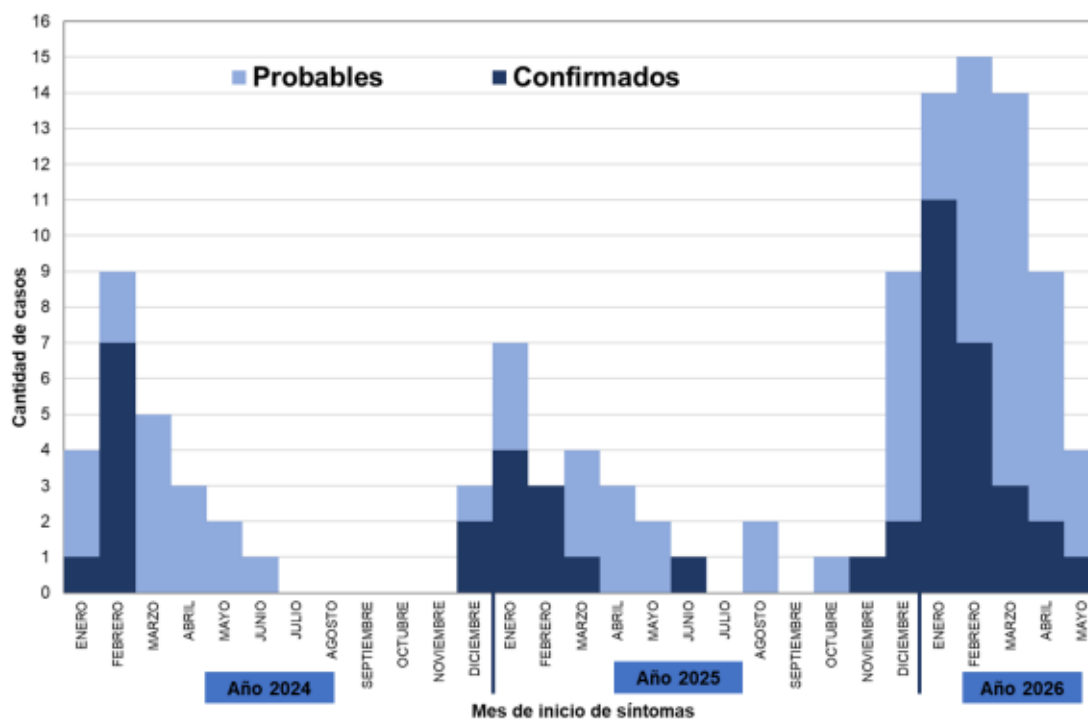
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VIII.2. Santa Fe: Psitacosis

En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE20/2026) fueron notificados 104 casos de Psitacosis, de los cuales 56 casos (54%) corresponden a casos confirmados o probables.



Distribución de casos confirmados (n= 46) y probables (n= 70) de Psitacosis según mes de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE21/2026). N= 116



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:

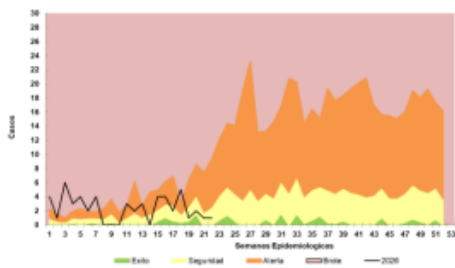
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

VIII.3. Tierra del Fuego: Varicela

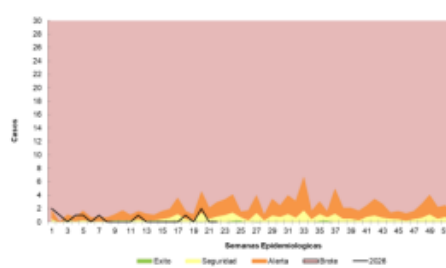
La incidencia de Varicela a nivel provincial se encuentra en zona de alerta. En la semana 22 se notificó 1 caso en Ushuaia.



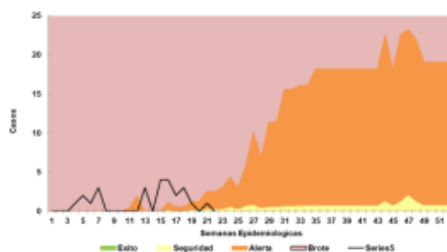
Tierra del Fuego



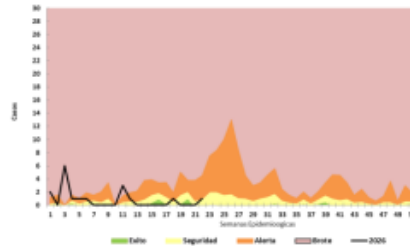
Río Grande



Tolhuin



Ushuaia



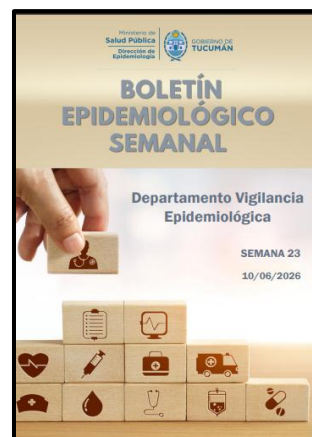
Fuente: SNVS 2.0 Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

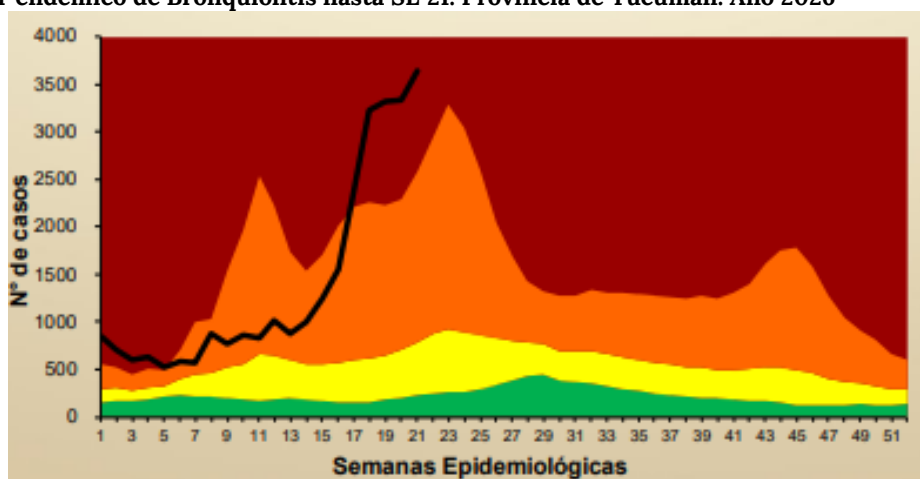
<https://salud.tierradelfuego.gov.ar/vigilancia/>

VIII.4. 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 21 se notificaron 177 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 21. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

IX. 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 **junio** 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
Junio	Contacto asintomático - Estudio de infección por STEC	Laboratorio	Determinación / Técnica	Se adiciona la técnica: "PCR de Tamizaje" a la determinación: "Tamizaje de EIEC (E. coli enteroinvasiva)/Shigella - IpaH".
	Exposición/Intoxicación por plaguicidas de usos doméstico y el agrícola	Clínica	Resultado de tratamiento	Se adiciona: "Tratamiento completo", "Tratamiento en curso", "Tratamiento incompleto por abandono" y "Tratamiento incompleto por efecto adverso"
	Parotiditis			
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio	Determinaciones	Se adiciona: "Técnica: MALDI-TOF" para la determinación: "Confirmación Salmonella spp".
	Leishmaniasis mucosa	Clínica	Tratamiento	Se adiciona: "pentoxifilina"
	Tuberculosis	Laboratorio	Resultados	Se adiciona: "1 a 9 BAAR por campo en 100 campos"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
	Vigilancia Genomica de SARS COV 2	Laboratorio	Resultados	Se quita: "Omicron BA.2.86*", "Omicron JN.1.18 (VUM)", "Omicron JN.1.7 (VUM)", "Omicron KP.2 (VUM)", "Omicron KP.3 (VUM)", "Omicron LB.1 (VUM)", "Omicron LP.8.1 (VUM)", "Omicron XEC (VUM)". Se incorpora: "Omicron BA.3.2 (VUM)"

X. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición



Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



Disponible
del 21/4 al 21/7 de 2026

Este curso brinda herramientas de gestión y de análisis para los equipos técnicos jurisdiccionales y servicios de salud que deseen trabajar con la estrategia de Salas de Situación

INSCRIPCIONES EN:



<https://forms.gle/vsJaDz7DM3aKCY5a8>

Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com



Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/Dd2w28xHo4QaP3eB9>

XI. Curso Vigilancia y notificación de Dengue



 **CURSO VIRTUAL**

Vigilancia y notificación de dengue

Modalidad Autoadministrada - Plataforma Virtual de Salud

Destinado a personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica

 Inscripciones hasta el 16/7/2026:

Duración 30 horas



Consultas: cursos.direpizacion@gmail.com

 **Ministerio de Salud**
República Argentina

Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/XEU6XANreIrbdlMT9>