



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 813

Semana epidemiológica 23
AÑO 2026
Desde 07/06 al 13/06
Fecha de publicación
22/06/2026

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:

Chagas agudo congénito y en embarazadas

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

De la ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, el Instituto Nacional de Parasitología “Dr. Mario Fatała Chaben”, INP.

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.

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 (INEL) y laboratorio BSL4, Unidad Operativa Centro de Contención Biológica (UOCCB).

Tuberculosis

Del Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Control del VIH, TBC y ITS.

Del ANLIS “Carlos G. Malbrán” el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Emilio Coni” (INER).

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, Pizarra 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

El diagnóstico serológico de la Enfermedad de Chagas en su fase crónica requiere la combinación de al menos dos pruebas con diferentes principios metodológicos (por ejemplo, combinar ELISA e HAI) para confirmar el resultado. Imagen ilustrativa libre de derecho.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°813, SE 23.

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

El BEN 813 presenta una nueva actualización de la tabla de Eventos de Notificación Obligatoria seleccionados, herramienta orientada a facilitar una lectura semanal de la situación epidemiológica a partir de la comparación entre los casos observados y los valores esperados según la mediana de los últimos cinco años. Esta sección permite identificar cambios relevantes en la notificación, ordenar prioridades de seguimiento y aportar insumos para la interpretación oportuna de los eventos bajo vigilancia.

En la sección de Eventos Priorizados se incluye el informe de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con información proveniente de la vigilancia clínica de enfermedad tipo influenza, neumonía y bronquiolitis, la vigilancia universal de virus respiratorios por red de laboratorios y la caracterización de influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia. El informe incorpora además recomendaciones para equipos de salud, lineamientos de vigilancia epidemiológica, medidas para la población, vacunación antigripal y tratamiento antiviral. También se presenta la actualización de dengue y otros arbovirus, con la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026, la caracterización de los casos de dengue, la situación de fiebre chikungunya y la vigilancia de encefalitis arbovirales y otros arbovirus en el país.

La sección de Actualizaciones Periódicas incluye dos informes centrales. El primero corresponde a tuberculosis, con una caracterización de la notificación en Argentina durante 2025, incluyendo la localización de la enfermedad, la confirmación bacteriológica, el análisis por sexo y edad, la distribución provincial y subjurisdiccional, y la tendencia de los casos incidentes. Además, incorpora información de 2026 hasta la semana epidemiológica 22, con énfasis en la evolución de la notificación, la distribución jurisdiccional y la evaluación del tratamiento. El informe se completa con conclusiones y una síntesis de las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación.

El segundo informe de Actualización Periódica aborda Chagas en embarazadas y Chagas agudo congénito. Presenta la situación nacional de Chagas en embarazadas, su evolución reciente y la situación actual, junto con un apartado específico sobre Chagas agudo congénito, que incluye metodología, análisis epidemiológico y actualización de la situación. El informe incorpora además las acciones del Ministerio de Salud de la Nación, los lineamientos de vigilancia epidemiológica, los objetivos generales y específicos de la vigilancia, y las definiciones de caso para Chagas crónico en embarazadas y Chagas agudo congénito. Esta actualización resulta especialmente relevante para sostener el seguimiento de un evento que requiere articulación entre vigilancia, programas, laboratorios, maternidad e infancia y equipos del primer nivel de atención.

En Alertas y Comunicaciones Internacionales se presenta la situación epidemiológica regional de sarampión, con información de países seleccionados de la Región de las Américas, y una actualización sobre enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo en República Democrática del Congo y Uganda.

La edición incorpora además destacados de boletines jurisdiccionales de Buenos Aires, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, que permiten visibilizar problemas priorizados y análisis producidos por las jurisdicciones. Finalmente, en Herramientas para la Vigilancia se incluye el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, la novena edición de las herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud y el curso de vigilancia y notificación 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.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	14
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada	14
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	15
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	15
IV.3.B. Neumonía	16
IV.3.C. Bronquiolitis	18
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	19
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	22
IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia	23
IV.5.A. Secuenciación genómica de influenza a(h3n2) 2025-2026	24
IV.5.B. Caracterización de casos de influenza recibidos en el Inr desde se1 a se 21/2026	24
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas.	28
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud	28
IV.6.B. Vigilancia epidemiológica	28
IV.6.C. Recomendaciones para la población	30
IV.6.D. Vacunación antigripal	30
IV.6.E. Tratamiento antiviral	31
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	33
V.1. Situación regional	33
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	34
V.2.A. Nota metodológica	34
V.3. Situación de dengue en Argentina	36
V.3.A. Temporada 2025/2026	36
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada.	37
V.3.C. Casos Probables	37
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue	38
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	38
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina	39
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya.	42
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina	43
V.5.A. Encefalitis arbovirales	43
V.5.B. Otros arbovirus	45
ACTUALIZACIONES PERIODICAS.....	47
VI. Tuberculosis - informe epidemiológico	48
VI.1. Introducción y contexto general	48
VI.1.A. Situación regional	48
VI.2. Caracterización de la notificación en Argentina en 2025	49
VI.2.A. Generalidades	49
VI.2.B. Localización de la enfermedad y confirmación bacteriológica	49
VI.2.C. Análisis según sexo y edad	50
VI.2.D. Distribución por provincia de residencia	51

VI.2.E.	Distribución subjurisdiccional	52
VI.2.F.	Tendencia de los casos incidentes en Argentina	53
VI.3.	Tuberculosis en la Argentina en el 2026	54
VI.3.A.	Introducción	54
VI.3.B.	Tendencia de notificación de casos de TB	54
VI.3.C.	Notificación de Casos de TB según Jurisdicción hasta la semana 22	55
VI.3.D.	Evaluación del tratamiento	56
VI.4.	Conclusiones	57
VI.5.	Sobre las acciones del Ministerio	57
VII.	Chagas en embarazadas y Chagas agudo congénito – Informe epidemiológico	59
VII.1.	Introducción	59
VII.2.	Chagas en embarazadas en Argentina	59
VII.2.A.	nota metodológica	59
VII.2.B.	Situación de Chagas en embarazadas en Argentina	60
VII.2.C.	Situación Actual de Chagas en Embarazadas	66
VII.3.	Chagas agudo congénito	66
VII.3.A.	Nota metodológica	66
VII.3.B.	Situación de chagas agudo congénito	67
VII.3.C.	Situación actual de chagas agudo congénito	71
VII.4.	Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación	71
VII.5.	Vigilancia Epidemiológica de Chagas	72
VII.6.	Objetivos de la vigilancia de Chagas	73
VII.6.A.	Objetivo general	73
VII.6.B.	Objetivos específicos	73
VII.6.C.	17. Definiciones de caso de chagas crónico en embarazadas	73
VII.6.D.	18. Definiciones de caso de chagas agudo congénito	73
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES		75
VIII. Introducción		76
VIII.1.	Sarampión – Situación epidemiológica regional	76
VIII.1.A.	Canadá	76
VIII.1.B.	Estados Unidos de América	77
VIII.1.C.	Guatemala	77
VIII.1.D.	Honduras	77
VIII.1.E.	México3F	78
VIII.1.F.	panamá3F	78
VIII.1.G.	perú3F	79
VIII.2.	Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda.	80
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		84
IX. Boletines Jurisdiccionales		85
IX.1.	Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	85
IX.2.	Entre Ríos: Psitacosis	86
IX.3.	Salta: Chikungunya	87
IX.4.	Santa Fe: Leptospirosis	88
IX.5.	Tierra del Fuego: Varicela	89
IX.6.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	90
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		91
X.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	92
XI.	Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición	95
XII.	Curso Vigilancia y notificación de Dengue	96

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 23 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE23	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)	84	308	Por encima de lo esp.	Por debajo 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	325	352	Dentro de lo esp.	Dentro 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)	44	23	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	70	87	En aumento	Por encima de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	6213	9137	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	211	172	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	96	91	Dentro de lo esp.	Por debajo 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	2905	3657	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	406	518	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chin)	26	23	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	53	67	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hantavirusosis	29	50	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	87	160	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Psitacosis	69	72	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE23	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	Sífilis Congénita	363	415	Dentro de lo esp.	Por encima 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	3770	4982	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	22	8	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	23	50	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B	242	296	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis C	482	559	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	2	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infec. de trans. sexual	Sífilis en población general	11731	22037	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Infec. Resp. agudas	Legionelosis	12	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	602	580	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	9	11	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	17	29	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	356	608	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	3261	5443	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	152	225	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Víruela símica (mpox)	31	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	

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

EVENTOS
PRIORIZADOS

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

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.2. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) 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 45,9% de las muestras positivas en la SE23. En relación con SARS-CoV-2, en las últimas semanas los casos se

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

mantienen en niveles bajos, luego del ascenso registrado durante 2025. Respecto del VSR, se registran detecciones de 6 casos positivos identificados en las últimas 4 semanas de 2026.

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las 23 SE transcurridas de 2026 se registraron 2.914 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 283 casos positivos entre los 779 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por VSR (n=37) y SARS-CoV-2 (n=2).

En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de la SE 10 se verifica 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 experimentan un ligero aumento desde la SE 13. 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 SE22/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, adenovirus y parainfluenza.

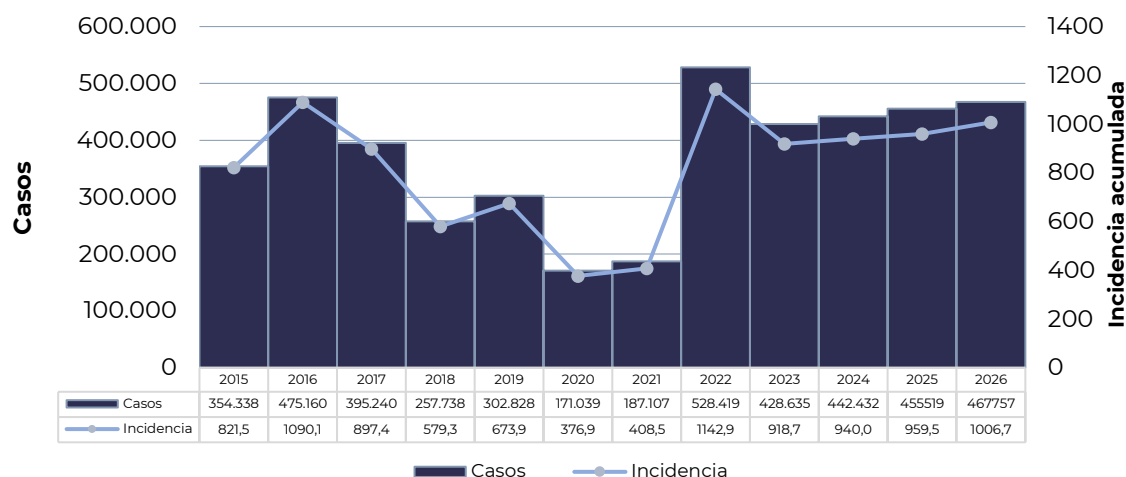
Entre las personas internadas, predominan las detecciones de influenza, con un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 12. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un leve aumento a partir de la SE 13. En la SE23 se registró 1 fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 42 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

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

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

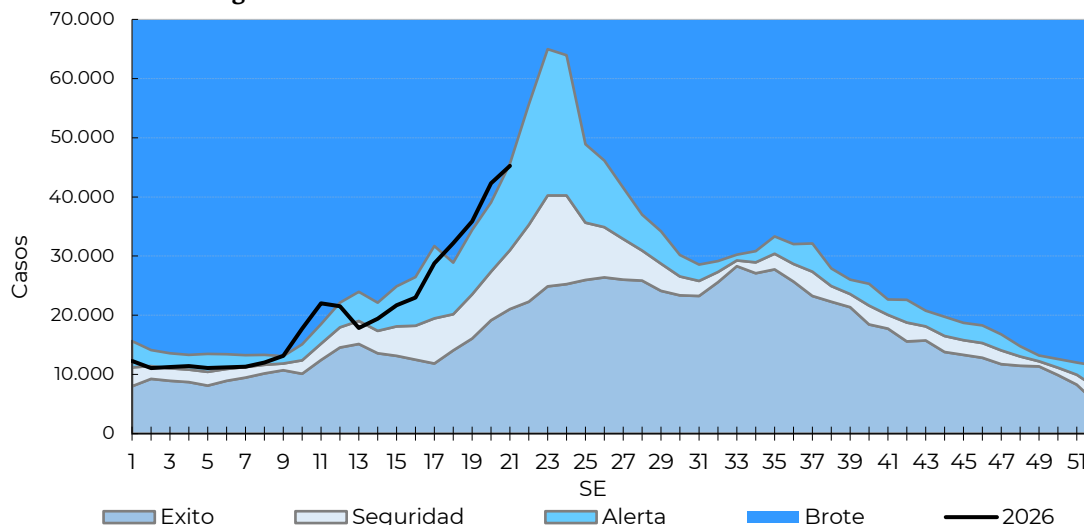
En las 22 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 467.757 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1006,7 casos/ 100.000 habitantes.

Para el período 2016–2026, el mayor número de notificaciones de ETI se registró en 2022, seguido por 2016 y 2025. Si bien el año en curso presenta el menor número de casos desde 2022, la incidencia se mantiene en valores comparables a los de los tres años previos, con un leve aumento hasta 2026.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de ETI por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE22. Argentina².

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

En relación con el corredor endémico de ETI, las notificaciones se mantuvieron entre los niveles de seguridad y alerta durante las primeras 9 SE, con un ascenso posterior que alcanzó el nivel de brote en la SE 11. Desde la SE14 hasta la SE20, los casos de ETI se ubican entre los niveles de alerta y brote, con oscilaciones entre semanas.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 21 de 2026³. Argentina.

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

IV.3.B. NEUMONÍA

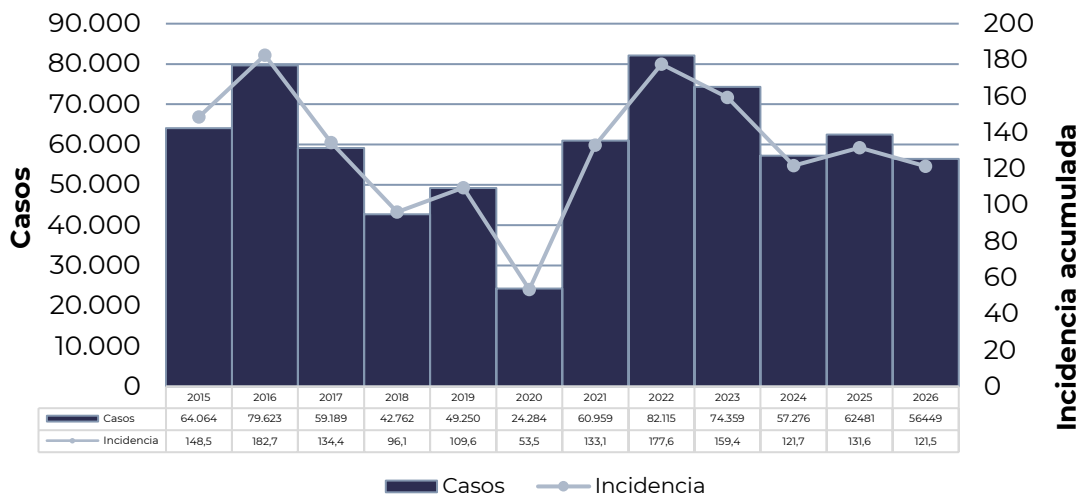
En las primeras 20 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 56.449 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 121,5 casos/ 100.000 habitantes.

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

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

En el período 2016–2026, las notificaciones de neumonía acumuladas hasta SE20 registraron su mayor número de casos en 2022, seguido de 2016. En 2026 se observa un menor número de notificaciones que en 2025.

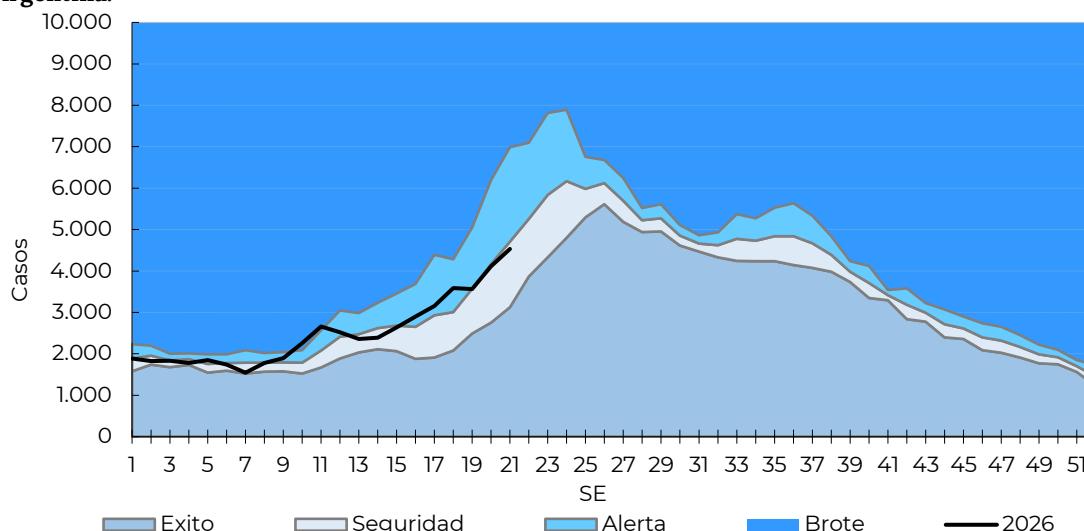
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE22. Argentina.



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

En las primeras 8 SE de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro del rango esperado, correspondiente a las zonas de éxito y seguridad del corredor endémico. Se registró un ascenso hasta la SE 11, cuando se ubicó entre niveles de alerta y brote, con un ligero descenso posterior. A partir de la SE14 se registró un ascenso, hasta llegar a niveles de alerta en la SE18.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-22 de 2026⁴. Argentina.



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

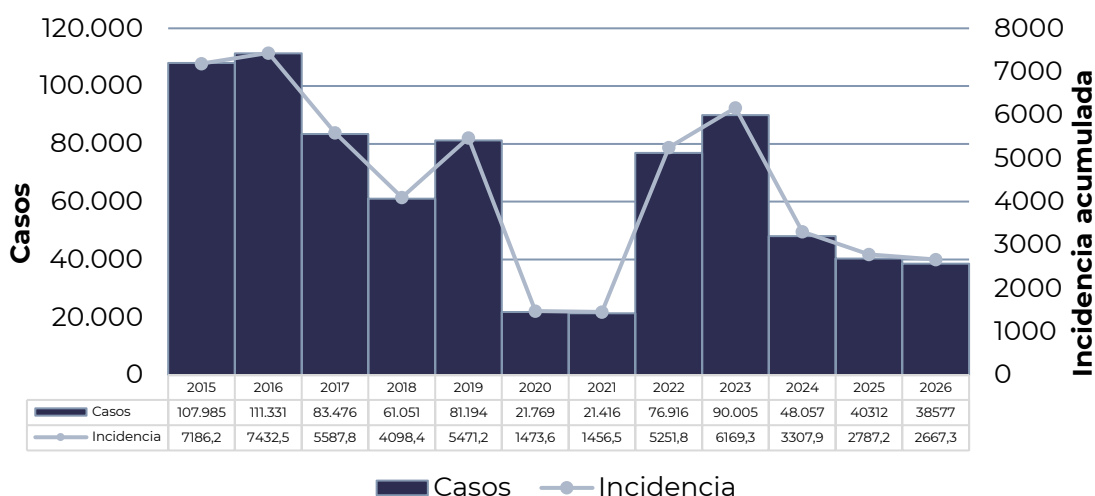
⁴ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 22 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 38.577 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 2.667,3 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 18 SE alcanzaron su pico en 2016, con un descenso marcado en los dos primeros años de pandemia (2020-2021), y un posterior aumento en 2023 y 2024. En los últimos tres años, los casos registrados se ubican entre los valores más bajos de la serie, con excepción del mencionado período pandémico.

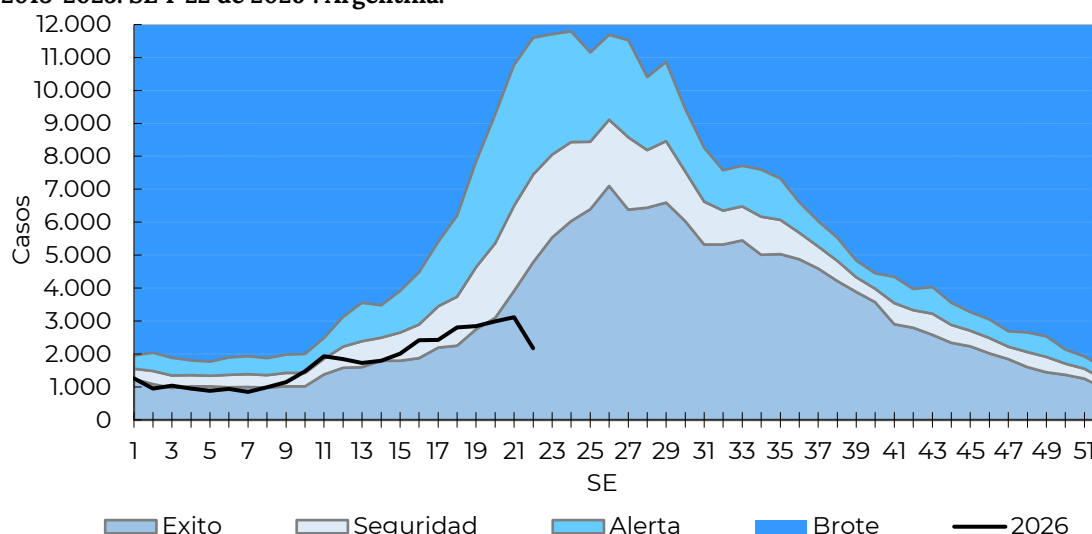
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE22. Argentina.



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

En las primeras 22 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-22 de 2026⁵. Argentina.



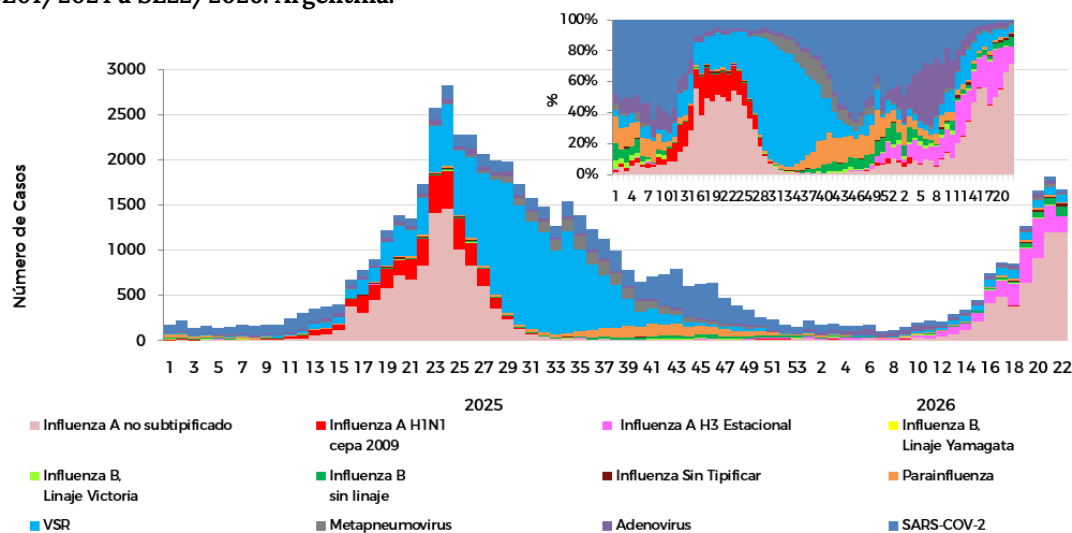
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

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

Durante 2026, las detecciones de **influenza** se mantuvieron estables hasta la SE9, y, a partir de la SE 10, se registra un aumento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad para este virus. Entre las SE 20-22 se notificaron un total de 3.133 detecciones de influenza, con predominio de Influenza A, principalmente del subtipo A(H3N2). En cuanto a **VSR**, se registra un ligero aumento desde la SE 13. Durante las 22 semanas transcurridas de 2026, las detecciones de **SARS-CoV-2** se mantienen en niveles bajos.

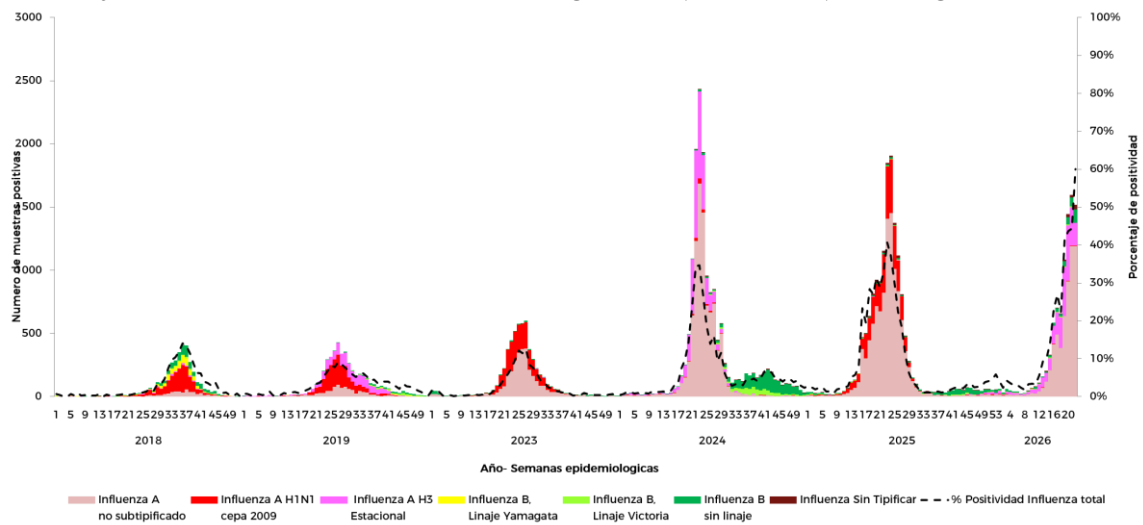
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE22/2026. Argentina.



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}.

Durante 2025, la circulación viral de influenza en el país se caracterizó por un inicio adelantado respecto de los patrones históricos, con un ascenso de casos a partir de la SE 11 y niveles elevados de positividad desde la SE13. Este comportamiento se diferencia de las temporadas de mayor circulación del período 2016–2024, cuyo inicio fue posterior, con excepción de 2022, año en el que se registró una dinámica inusual tanto en la magnitud de casos como en la estacionalidad. A lo largo de 2025 se notificaron casos de manera continua durante todas las semanas epidemiológicas, observándose desde la SE11 un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A —principalmente del subtipo A(H1N1) y también de influenza A no subtípificada—, lo que evidencia un adelanto del ascenso estacional. El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. Hacia las últimas semanas del año se verificó un ligero aumento de las detecciones, inicialmente con predominio de influenza B desde la SE36, junto con detecciones de influenza A y A(H3N2), y posteriormente con un incremento principalmente a expensas de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2) hacia el final del período, acompañado de detecciones de influenza B.

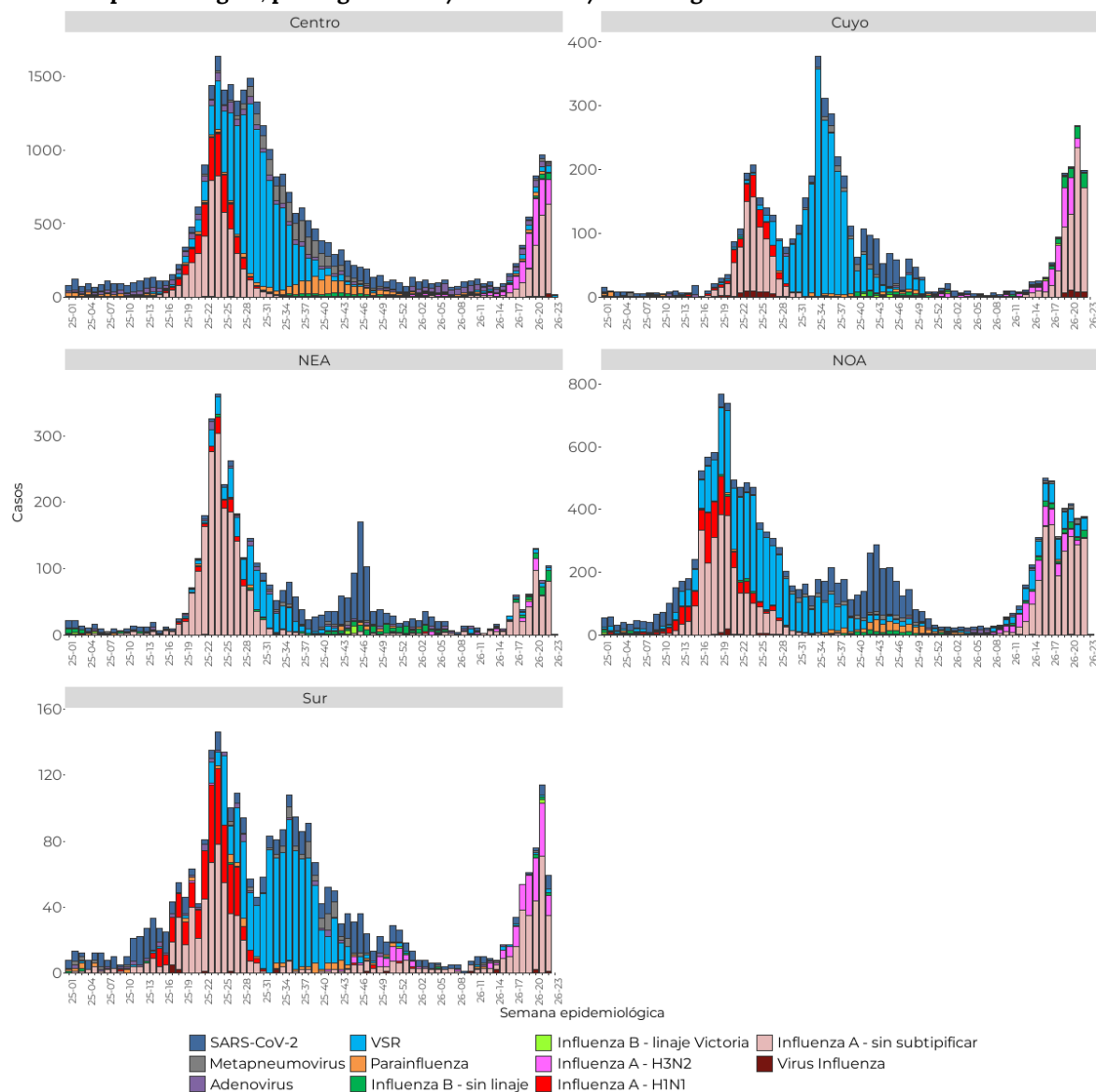
Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE22/2026. Argentina.



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 el análisis regional, se observa que durante la temporada 2026 los casos de influenza iniciaron su ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, esta tendencia ascendente se extendió al resto de las regiones del país, con el mayor número de casos en las regiones Centro, NOA y Cuyo del país en las últimas SE.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE22/2026. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNSV2.0.

En cuanto a **SARS-CoV-2**, en las primeras 22 SE de 2026, las detecciones se mantienen en valores bajos. Esta situación se asemeja a lo observado durante 2025, año durante el cual los casos también se mantuvieron en valores bajos a lo largo del año, si bien se registró un ligero aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.

En relación con el **VSR**, durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente. En la actualidad, durante las primeras 22 SE de 2026, las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero aumento a partir de la SE13. Entre las SE21 y SE22 de 2026 se notificaron 166 casos.

Respecto a otros virus respiratorios, en 2025 se observó un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso posterior. Adicionalmente, los casos de parainfluenza mostraron un aumento

progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores.

Durante la SE 22/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, adenovirus y parainfluenza.

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

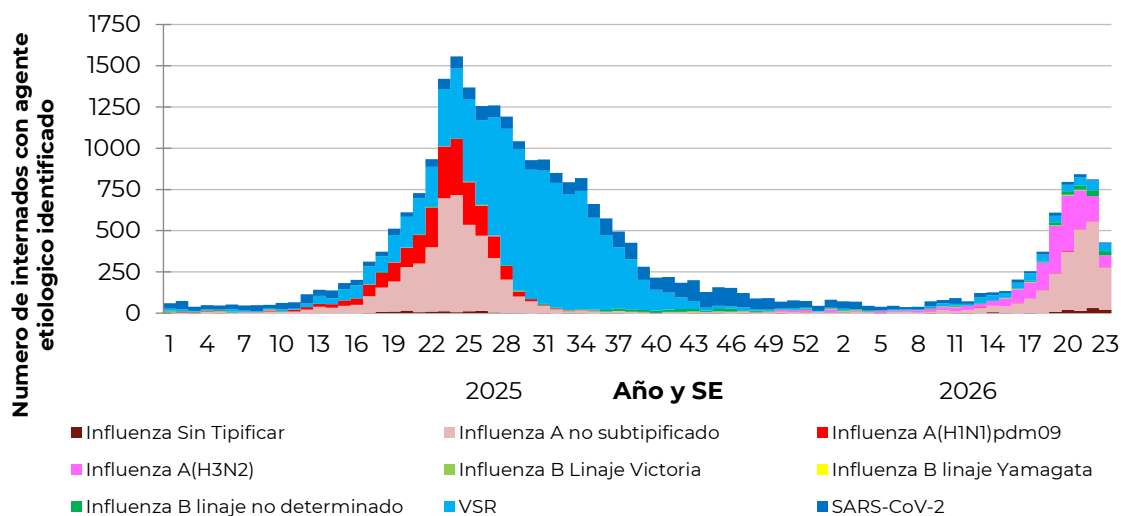
En las primeras 22 SE de 2026 se notificaron 515 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas, cifra que resulta un 37,8% inferior a la registrada en igual período de 2025. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025, manteniéndose en valores bajos hasta la actualidad. En las SE 22 y 23 de 2026 se registraron 17 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, a partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas, continuando con valores bajos hasta la SE9 de 2026. A partir de la semana 10 se registró un aumento progresivo en el número de casos, con un promedio de 658 casos semanales en las últimas 4 semanas. En las SE 22 y 23 se registraron 1123 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Entre los 4.390 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 4.046), con menor detección de influenza B (n= 238). De los casos de influenza A, 1693 cuentan con subtipificación, correspondiendo 24 a influenza A (H1N1) pdm09 y 1669 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 58 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia ascendente en la SE 12, con un pico en la SE 29, con descenso posterior. En lo que va de 2026, se notificaron 563 casos hospitalizados positivos para VSR, con 101 detecciones en las SE 22 y 23.

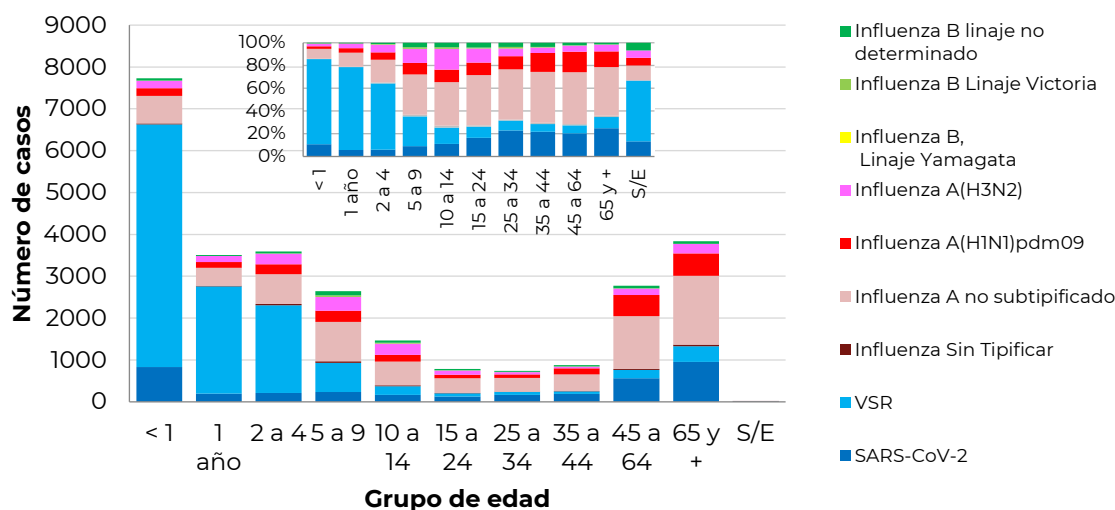
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2025 a SE23/2026. Argentina.



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.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE23/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE23/2026.



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

En lo que va del año, se registraron 42 fallecimientos con diagnóstico de influenza. Se registró 1 fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2 en la última SE.

IV.5. 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 (LNR), 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 SE21 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.5.A. SECUENCIACION GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE1/2025 y la SE21/2026, el LNR secuenció 319 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales 278 (87%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (9%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

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 21/2026 (N = 319).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Centro	1	0	3	0	13	0	0	0	6	89	112
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	38	48
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	33	39
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	4	7
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	12	14
Cuyo	0	1	3	0	2	0	0	0	0	29	35
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	20	26
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
NEA	1	0	0	0	2	0	0	1	0	14	18
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	11	11
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOA	0	0	1	0	1	0	0	1	3	95	101
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	12	16
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	45	45
Sur	1	0	16	0	15	0	0	3	0	18	53
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	5
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	4
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	6	9
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	5
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	3	13
Total	3	1	23	0	33	0	0	5	9	245	319

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.B. CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 21/2026

En términos acumulados hasta el 17/06/2026 el LNR recibió 1462 muestras positivas para Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 hasta la SE21/2026, de las cuales 1445 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 94% correspondió a Influenza A y el 6% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 99% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 1% 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 (Centro, 39%; NOA, 34%; Cuyo, 15%, Sur, 7%; y NEA, 4%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A, entre 92% y 97% de los casos según región, y dentro de Influenza A el subtipo H3N2 representó entre el 93% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B oscilaron entre 4% y 8% 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 SE21, Año 2026 (N = 1462).

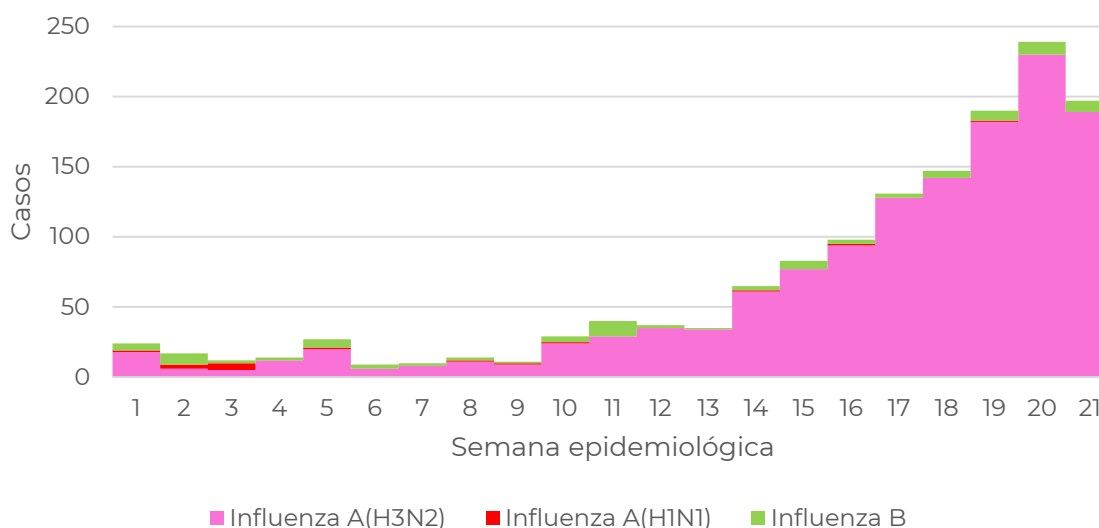
Jurisdicción	Influenza A							Influenza B						Influenza sp	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)			Victoria							
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.	Sin subtip	Subclado C.3.1	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Sin esp.	Sin linaje		
Centro	0	88	6	427	1	7	7	4	2	3	2	21	0	6	574
Buenos Aires	0	38	5	214	0	1	3	1	1	1	1	10	0	3	278
CABA	0	33	1	121	0	4	4	0	1	0	0	3	0	1	168
Córdoba	0	4	0	27	1	1	0	3	0	2	0	3	0	1	42
Entre Ríos	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	6
Santa Fe	0	12	0	64	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	81
Cuyo	0	29	0	173	0	0	1	0	0	0	0	18	0	2	223
Mendoza	0	20	0	109	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	142
San Juan	0	5	0	60	0	0	1	0	0	0	0	4	0	2	72
San Luis	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9
NEA	1	14	0	38	1	3	1	0	0	0	0	2	0	1	61
Chaco	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8
Corrientes	0	2	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Formosa	0	11	0	26	1	3	1	0	0	0	0	1	0	0	43
Misiones															
NOA	1	95	3	350	0	3	5	1	2	3	0	29	2	8	502
Catamarca	0	6	0	5	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	15
Jujuy	0	12	3	112	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	131
La Rioja	0	3	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8
Salta	1	28	0	112	0	2	3	0	2	0	0	12	1	6	167
S. del Estero	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	28
Tucumán	0	45	0	100	0	0	0	0	0	3	0	4	1	0	153
Sur	3	18	0	73	0	1	3	1	0	0	0	3	0	0	102
Chubut	0	2	0	9	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	13
La Pampa	0	3	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Neuquén	0	6	0	30	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	39
Río Negro	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Santa Cruz	3	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	9
T. del Fuego	0	3	0	13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	17
Total	5	245	9	1061	2	14	17	6	4	6	2	73	2	17	1463

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 SE21, 147.

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 menor proporción. Los casos de Influenza A(H1N1) se dieron en forma esporádica en diferentes semanas del año.

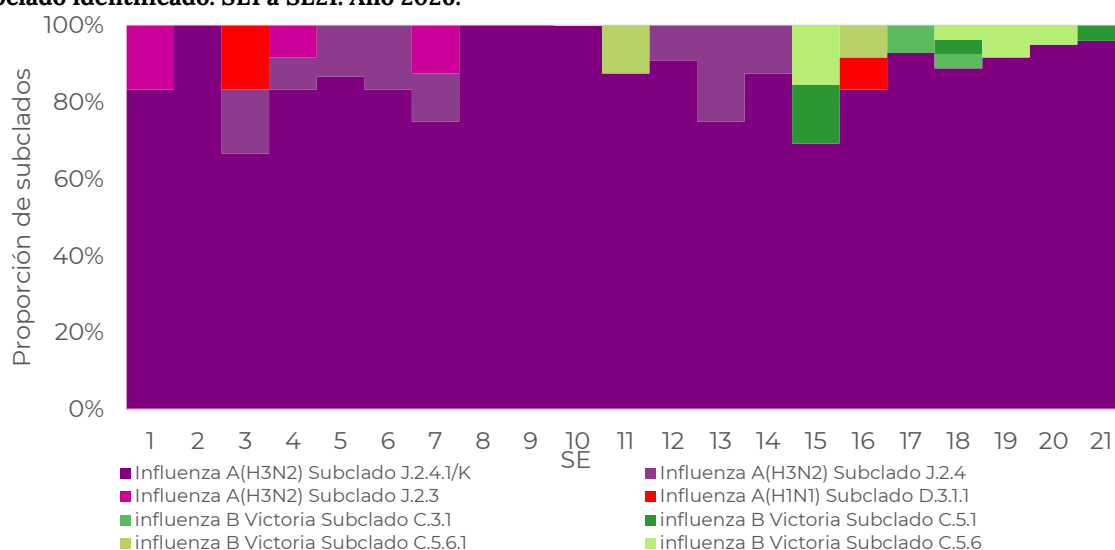
Gráfico 13. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE21, Año 2026⁶



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 279 casos de Influenza, 259 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 18 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) (95%), seguido del subclado J.2.4 (3%) 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 (4), C.3.1 (6) y C.5.6.1 (2).

Gráfico 14. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE21. Año 2026.

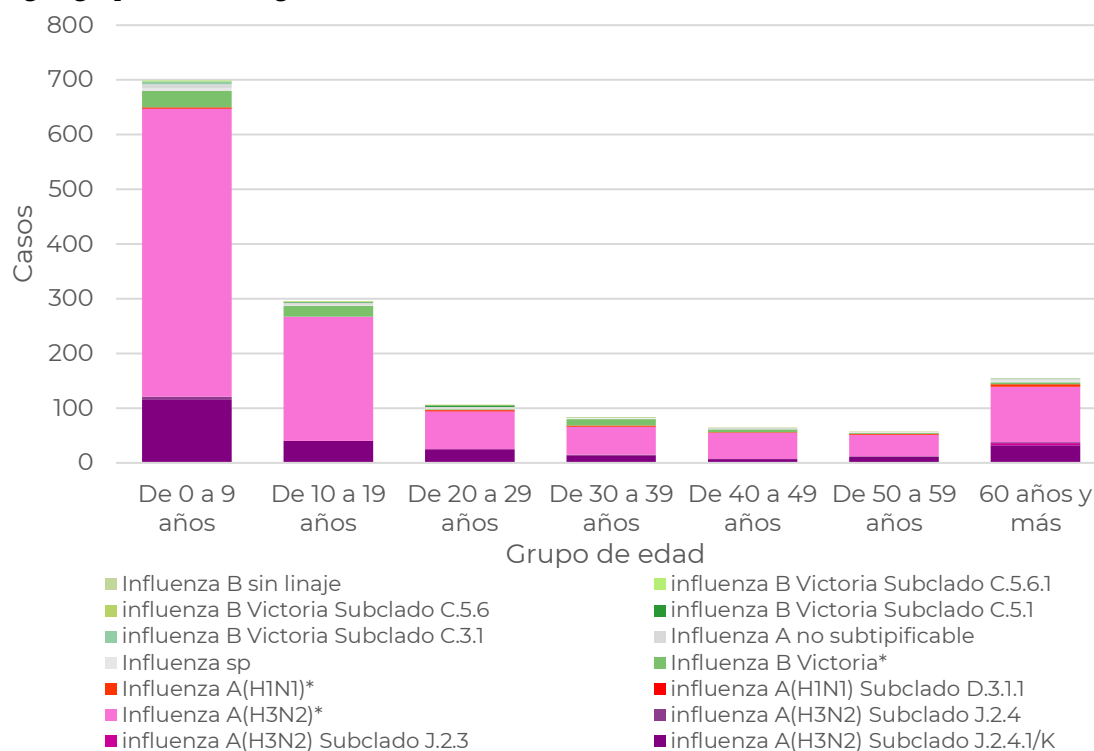


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

⁶ El gráfico toma como referencia temporal la Fecha de Toma de muestra

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 48% de los casos; dentro de este grupo, el 31% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (20%) y 60 años y más (11%). 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 65% en los menores de 20 años.

Gráfico 15. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE21, Año 2026.

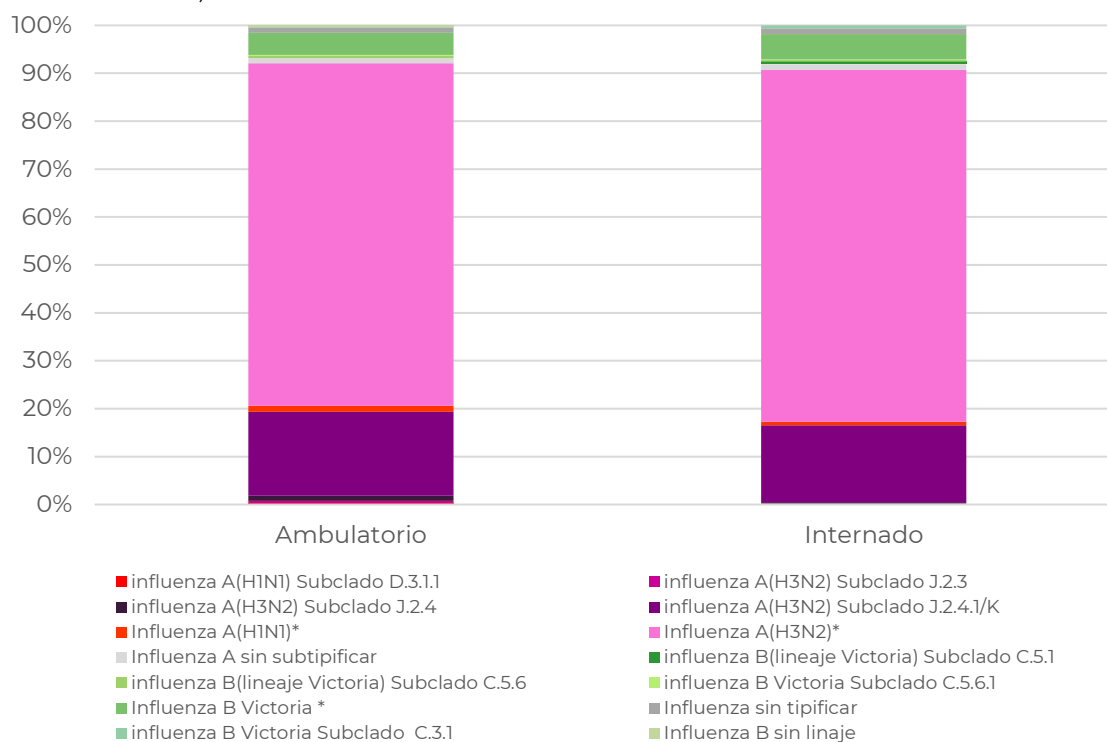


*sin subclado asignado

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 (92%) como internados (91%). En ambos grupos, el subclado predominante fue Influenza A(H3N2) J.2.4.1/(K).

Entre los pacientes ambulatorios, se registró una proporción del 5% 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 16. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE21, 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.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas.

IV.6.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.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

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

Definiciones:

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

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

Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:

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

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

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

IV.6.C. 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.6.D. VACUNACIÓN ANTIGRIपाल

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.6.E. 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.^{7,8} En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.^{9,10} En Argentina, durante el año 2024, el

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. *Int J Infect Dis*. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

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

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.

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

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

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

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

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

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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹¹ y el ARBO-portal¹² de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 18/06/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 23 de 2026 se notificaron 966.558 casos de dengue, de los cuales 236.033 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 82% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 198 fallecimientos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 91.457 casos. De ellos, 35.022 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 60% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 38 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 22, se registraron 6.752 casos, de los cuales 342 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 22/2026 se reportaron un total de 27.130 casos de dengue, de los cuales 20.322 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 23% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 28 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 20 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

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: <https://www.paho.org/en/arbo-portal>

¹² Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia¹³.

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).

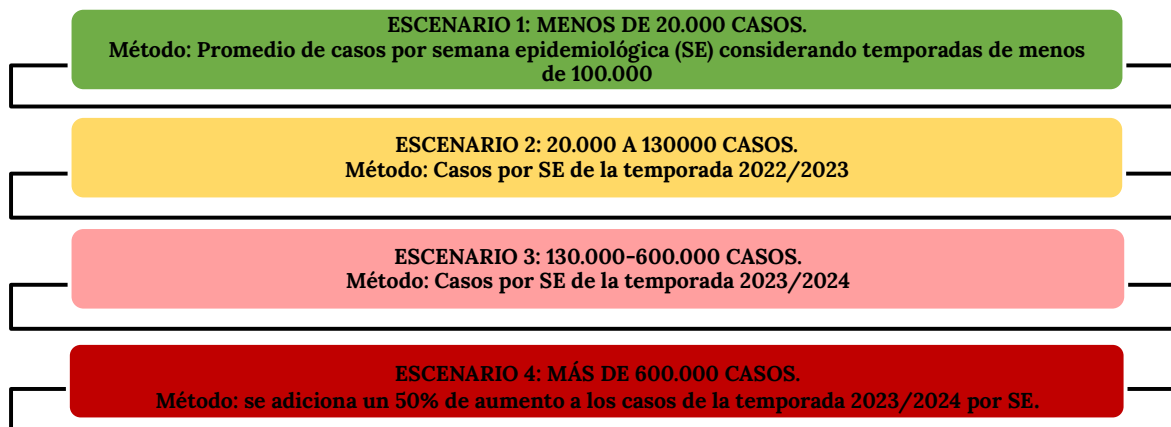
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** 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.

¹³ 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>

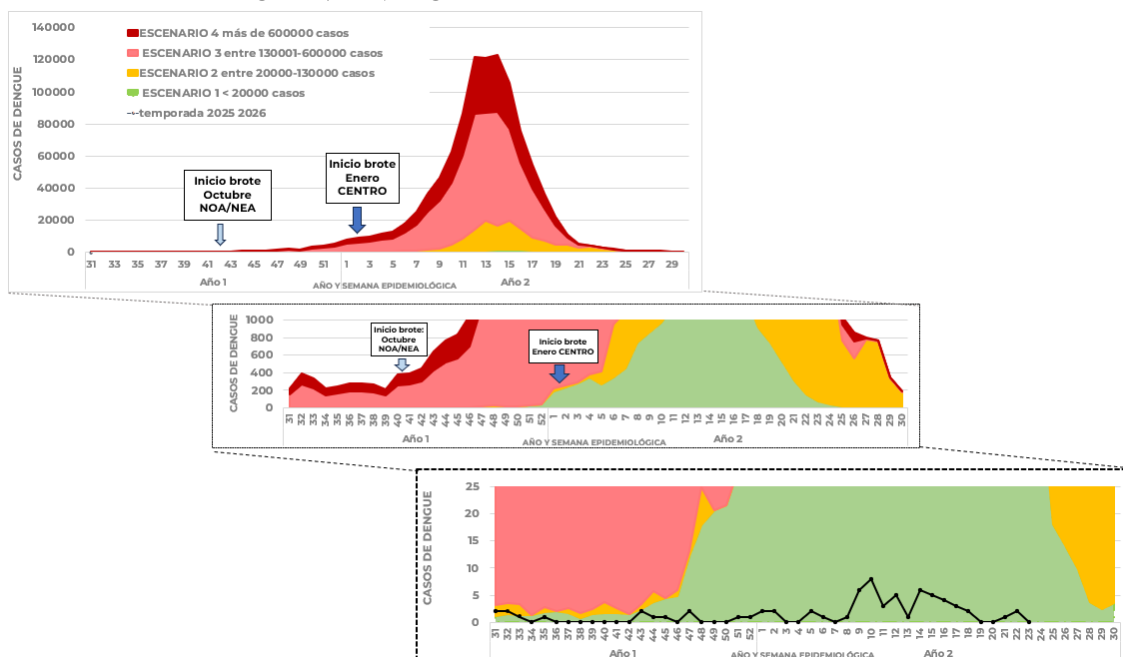
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la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

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=68). 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 mínima¹⁴, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **26.975** casos sospechosos de dengue, de los cuales **68** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **54%** 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 23/2026 se notificaron **257** 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 SE23/2026. 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	60	6	10	DENV-1,2	1419	385	1890	16
CABA	21	25	9	3	DENV-1,2,3	463	190	711	30
Córdoba	2	32	2	0	DENV-2	2671	135	2842	4
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	328	7	344	4
Santa Fe	0	27	2	2	DENV-3	1264	72	1367	2
Total Centro	33	148	23	16		6145	789	7154	56
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	139	3	145	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		264	21	288	2
Chaco	0	8	0	0		997	7	1012	0
Corrientes	0	1	0	0		154	40	195	0
Formosa	2	3	1	0	DENV-2	5246	40	5292	3
Misiones	0	4	1	0		845	1	851	1
Total NEA	2	16	2	0		7242	88	7350	4
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	478	4	489	1
Jujuy	1	2	1	0	DENV-3	1415	41	1460	2
La Rioja	0	6	0	0		256	2	264	0
Salta	0	35	0	0		3241	1130	4406	0
S. del Estero	0	8	0	0		304	577	889	0
Tucumán	0	117	0	1		4260	95	4473	0
Total NOA	2	174	1	1		9954	1849	11981	3
Chubut	0	0	0	0		16	2	18	0
La Pampa	0	0	0	1		88	9	98	0
Neuquén	0	0	3	0		27	3	33	3
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	3	1		181	17	202	3
Total País	37	338	31	19	DENV-1,2,3	23786	2764	26975	68

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).

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

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.
- **Tres** casos notificados por **Neuquén** con antecedente de viaje a Brasil, del departamento de Lácar, en San Martín de los Andes.

V.3.C. CASOS PROBABLES

Si bien en la actualidad la circulación de dengue en el país es baja y los casos confirmados continúan siendo escasos, aislados y concentrados principalmente en las jurisdicciones de Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe, se han notificado **357 casos probables** que permanecen en investigación.

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 SFAL, 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 68 casos confirmados de dengue, todos cuentan con información completa con respecto a la evolución clínica. Trece casos (19%) 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 54% de los casos que requirieron internación se determinó el serotipo DENV-2 (n=7). 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 **12.783** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2758** 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 SE23 con la SE 22, se notificaron 64 casos de Fiebre Chikungunya de los cuales **20** casos corresponden a la SE22 por fecha mínima¹⁵. Es importante destacar que

¹⁵Fecha 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).

estos 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 SE23/2026. Argentina.

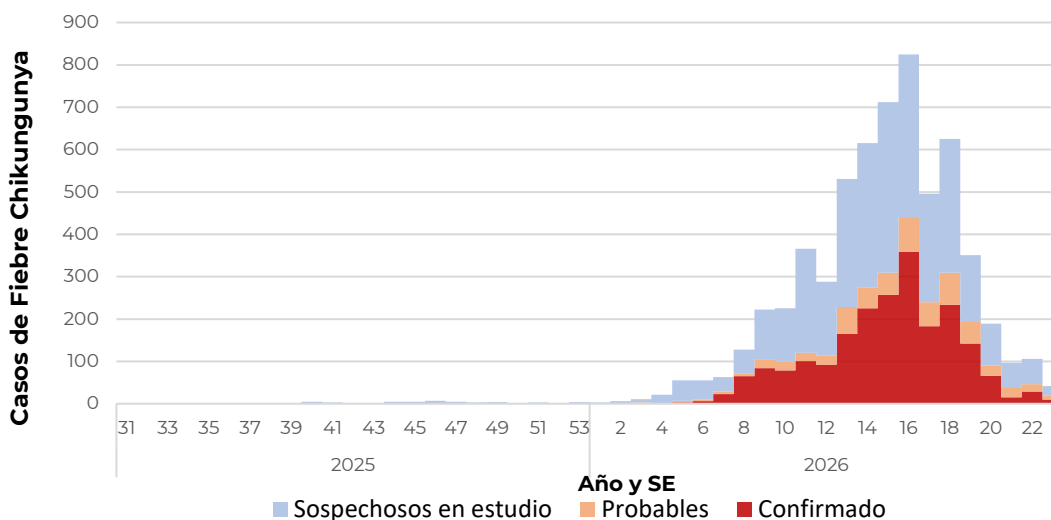
Jurisdicción	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Con laboratorio negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	12	24	6	6	144	16	16	224	48
CABA	5	1	4	3	16	9	6	44	13
Córdoba	27	6	2	2	1889	7	14	1947	37
Entre Ríos	5	0	0	0	37	2	5	49	5
Santa Fe	0	0	0	1	288	5	2	296	1
Total Centro	49	31	12	12	2374	39	43	2560	104
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	221	0	0	223	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	457	1	2	462	2
Catamarca	13	11	0	0	223	0	32	279	24
Jujuy	120	76	5	1	851	115	3	1171	202
La Rioja	0	0	0	0	74	0	1	75	0
Salta	1071	306	118	15	453	1505	720	4188	1510
S. del Estero	186	46	0	0	130	148	12	522	232
Tucumán	569	112	0	0	178	80	2521	3460	681
Total NOA	1959	551	123	16	1909	1848	3289	9695	2649
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	2008	584	137	29	4795	1890	3340	12783	2758

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=441), 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 mínima¹⁶. SE31/2025 a SE23/2026. Argentina.

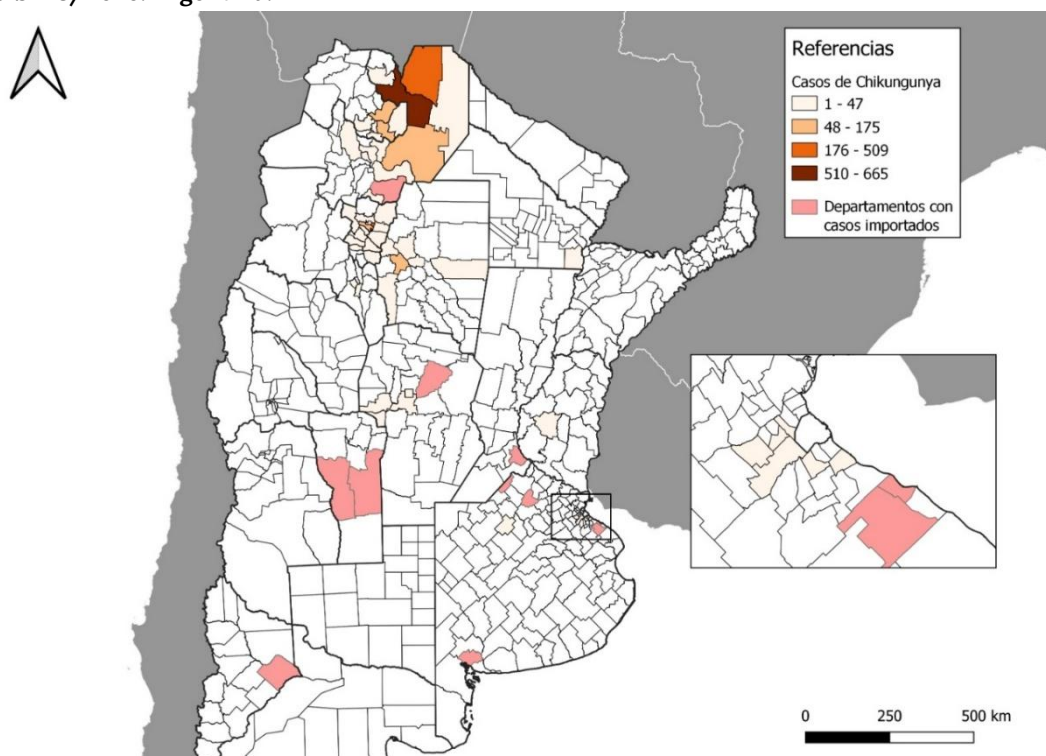


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=2649; 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.

¹⁶Fecha 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 SE23/2026. 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, 1841 cuentan con información sobre requerimiento de internación (sí/no), de los cuales el 10% (n=178) requirió hospitalización.

Asimismo, se notificaron seis casos graves de Fiebre Chikungunya, de los cuales dos fallecieron. Entre los casos no fatales se registró una mujer de 33 años residente en Salta Capital que presentó encefalitis asociada a CHIKV y requirió asistencia respiratoria mecánica, con evolución favorable y alta sin secuelas; una lactante de 4 meses del departamento Choya (Santiago del Estero), que requirió cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica, evolucionando favorablemente y siendo externada sin secuelas; un paciente de 81 años residente en San Miguel de Tucumán con compromiso sistémico que requirió internación; y una recién nacida oriunda de Anta (Salta), notificada durante la SE23, que permanece internada en cuidados intensivos.

Los dos casos fatales correspondieron a pacientes residentes en la provincia de Salta: un hombre de 68 años de Embarcación, que evolucionó con compromiso respiratorio asociado a neumonía por *Streptococcus pneumoniae*, y un hombre de 34 años de Aguaray con antecedente de diabetes descompensada, quien presentó una evolución desfavorable con shock séptico e insuficiencia respiratoria.

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 **481 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 **15** casos residen en: **Tres de Febrero, La Plata, Florencio Varela, Lobos, Cañuelas, Brandsen, Bragado, Arrecifes, 25 de mayo y Ezeiza**¹⁷. 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 **125** 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 SE23/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE23/2026. 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	348	0	6	1	1
Entre Ríos	1	16	0	6	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	6	443	1	72	6	8
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	8	0	7	0	0
Total Cuyo	0	14	0	7	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	481	1	125	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 SE23/2026).

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 SE23/2026. Argentina.

Evento Jurisdicción	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	99	0	49	0	16
CABA	0	13	0	6	0	0
Córdoba	0	104	0	66	0	1
Entre Ríos	0	9	0	3	0	2
Santa Fe	0	174	0	40	0	10
Total Centro	0	399	0	164	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	163	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	250	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	280	0	1011	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	233	0	1
Tucumán	0	235	0	24	0	89
Total NOA	0	568	0	1450	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	1141	0	1879	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 **1141** 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 **1879** 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. Tuberculosis – informe epidemiológico¹⁸

VI.1. Introducción y contexto general

La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema sanitario relevante a nivel internacional, regional y nacional. A pesar de los avances logrados en diagnóstico, tratamiento y vigilancia, la enfermedad mantiene una carga significativa, con distribución heterogénea entre regiones, países y grupos poblacionales. En este contexto, la notificación de casos constituye una herramienta central para describir la situación epidemiológica, identificar poblaciones y territorios prioritarios, orientar la planificación sanitaria y evaluar la respuesta de los programas de control.

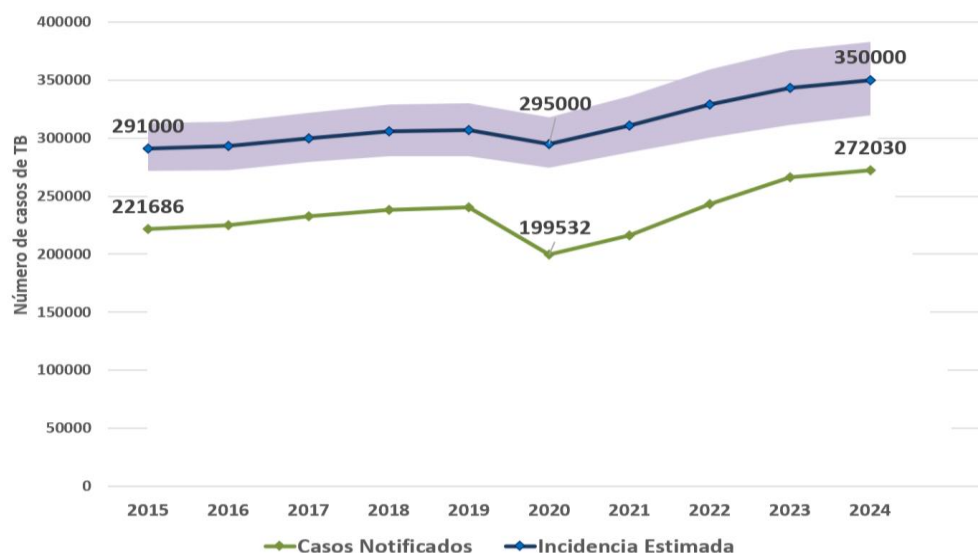
VI.1.A. SITUACIÓN REGIONAL

La situación de la tuberculosis en la Región de las Américas muestra una recuperación de los niveles de notificación luego del impacto de la pandemia de COVID-19. La región no solo recuperó los valores previos a la pandemia, sino que en 2024 alcanzó el mayor número de casos registrado desde que se dispone de información regional comparable.

Para 2024 se estimaron 350.000 casos de tuberculosis en la Región de las Américas lo que representa un incremento del 3% respecto del año anterior y del 13% en comparación con 2015, año utilizado como línea de base para la estrategia Fin de la TB.

La carga de enfermedad en la región presentó una marcada concentración territorial. El 80% de los casos notificados se distribuye entre 8 países. En contraste, 17 países y territorios, principalmente del Caribe, presentan baja incidencia y se encuentran próximos a los umbrales de eliminación (tasa < 1 por 100.000 habitantes).

Gráfico 1. Tendencia de los casos de TB estimados y notificados en la Región de las Américas, 2015–2024.



Fuente: [Global Tuberculosis Report 2025](#).

¹⁸ Este informe se confeccionó, en primer lugar, a partir de un extracto del capítulo de Notificación de casos de tuberculosis del Boletín N.º 9: Tuberculosis y lepra en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. (2026). Marzo de 2026. En una segunda instancia, para la actualización del 2026, se utilizaron las bases del SNVS 2.0.

VI.2. Caracterización de la notificación en Argentina en 2025

VI.2.A. GENERALIDADES

En Argentina, durante 2025 se notificaron 17.283 casos de tuberculosis, lo que representa una tasa de 37,3 casos por 100.000 habitantes. Del total de casos, 16.359 fueron clasificados como casos incidentes (nuevos, recaídas y sin información), equivalentes al 94,7% del total nacional (Tabla 1). Dentro de este grupo, la clasificación “Nuevo” fue la más frecuente, con 13.839 casos, que representaron el 84,6% de los casos incidentes. Las recaídas sumaron 475 casos, mientras que 2.045 casos no contaron con información específica de clasificación al inicio del tratamiento.

Los casos antes tratados, excluyendo recaídas, sumaron 924 notificaciones. Dentro de este grupo, la categoría más frecuente fue “Pérdida del seguimiento recuperado”, con 597 casos, lo que representó el 64,6% de los casos antes tratados.

Tabla 1. Notificación de casos de tuberculosis y tasas según clasificación del paciente al inicio del tratamiento. Argentina, 2025.

Clasificación	N°	Tasa ¹	%
Total	17.283	37,3	100,0
Casos nuevos y recaídas ²	16.359	35,3	94,7
Nuevo ³	13.839	29,8	84,6
Recaída ³	475	1,0	2,9
Sin información ³	2.045	4,4	12,5
Casos no nuevos ²	924	2,0	5,4
Fracaso ³	42	1,0	4,6
Otros ³	180	0,4	19,5
Pérdida del seguimiento recuperado ³	597	1,3	64,6
Traslado ³	105	0,2	11,4

¹ Tasa por 100.000 habitantes.

² Porcentaje sobre el total de casos.

³ Porcentaje sobre cada grupo de clasificación.

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Emilio Coni”, con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2026

VI.2.B. LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y CONFIRMACIÓN BACTERIOLÓGICA

La localización pulmonar fue la forma predominante de presentación de la tuberculosis notificada en Argentina durante 2025. Del total de casos, 14.582 presentaron localización pulmonar, lo que representó el 84,4% de las notificaciones. Los casos extrapulmonares sumaron 2.118, equivalentes al 12,3%, mientras que 583 casos no contaban con información sobre localización anatómica.

Entre los casos incidentes, 13.753 tuvieron localización pulmonar, lo que representó el 84,1% de este grupo. De ellos, 10.410 fueron confirmados por laboratorio, con una proporción de confirmación bacteriológica del 75,7%.

En los casos antes tratados, la proporción de localización pulmonar fue aún mayor: 829 de los 924 casos presentaron enfermedad pulmonar, equivalente al 89,7%. Entre ellos, 628 fueron confirmados bacteriológicamente, con una proporción de confirmación del 75,8%, similar a la observada entre los casos incidentes.

Tabla 2. Notificación de casos de tuberculosis y tasas según localización, confirmación bacteriológica y clasificación de caso. Argentina, 2025.

Localización y confirmación bacteriológica	Total	Nuevos y recaídas			Antes tratados		
		N°	Tasa ¹	%	N°	Tasa ¹	%
Total	17.283	16.359	35,3	100,0	924	2,0	100,0
Pulmonares ²	14.582	13.753	29,6	84,1	829	1,8	89,7
Pulmonares confirmados ³	11.038	10.410	22,4	75,7	628	1,4	75,8
Extrapulmonares ²	2.118	2.054	4,4	12,6	64	0,1	6,9
Sin especificar localización ²	583	552	1,2	3,4	31	0,1	3,4

¹ Tasa por 100.000 habitantes.

² Porcentaje sobre el total de casos.

³ Porcentaje sobre el total de casos pulmonares.

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2026

VI.2.C. ANÁLISIS SEGÚN SEXO Y EDAD

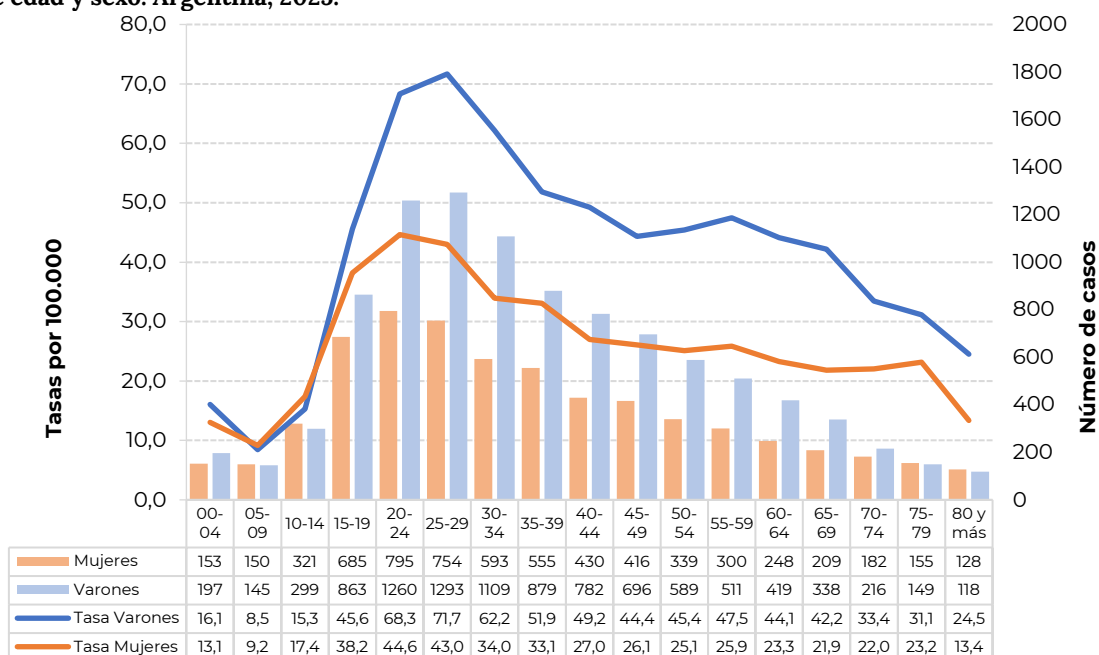
La distribución por sexo muestra un mayor número de casos de tuberculosis en varones. En 2025, los varones concentraron 10.483 casos, equivalentes al 60,7% del total de casos notificados. Las mujeres registraron 6.725 casos y 75 notificaciones no contaban con información de sexo.

Entre los casos nuevos y recaídas, los varones representaron el 60,3%, con 9.869 casos y una tasa de 43,3 por 100.000 habitantes. En mujeres se notificaron 6.416 casos incidentes, con una tasa de 27,2 por 100.000 habitantes. De esta manera, la tasa de notificación en varones fue aproximadamente 1,6 veces la observada en mujeres.

La diferencia por sexo fue aún más marcada entre los casos antes tratados. En este grupo, los varones concentraron 614 casos, equivalentes al 66,5%, con una tasa de 2,7 por 100.000 habitantes. Las mujeres registraron 309 casos antes tratados, con una tasa de 1,3 por 100.000 habitantes. En consecuencia, la tasa en varones fue aproximadamente 2,1 veces la de mujeres.

La distribución por edad muestra una concentración de casos en población adolescente, joven y adulta joven. En 2025, el 61,5% de los casos incidentes se distribuyó en la población de 15 a 44 años. En menores de 15 años se registraron 1.271 casos incidentes, que representaron el 7,8% del total de casos nuevos y recaídas reportados.

El análisis por grupo de edad y sexo muestra que, en la mayoría de los grupos etarios, el número de casos fue mayor en varones que en mujeres. Sin embargo, se observaron excepciones en los grupos de 5 a 9 años, 10 a 14 años, 75 a 79 años y 80 años y más, donde se notificó un mayor número de casos en mujeres. Las tasas más elevadas en varones se observaron en los grupos de 20 a 39 años. En mujeres, las tasas también fueron más altas en edades jóvenes, aunque inferiores a las masculinas en la mayor parte de los grupos.

Gráfico 2. Notificación de casos de TB nuevos y recaídas, y tasas por 100.000 habitantes, según grupo de edad y sexo. Argentina, 2025.

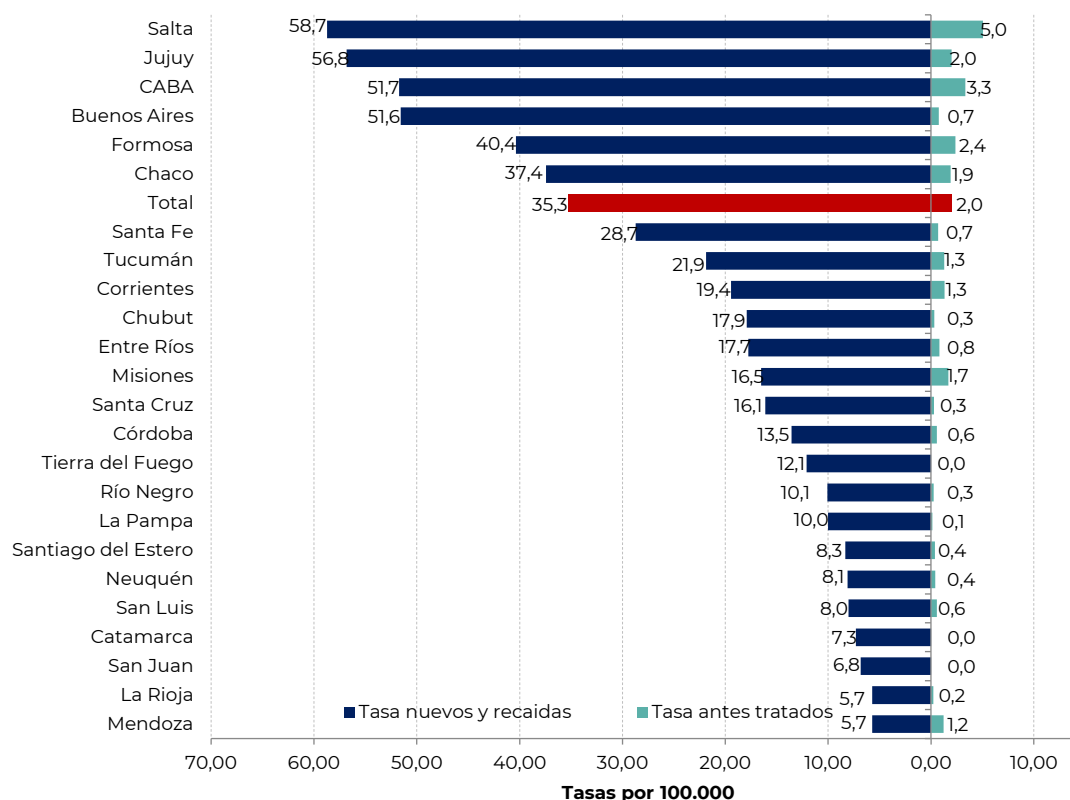
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2026

VI.2.D. DISTRIBUCIÓN POR PROVINCIA DE RESIDENCIA

En 2025 se notificaron casos de tuberculosis en todas las jurisdicciones del país. Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires concentraron conjuntamente el 66,1% del total nacional de casos.

La mayor tasa total de notificación se registró en Salta, con 63,8 casos por 100.000 habitantes. Le siguieron CABA, con 58,8 por 100.000; Buenos Aires, con 55,1; Jujuy, con 52,3; Formosa, con 42,8; y Chaco, con 39,3. Todas estas jurisdicciones presentaron tasas superiores a la tasa nacional. Mendoza presentó la menor tasa total, con 6,0 casos por 100.000 habitantes. También registraron tasas inferiores a 10 por 100.000 habitantes San Juan, La Rioja, Catamarca, Neuquén, San Luis y Santiago del Estero.

Al analizar únicamente los casos incidentes, Salta también presentó la tasa más alta, con 58,7 casos por 100.000 habitantes, mientras que Mendoza registró la tasa más baja, con 5,7 por 100.000 habitantes. En casos antes tratados, Salta volvió a registrar la tasa más elevada, con 5,0 por 100.000 habitantes. Catamarca, San Juan y Tierra del Fuego no notificaron casos con tratamiento previo

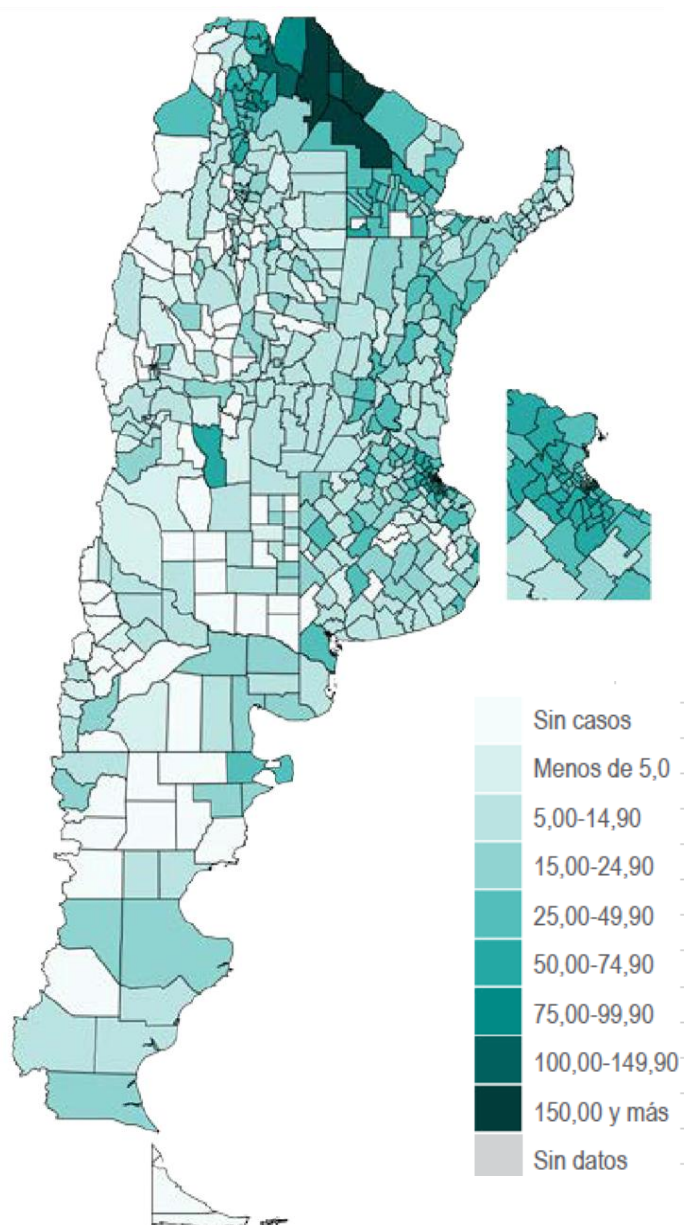
Gráfico 3. Tasas de notificación de casos de TB por 100.000 habitantes, según jurisdicción de residencia y clasificación de caso. Argentina, 2025.

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2026

VI.2.E. DISTRIBUCIÓN SUBJURISDICCIONAL

El análisis por departamentos arroja que de los 528 departamentos de Argentina 455 (86,2%) notificaron casos de tuberculosis en el bienio 2024-2025. El departamento con la tasa más alta fue Ramón Lista, de la provincia de Formosa, con una tasa 366,4 por 100.000 habitantes, esta fue 262 veces mayor a la que reportó el departamento Saladillo (Buenos Aires) (1,4 por 100.000 habitantes) (Mapa 1). La distribución de la tasa de notificación por subjurisdicciones fue desigual, los 23 departamentos con tasas de notificación mayores al percentil 95 (64,8 por 100.000 habitantes), aportaron el 7,6 % de la población del país y concentraron el 19,4 % de los casos notificados, mientras que 42 departamentos con las tasas inferiores a 7 por 100.000 habitantes, aportaron una proporción similar de población, pero concentraron solo el 0,4% de los casos de tuberculosis en ese bienio.

Mapa 1: Notificación de casos de TB (nuevos y recaídas) por subjurisdicciones. Tasas bianuales por 100.000 habitantes. Argentina, 2024-2025.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2026

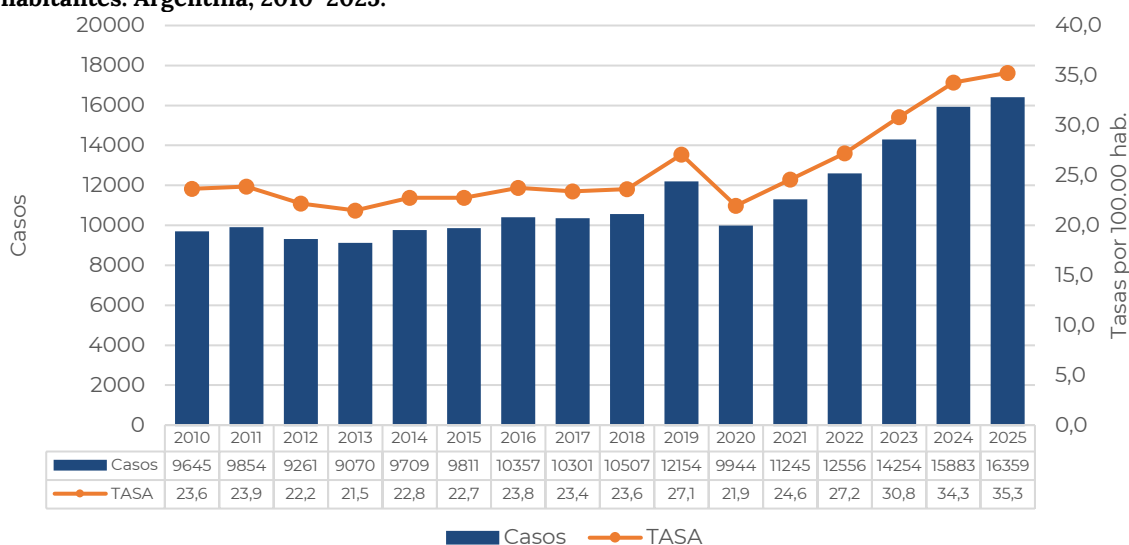
VI.2.F. TENDENCIA DE LOS CASOS INCIDENTES EN ARGENTINA

La evolución temporal de la notificación muestra un aumento de los casos incidentes en los últimos años (Gráfico 4). En 2025, la notificación de casos incidentes de tuberculosis aumentó por quinto año consecutivo en Argentina. Entre 2010 y 2019, las tasas de notificación de casos incidentes mostraron una variación anual promedio de 1,0% (-0,4%; 2,5%). Entre 2019 y 2020 se verificó un descenso del 18,9% en la tasa de notificación de casos incidentes, coincidente con el período de mayor impacto de la pandemia de COVID-19 sobre los servicios de salud y los sistemas de vigilancia.

A partir de 2020, la tendencia retomó el crecimiento. Entre 2020 y 2025, la variación anual promedio fue de 10,5%, con un intervalo de confianza entre 8,3% y 12,7%. En términos

absolutos, los casos incidentes pasaron de 9.944 en 2020 a 16.359 en 2025. La tasa aumentó de 21,9 por 100.000 habitantes en 2020 a 35,3 por 100.000 habitantes en 2025.

Gráfico 4. Tendencia de los casos de TB nuevos y recaídas y tasas de notificación por 100.000 habitantes. Argentina, 2010-2025.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2026

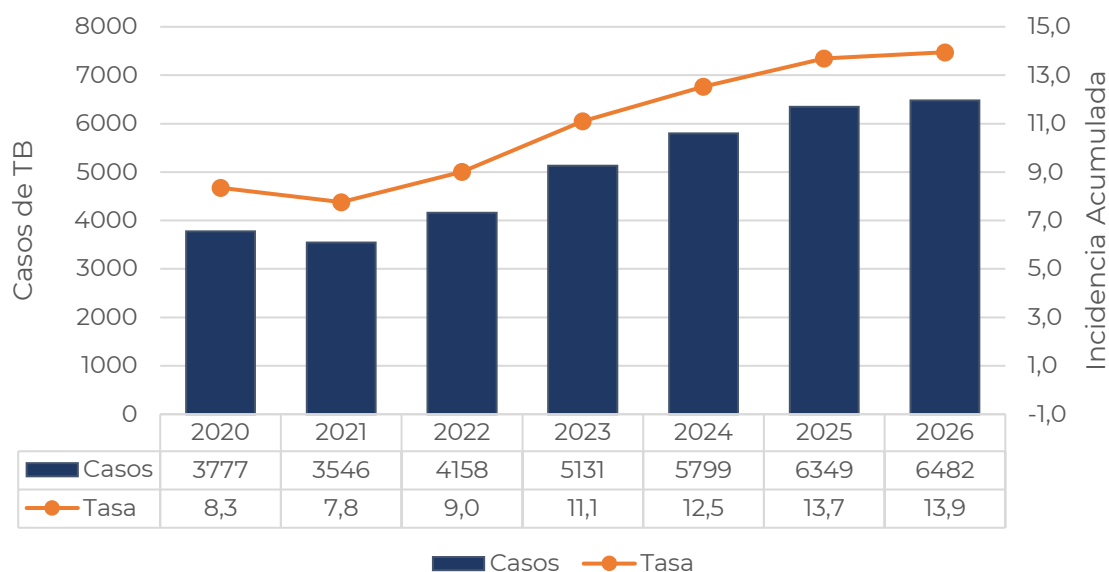
VI.3. Tuberculosis en la Argentina en el 2026

VI.3.A. INTRODUCCIÓN

La información utilizada surge de la notificación individual de casos realizada a través del evento tuberculosis (TB) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), vigente desde 2019. Para esta actualización se analizaron las notificaciones acumuladas hasta la semana epidemiológica (SE) 22, comparando el año 2026 con igual período de 2025 y con la serie histórica 2020-2026.

VI.3.B. TENDENCIA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TB

Entre 2020 y 2026, considerando las notificaciones acumuladas desde la SE 1 hasta la SE 22 de cada año, se observa una tendencia general ascendente. Los casos pasaron de 3.777 en 2020 a 6.482 en 2026, lo que representa un aumento de 2.705 casos (71,6%). Si bien en 2021 se verificó un descenso respecto de 2020, a partir de 2022 las notificaciones aumentaron de manera sostenida, alcanzando en 2026 el valor más alto de la serie.

Gráfico 5. Tasas de notificación por 100.000 hab. y número de casos de TB totales por fecha de notificación hasta la semana 22. Argentina, 2020-2026.

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

VI.3.C. NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TB SEGÚN JURISDICCIÓN HASTA LA SEMANA 22

Al comparar las notificaciones acumuladas por jurisdicción a la SE 22 de 2026 con igual período de 2025, se observa un comportamiento heterogéneo por regiones. El incremento se concentró principalmente en las regiones Centro, NEA y Cuyo. En términos absolutos, la región Centro aportó el mayor número de casos adicionales, con 264 casos más que en 2025, seguida por el NEA (+45) y Cuyo (+24). En cambio, la región Sur presentó un descenso de 35 casos (-22,3%), mientras que el NOA se mantuvo prácticamente estable, con una variación de 0,3%.

Tabla 3. Notificación de casos y tasas de TB totales por jurisdicción de residencia por fecha de notificación hasta la semana 22. Argentina, 2025-2026.

Jurisdicción	Casos 2025	Tasa	Casos 2026	Tasa	Variación porcentual de los casos
Buenos Aires	3397	19,47	3583	20,53	5,5
CABA	624	20,26	499	16,28	-20
Córdoba	225	5,69	280	7,06	24,4
Entre Ríos	85	5,83	118	8,07	38,8
Santa Fe	350	9,5	465	12,61	32,9
Centro	4681	15,8	4945	16,68	5,6
Mendoza	54	2,64	77	3,75	42,6
San Juan	19	2,24	23	2,7	21,1
San Luis	16	2,98	13	2,41	-18,8
Cuyo	89	2,59	113	3,28	27
Chaco	190	15,73	219	18,04	15,3
Corrientes	88	7,31	84	6,95	-4,5
Formosa	118	18,83	116	18,45	-1,7
Misiones	49	3,64	71	5,24	44,9
NEA	445	10,15	490	11,12	10,1
Catamarca	14	3,19	18	4,09	28,6
Jujuy	195	24,35	152	18,93	-22,1
La Rioja	15	3,72	6	1,48	-60
Salta	353	23,75	354	23,72	0,3
Santiago del Estero	35	3,31	47	4,43	34,3
Tucumán	148	8,34	185	10,4	25
NOA	760	12,75	762	12,74	0,3
Chubut	43	7,14	31	5,13	-27,9
La Pampa	13	3,45	9	2,38	-30,8
Neuquén	33	4,7	24	3,39	-27,3
Río Negro	30	3,8	29	3,66	-3,3
Santa Cruz	30	8,96	22	6,57	-26,7
Tierra del Fuego	8	4,4	7	3,83	-12,5
Sur	157	5,26	122	4,07	-22,3
Sin información	217		50		-77
Total	6349	13,69	6482	13,95	2,1

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Tasas de notificación acumulada por 100.000 habitantes

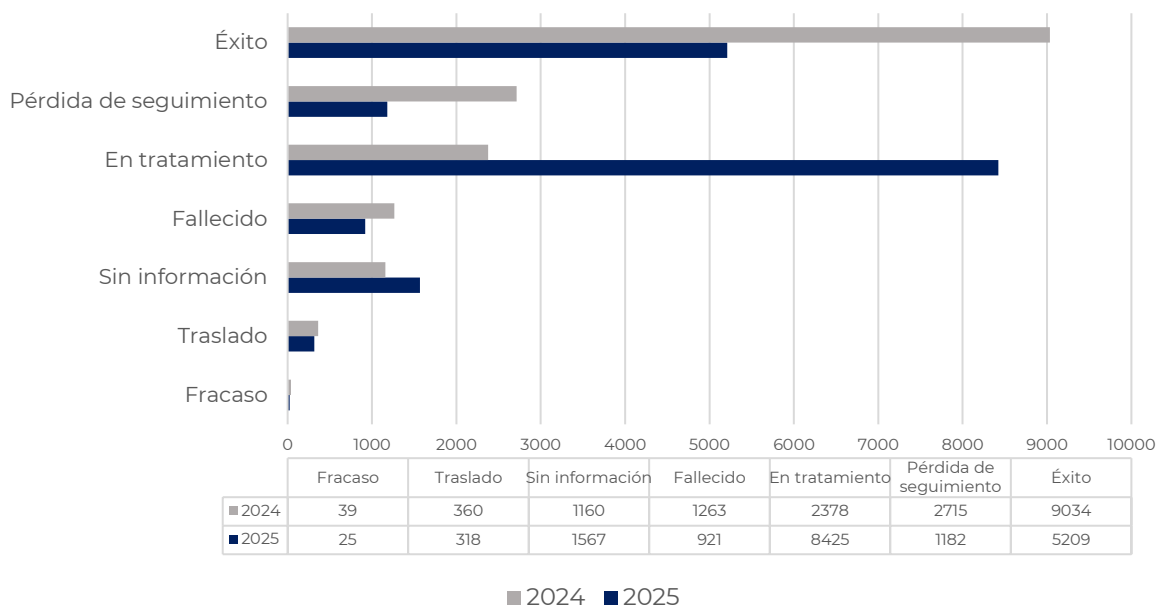
Entre las jurisdicciones, los mayores incrementos porcentuales se observaron en Misiones (+44,9%), Mendoza (+42,6%), Entre Ríos (+38,8%), Santiago del Estero (+34,3%) y Santa Fe (+32,9%). En términos absolutos, los mayores aumentos correspondieron a Buenos Aires (+186 casos), Santa Fe (+115), Córdoba (+55), Entre Ríos (+33) y Mendoza (+23). Por el contrario, se registraron descensos en CABA (-20,0%), Jujuy (-22,1%), La Rioja (-60,0%) y en todas las jurisdicciones de la región Sur. La tasa acumulada nacional fue de 13,95 por 100.000 habitantes en 2026; las jurisdicciones con tasas más elevadas fueron Salta (23,72), Buenos Aires (20,53), Jujuy (18,93), Formosa (18,45), Chaco (18,04) y CABA (16,28).

VI.3.D. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Para los casos notificados en 2024, el resultado más frecuente fue el éxito del tratamiento, con 9.034 casos (53,3%). Le siguieron la pérdida de seguimiento, con 2.715 casos (16,0%), los casos que continuaban en tratamiento, con 2.378 (14,0%), los fallecidos, con 1.263 (7,5%), y los casos sin información, con 1.160 (6,8%). Para 2025, en cambio, la categoría predominante fue

“en tratamiento”, con 8.425 casos (47,7%), mientras que el éxito del tratamiento alcanzó 5.209 casos (29,5%). Esta distribución debe interpretarse con cautela, ya que una proporción de los casos notificados en 2025 aún puede encontrarse dentro del período esperado de tratamiento o pendiente de cierre. No obstante, persisten 1.567 casos sin información de resultado (8,9%), lo que señala la necesidad de continuar fortaleciendo el registro oportuno de la evaluación final del tratamiento (Gráfico 2).

Gráfico 6. Resultado de la evaluación del tratamiento de los casos de TB totales hasta la semana 52. Argentina, 2024 y 2025.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, Ministerio de Salud de la Nación.

VI.4. Conclusiones

En 2025, la notificación de tuberculosis (TB) en Argentina consolida una tendencia de incremento sostenido tras el descenso observado durante la pandemia de COVID-19. Este aumento refleja tanto, la persistencia de determinantes sociales y sanitarios que favorecen la transmisión de la patología como la recuperación de las actividades de detección y diagnóstico.

Respecto al perfil epidemiológico, las características de la presentación de los casos en 2025 se mantienen similares a la de otros años con una mayor proporción en varones y un predominio en adultos jóvenes. Territorialmente, la distribución provincial y subjurisdiccional muestra un patrón heterogéneo. Buenos Aires y CABA concentran dos tercios de los casos del país, mientras que Salta, CABA, Buenos Aires, Jujuy, Formosa y Chaco presentaron las tasas más elevadas. Esta combinación de volumen absoluto y tasa permite diferenciar territorios que requieren estrategias de alto impacto poblacional de aquellos que, aun con menor número de casos, presentan una carga proporcional elevada.

VI.5. Sobre las acciones del Ministerio

La cartera sanitaria nacional trabaja para garantizar un abordaje integral de la enfermedad que combine la vigilancia epidemiológica, la sistematización de la información, la toma de decisiones basadas en evidencia y el monitoreo de las acciones de prevención, tratamiento y seguimiento implementadas por las jurisdicciones.

Entre diciembre de 2025 y la fecha se distribuyeron un total de 40.500 cartuchos para diagnóstico molecular de tuberculosis. Estos insumos fueron entregados a las jurisdicciones de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tierra del Fuego, Salta, Chaco, Jujuy y Santa Fe, con el objetivo de fortalecer la capacidad diagnóstica y garantizar el acceso oportuno a las pruebas de detección de la enfermedad.

Durante 2026 también se distribuyeron 2.870 dosis de Derivado Proteico Purificado (PPD) a distintas jurisdicciones del país para apoyar las actividades de diagnóstico y estudio de contactos. El PPD es una prueba cutánea, también conocida como prueba de Mantoux, que sirve para detectar si una persona ha estado expuesta a la bacteria de la tuberculosis (*Mycobacterium tuberculosis*).

Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación gestiona y autoriza de manera nominalizada el acceso a tratamientos para tuberculosis resistente o compleja, garantizando la provisión oportuna de medicamentos de segunda línea y la continuidad terapéutica. A la fecha se entregaron **546 tratamientos de segunda línea en curso** para tuberculosis farmacorresistente. De ese total, **275 corresponden a pacientes de la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**.

En cuanto a los traslados y transferencias de pacientes, durante 2026 el Ministerio de Salud de la Nación gestionó junto a las provincias el seguimiento de 53 pacientes con diagnóstico de TB que migraron hacia otras localidad o país. Los traslados interjurisdiccionales fueron 44. De este total 13 fueron hacia Provincia de Buenos Aires (PBA); 5 hacia Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA); 4 hacia Jujuy; 4 hacia Salta; 3 hacia Río Negro; 3 hacia Santa Fe; 3 hacia Tucumán; 2 hacia Formosa; 1 hacia Mendoza, 1 hacia Córdoba, 1 hacia Tierra del Fuego, 1 hacia Santiago del Estero; y 1 hacia Neuquén. Finalmente, de las 9 migraciones hacia otros países, 8 corresponden a personas que viajaron a Bolivia y 1 a Perú. s un total de 53 situaciones de localización y seguimiento de, mientras que las transferencias a Bolivia y Perú fueron 9 (sólo 1 a Perú)

Desde el equipo de TB se facilita la interconsulta con el Comité Asesor que evalúan y realizan sugerencia ante situaciones complejas para los profesionales de pacientes con diagnóstico de TB (o contactos estrechos). En 2026 recibimos y gestionamos un total de **46 pedidos de interconsultas provenientes de PBA, CABA**, Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Formosa, Mendoza, Misiones, Neuquén, Santa Cruz, Santa Fe y Tucumán. En algunos casos se realizaron reuniones virtuales con los profesionales para profundizar sobre algún caso en especial. De las situaciones recibidas **39 corresponden a casos de adultos y 7 a casos pediátricos**.

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional continúa trabajando para fortalecer la notificación de las jurisdicciones al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), promoviendo la nominalización progresiva de los datos y la mejora sostenida de la calidad de los registros en todas las jurisdicciones. Asimismo, a fin de unificar los criterios de diagnóstico y manejo de casos, se publicó el manual de "Pautas técnicas de tuberculosis en Argentina". El documento incorpora actualizaciones de los criterios diagnósticos, las mejoras en el enfoque de riesgo, y los nuevos lineamientos para la implementación de métodos moleculares de diagnóstico.

VII. Chagas en embarazadas y Chagas agudo congénito – Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La enfermedad de Chagas es una infección causada por *Trypanosoma cruzi*, que puede transmitirse por distintas vías. En Argentina, las principales formas de transmisión son la vertical –de una embarazada con infección por *T. cruzi* al hijo durante el embarazo o el parto– y la vectorial. Otras vías, como la transfusional, la oral, la asociada a trasplantes o la producida por accidentes de laboratorio, se presentan con menor frecuencia.

En Argentina, el área endémica para la enfermedad de Chagas, está definida por la presencia de la vinchuca y comprende a 19 provincias (Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán)¹⁹.

Por su magnitud, persistencia y distribución territorial, la enfermedad de Chagas constituye un problema relevante de salud pública. En este contexto, la vigilancia de Chagas en personas embarazadas y de Chagas agudo congénito resulta central para reducir la transmisión materno-infantil, favorecer el diagnóstico oportuno y garantizar el tratamiento temprano. Su prevención y detección temprana conllevan la posibilidad de cura para el niño superior al 90% en los casos congénitos tratados durante el primer año de vida (Schijman AG 2003, Altchek J 2003).

En Argentina, Chagas en personas embarazadas y Chagas agudo congénito integran los eventos de notificación obligatoria del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, de acuerdo con la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

El presente informe tiene por objetivo caracterizar la situación de Chagas en personas embarazadas y de Chagas agudo congénito a partir de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud durante el período 2021-2026.

Para consultar informes epidemiológicos previos, dirigirse al sitio web de los Boletines Epidemiológicos Nacionales (<https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional/boletines-2025>) y descargar los números 775, 751, 743.

VII.2. Chagas en embarazadas en Argentina

VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

La notificación implica dos modalidades de vigilancia: agrupada y nominal.

La **modalidad agrupada de laboratorio** consiste en la notificación semanal de dos indicadores principales: la cantidad de muestras estudiadas y positivas mediante dos técnicas serológicas para el diagnóstico de Chagas²⁰.

¹⁹<https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-continua-trabajando-en-la-prevencion-y-control-de-la-enfermedad-de-chagas>

²⁰ Un caso en el que se verifican resultados reactivos por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) se consideran casos confirmados de infección por *T. cruzi*.

Para el análisis de las **notificaciones agrupadas**, se consideraron los datos de los grupos de eventos “Embarazadas - Primer control” y “Embarazadas - Controles sin especificar”. En ambos casos, se incluyó el siguiente evento: “Chagas por dos técnicas (E)”.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Chagas en embarazadas” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología” y “Caso Descartado”. También, se excluyeron aquellos casos que tuvieran menos de 15 años de edad y aquellos mayores de 49 años al momento del embarazo. Se consideraron casos confirmados de Chagas en embarazadas aquellos cuya clasificación manual fue “Caso Confirmado” y “Caso de Chagas en embarazadas”. Para determinar el año de ocurrencia del caso, se definió una fecha final según el siguiente orden de prioridad: la primera fecha utilizada fue la “Fecha de registro en papel”; en los casos donde este dato no estuviera disponible, se tomó la “Fecha de consulta” y, por último, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la variable “Provincia de residencia”; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga”.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2022 y 30 de abril de 2026 con información notificada hasta el día 6 de mayo de 2026.

Para el cálculo de las razones y tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre²¹.

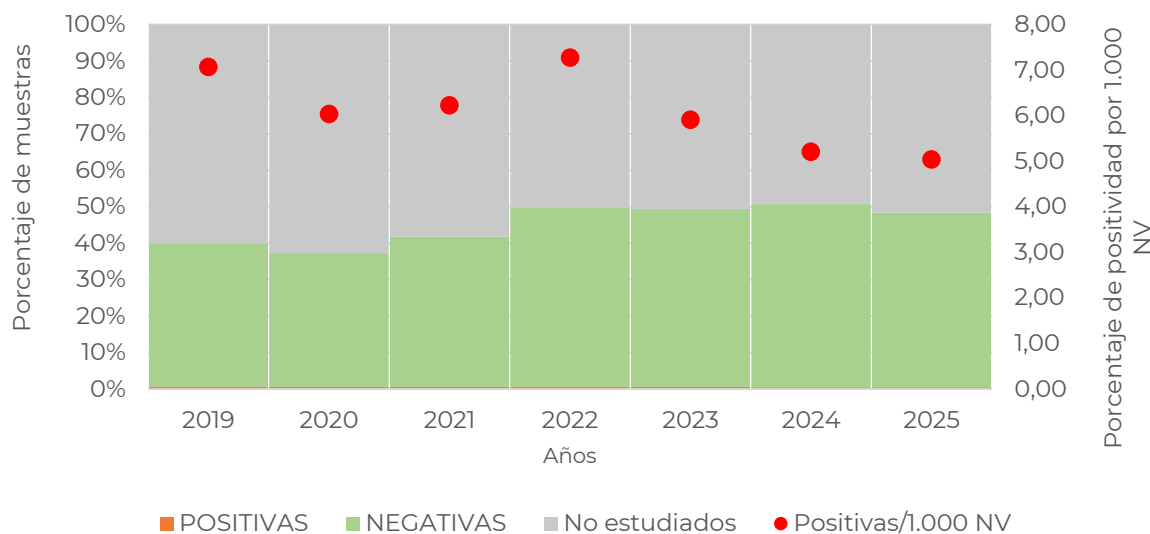
VII.2.B. SITUACIÓN DE CHAGAS EN EMBARAZADAS EN ARGENTINA

Caracterización a partir de la notificación agrupada de laboratorio

A continuación, se presentan las muestras estudiadas por dos técnicas serológicas para Chagas en embarazadas notificadas por año mediante la modalidad agrupada en el SNVS 2.0, en el periodo de 2019 a 2025, según resultado de laboratorio (positivo o negativo), porcentaje de embarazadas no estudiadas y porcentaje de positividad. La cantidad de embarazadas no estudiadas fue estimada a partir del número de nacidos vivos de cada año.

²¹ Información disponible en el siguiente enlace: [Estadísticas Vitales Información Básica Argentina - Año 2024](#)

Gráfico 1. Muestras estudiadas por dos técnicas serológicas para Chagas en embarazadas según resultado (negativas y positivas), no estudiadas y porcentaje de positividad. Argentina, 2019–2025. (N=3.469.013)



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0 y DEIS.

Entre 2019 y 2025, el porcentaje de embarazadas sin estudio serológico consignado mostró una tendencia general descendente, pasando del 60% en 2019 al 49% en 2024, lo que sugiere una leve mejora en la cobertura de tamizaje para enfermedad de Chagas. No obstante, en 2025 se observó un leve incremento de este indicador, alcanzando el 52%.

En relación con la detección de infección por *T. cruzi*, se observa una disminución progresiva de la cantidad de resultados positivos a lo largo del período analizado, pasando de 4.426 casos positivos en 2019 a 2.084 en 2025, lo que representa una reducción del 53%.

De manera concordante, la tasa de positividad por 1.000 nacidos vivos presentó una tendencia general descendente. Si bien se observan fluctuaciones interanuales, con un aumento transitorio en 2022 (7,28 positivos por 1.000 nacidos vivos), a partir de ese año la razón disminuyó sostenidamente, alcanzando 5,04 positivos por 1.000 nacidos vivos en 2025, el valor más bajo de la serie analizada. Estos resultados sugieren una reducción en la frecuencia de detección de Chagas entre las embarazadas estudiadas durante los últimos años.

Caracterización a partir de la notificación nominal²²

- Evolución temporal y espacial

Para caracterizar la situación de la vigilancia de la infección por *Trypanosoma cruzi* en embarazadas, se analiza la frecuencia y distribución de los casos confirmados notificados de forma nominal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Se utiliza para el análisis, los eventos notificados desde el 2022, ya que representa el año de consolidación de la notificación luego del período pandémico.

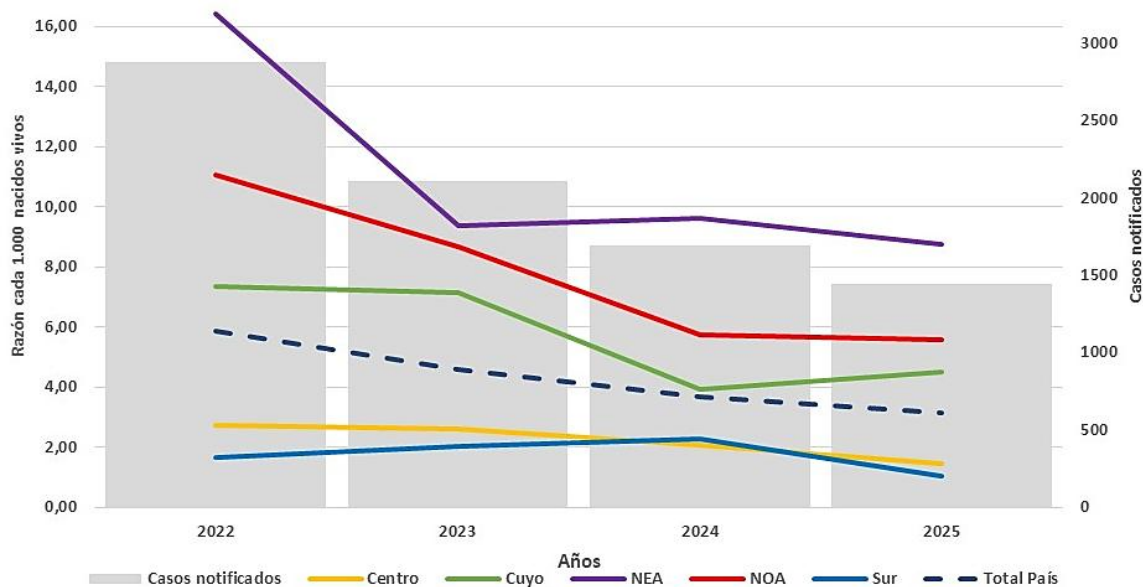
Durante el período 2022-2025, en Argentina se notificaron 8.128 casos confirmados de Chagas en embarazadas, con un promedio anual de 2.032 casos. El mayor número de

²² La vigilancia de Chagas en embarazadas se realiza mediante dos estrategias complementarias de notificación: agrupada (laboratorial) y nominal (clínica, epidemiológica y laboratorial). Debido a las particularidades operativas y metodológicas de cada modalidad, el número de casos puede diferir entre ambas estrategias para un mismo período de análisis.

notificaciones se observó en 2022, con 2.884 casos, mientras que en los años posteriores se observa una disminución, alcanzando 1.693 casos en 2024 y 1.441 en 2025, lo que representa una reducción de 50% en la serie presentada.

Para estimar la magnitud del evento en la población, se calculó la razón de casos confirmados por cada 1.000 nacidos vivos. Este indicador permite analizar la evolución relativa del evento en un contexto de descenso sostenido de la natalidad. Dado que no se dispone de un registro anual de embarazos, este indicador constituye una aproximación indirecta para analizar la ocurrencia del evento en relación con los nacimientos registrados.

Gráfico 2. Evolución de la razón de casos notificados de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2022-2025 (n =8.128).



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0

A nivel nacional, la razón de infección por *T. cruzi* en embarazadas cada 1.000 nacidos vivos muestra una tendencia descendente en el período 2022-2025, iniciando la serie en 5,9 (con 2.884 casos notificados) en 2022 y alcanzando 3,1 (con 1.441 casos notificados) en 2025, lo que representa una reducción tanto en el indicador como en el volumen de casos notificados.

En la comparación entre regiones, persiste una marcada heterogeneidad, con valores más elevados en NEA y NOA, niveles intermedios en Cuyo y razones por debajo del promedio nacional en Centro y Sur. Si bien todas las regiones muestran una tendencia general al descenso, se observan diferencias en la magnitud y velocidad de dicha reducción. Estas variaciones deben interpretarse considerando posibles diferencias en la captación de embarazadas, el acceso al diagnóstico durante el control prenatal, la cobertura del tamizaje y la oportunidad y completitud de la notificación.

A continuación, se presenta una tabla que muestra los casos y la razón de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos en Argentina, según jurisdicción, para el período 2022-2025.

Tabla 1. Casos confirmados y razón de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2022-2025 (n =8.128).

Jurisdicción	2022		2023		2024		2025	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Buenos Aires	283	1,63	338	2,08	258	1,59	181	1,11
CABA	110	4,46	68	2,83	55	2,29	45	1,88
Córdoba	150	3,61	114	2,99	109	2,86	85	2,23
Entre Ríos	72	4,77	69	4,90	55	3,91	13	0,92
Santa Fe	199	4,80	126	3,35	97	2,58	70	1,86
Centro	814	2,74	715	2,59	574	2,08	394	1,43
Mendoza	174	8,18	126	6,29	78	3,89	88	4,39
San Juan	81	7,77	97	9,90	42	4,29	51	5,21
San Luis	19	3,42	25	5,04	16	3,22	18	3,63
Cuyo	274	7,35	248	7,13	136	3,91	157	4,51
Chaco	674	37,23	354	21,11	465	27,73	429	25,58
Corrientes	25	1,74	25	1,75	14	0,98	17	1,19
Formosa	259	30,53	139	16,85	51	6,18	37	4,48
Misiones	37	1,89	26	1,37	29	1,53	25	1,32
NEA	995	16,43	544	9,35	559	9,60	508	8,73
Catamarca	16	3,34	11	2,59	7	1,65	11	2,59
Jujuy	30	3,84	36	4,89	26	3,53	38	5,16
La Rioja	20	4,55	33	7,89	37	8,84	17	4,06
Salta	228	12,18	131	7,72	85	5,01	75	4,42
Santiago del Estero	400	34,26	306	25,78	192	16,17	187	15,75
Tucumán	57	2,76	30	1,62	15	0,81	25	1,35
NOA	751	11,04	547	8,66	362	5,73	353	5,59
Chubut	11	1,79	13	2,39	13	2,39	1	0,18
La Pampa	5	1,43	6	1,85	22	6,79	6	1,85
Neuquén	6	0,80	13	1,89	17	2,47	7	1,02
Río Negro	10	1,24	13	1,76	7	0,95	10	1,36
Santa Cruz	14	3,82	6	1,91	2	0,64	2	0,64
Tierra del Fuego	4	2,59	5	3,47	1	0,69	3	2,08
Sur	50	1,64	56	2,04	62	2,25	29	1,05
Total general	2884	5,85	2110	4,59	1693	3,68	1441	3,13

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0

La región NEA presentó las razones más elevadas durante todo el período, en correspondencia con su condición de región históricamente endémica para el evento. La razón regional muestra su valor máximo en 2022, con 16,4 casos por 1.000 nacidos vivos, descendiendo a 8,7 en 2025, lo que representa una disminución de 47% en el período. Sin embargo, esta dinámica no es homogénea al interior de la región, ya que provincias como Misiones y Corrientes presentan de manera consistente valores inferiores al promedio nacional, mientras que Chaco concentra las razones más elevadas del país a lo largo de toda la serie, con un pico de 37,2 en 2022 y 25,6 en 2025. Si bien entre 2022 y 2025 la razón provincial se redujo 31,2%, continuó mostrando los valores más altos del país.

En segundo lugar, se ubicó la región NOA que, si bien presentó razones inferiores a las observadas en el NEA, mantuvo valores elevados en comparación con el resto del país. La razón regional también exhibe su valor máximo en 2022, con 11 casos por 1.000 nacidos vivos, y descendió a 5,6 en 2025, lo que representa una disminución de 49%. En esta región, Santiago del Estero se destacó por mostrar algunas de las razones más altas del período a nivel nacional, con un pico de 34,3 en 2022 y 15,7 en 2025. Si bien entre 2022 y 2025 la razón provincial se redujo 54,2%, continuó ubicándose entre las más elevadas del país y representa la segunda razón más alta a nivel nacional en 2025. A su vez, Salta presentó la segunda razón más alta de la región, con 12,2 casos por 1.000 nacidos vivos en 2022 y 4,4 en 2025, lo que

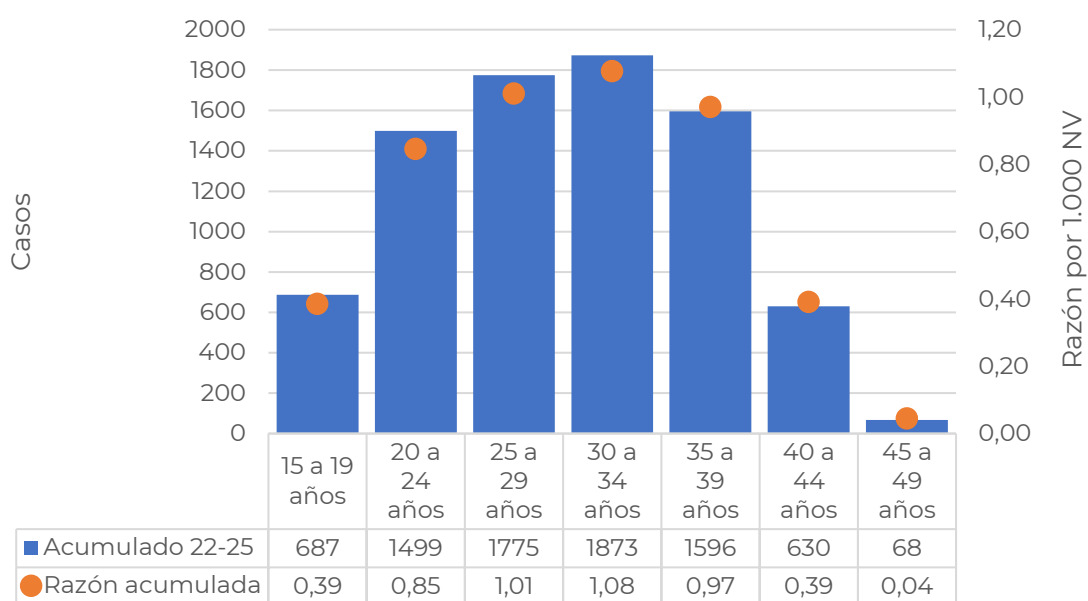
representó una disminución de 63,9%. Sin embargo, en este último año, la razón provincial fue 3,6 veces menor que la presentada en Santiago del Estero para el mismo periodo.

Finalmente, la región Cuyo mostró razones intermedias, con oscilaciones a lo largo del periodo y valores comprendidos entre 7,3 y 3,9 casos por 1.000 nacidos vivos, mientras que las regiones Centro y Sur presentaron las razones más bajas de la serie, con valores que oscilaron entre 2,7 y 1,4 y entre 2,2 y 1 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente.

- Caracterización por grupo de edad

Con el fin de caracterizar la distribución de los casos confirmados de Chagas en embarazadas según edad, se presenta a continuación la distribución de casos y la razón por 1.000 nacidos vivos por grupo etario en Argentina durante 2025.

Gráfico 3. Distribución de casos acumulados y razones por mil nacidos vivos de Chagas en embarazadas por grupo de edad. Argentina, año 2022-2025. (n= 8.128).

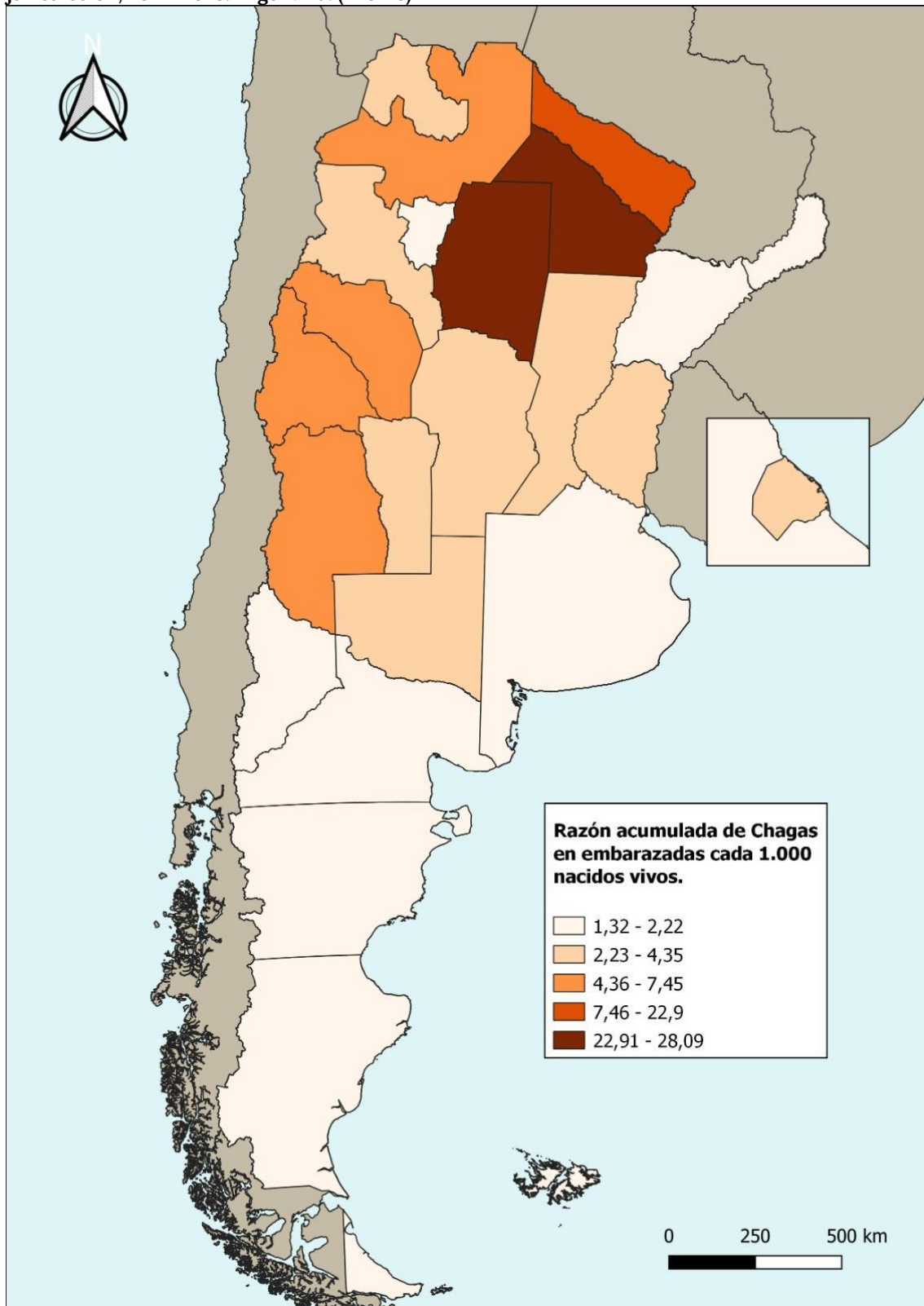


Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0

Analizando el acumulado del periodo 2022-2025, la distribución de los casos confirmados de Chagas en embarazadas mostró una mayor concentración en los grupos de 30 a 34 años, con 1.873 casos (23% del total), seguido por el grupo de 25 a 29 años, con 1.775 casos (22%), y 35 a 39 años, con 1.596 casos (20%). En conjunto, estos tres grupos reunieron 5.244 casos, equivalentes al 65% del total notificado. En cuarto lugar se encuentran las embarazadas de 20 a 24 años con 1.499, mientras que las frecuencias disminuyen marcadamente en los extremos de la distribución etaria. Al analizar la razón acumulada de casos por 1.000 nacidos vivos, se observa un patrón similar, con las mayores tasas concentradas en los grupos de 25 a 39 años y un pico en el grupo de 30 a 34 años, en línea con la creciente concentración de los nacimientos en edades más avanzadas de la vida reproductiva.

A continuación, para caracterizar la distribución geográfica de los casos confirmados de chagas en embarazadas cada 1.000 nacidos vivos, se presenta el siguiente mapa.

Mapa 1. Distribución espacial de casos de chagas en embarazadas cada 1.000 nacidos vivos según jurisdicción, 2022-2025. Argentina. (n=8128)



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0

Durante el período 2022-2025, la razón acumulada de casos de Chagas en embarazadas por cada 1.000 nacidos vivos mostró una distribución espacial heterogénea en Argentina. Las razones acumuladas más elevadas se registraron en Chaco (28,1) y Formosa (14,6), ambas pertenecientes a la región NEA, y en Santiago del Estero (22,9) y Salta (7,5), correspondientes

a la región NOA. También se observaron razones elevadas en La Rioja (6,3), San Juan (6,8) y Mendoza (5,7). En contraste, las menores razones acumuladas se observan en Río Negro (1,3), Corrientes (1,4), Misiones (1,5), Neuquén (1,5) y Buenos Aires (1,6). En términos generales, los valores más elevados se concentraron en provincias del NEA y NOA, mientras que las jurisdicciones de la región Sur presentaron los valores más bajos.

VII.2.C. SITUACIÓN ACTUAL DE CHAGAS EN EMBARAZADAS

A continuación, se presenta la frecuencia y distribución de los casos notificados de infección por *Trypanosoma cruzi* en embarazadas notificados hasta la semana epidemiológica 15 de 2025 y 2026 y la razón de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos según región para el mismo periodo.

Tabla 2. Casos confirmados y razón de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos, según Región. Argentina, SE 1 a SE 15, período 2025-2026 (n=713).

Regiones	2025		2026		Dif. e/ razones
	Casos	Razón	Casos	Razón	
Centro	109	0,39	118	0,43	8%
Cuyo	27	0,78	48	1,38	78%
NEA	137	2,35	63	1,08	-54%
NOA	120	1,9	74	1,17	-38%
Sur	10	0,36	7	0,25	-30%
Total País	403	0,88	310	0,67	-23%

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0

En el análisis comparativo de los casos de Chagas en embarazadas notificados hasta la SE 15 de 2025 y 2026, se observa una disminución del 23% en la razón de nacidos vivos.

Esta tendencia se observa en tres de las cinco regiones, con descensos marcados en NEA (de 137 a 63 casos, 54%), NOA (de 120 a 74 casos, 38%) y Sur, con una menor cantidad absoluta de casos, pero un descenso similar, del 30% (10 a 7 casos).

En contraste, la región Centro presenta un leve aumento (pasando de 109 a 118 casos, 8%) y es en la región de Cuyo donde se evidencia un incremento mayor, pasando de 27 y 48 casos notificados a la SE 15 de 2025 y 2026 respectivamente, lo que representa un 78% de aumento.

Dado que se trata de información parcial correspondiente a las primeras semanas del año, estas diferencias deben interpretarse con prudencia, considerando posibles variaciones en la oportunidad de notificación y en la carga de datos en el sistema de vigilancia.

VII.3. Chagas agudo congénito

VII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

Para el período analizado, se incluyó el evento “Chagas agudo congénito” notificado por modalidad nominal. Para el análisis se excluyeron aquellos casos clasificados manualmente como “Invalidados por Epidemiología”. Se consideraron casos confirmados de Chagas agudo congénito aquellos con muestras de laboratorio que confirmaran la infección según el algoritmo diagnóstico vigente para la edad del caso, así como también aquellos en los que dichos estudios estuvieran consignados en la sección “Diagnóstico referido o constatado”. Para determinar el año del diagnóstico, se utilizó la “Fecha de nacimiento” y, cuando ésta no estaba consignada, se recurrió como alternativa a la “Fecha de apertura”. Para establecer la

procedencia del caso, se consideró la variable “Provincia de residencia” y, en ausencia de este dato, se utilizó en su reemplazo la variable “Provincia de carga”.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0 correspondientes a la notificación nominal entre el 1 de enero de 2021 y el 31 de diciembre de 2025, con información notificada hasta el 4 de abril de 2026.

Para el cálculo de las tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre nacidos vivos registrados según jurisdicción de residencia de la madre²³.

VII.3.B. SITUACIÓN DE CHAGAS AGUDO CONGÉNITO

- Evolución temporal y espacial

Durante el período 2022-2025, se notificaron 241 casos confirmados de Chagas agudo congénito. Para describir la magnitud y distribución del evento en Argentina, se analizaron los casos confirmados y la tasa de infección congénita por *T. cruzi* por 1.000 nacidos vivos según jurisdicción y región en el período 2022-2025.

No obstante, los valores correspondientes a los años más recientes, en particular 2025, deben interpretarse con prudencia, ya que la confirmación diagnóstica de la infección congénita suele requerir estudios realizados entre los 10 y 18 meses de vida. En consecuencia, es esperable que los casos correspondientes a dicho año se encuentren subestimados debido a procesos diagnósticos aún en curso.

A continuación, se presenta la tabla que muestra la evolución anual de los casos confirmados y de las tasas notificadas a nivel nacional, regional y jurisdiccional.

²³ Información disponible en el siguiente enlace: [Estadísticas Vitales Información Básica Argentina – Año 2024](#)

Tabla 3. Casos y tasas cada 1.000 nacidos vivos. Chagas agudo congénito. Argentina. SE 1 a SE 52. Periodo 2022-2025. (n=241)

Jurisdicción	2022		2023		2024		2025	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Buenos Aires	15	0,09	13	0,08	18	0,11	9	0,06
CABA	8	0,32	1	0,04	4	0,17	3	0,13
Córdoba	4	0,10	4	0,10	8	0,21	3	0,08
Entre Ríos	2	0,13	0	0,00	1	0,07	0	0,00
Santa Fe	5	0,12	8	0,21	1	0,03	4	0,11
Total Centro	34	0,11	26	0,09	32	0,12	19	0,07
Mendoza	6	0,28	5	0,25	4	0,20	5	0,25
San Juan	2	0,19	1	0,10	1	0,10	2	0,20
San Luis	0	0,00	1	0,20	3	0,60	2	0,40
Total Cuyo	8	0,21	7	0,20	8	0,23	9	0,26
Chaco	9	0,50	2	0,12	2	0,12	4	0,24
Corrientes	1	0,07	1	0,07	2	0,14	2	0,14
Formosa	3	0,35	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Misiones	1	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total NEA	14	0,23	3	0,05	4	0,07	6	0,10
Catamarca	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Jujuy	1	0,13	2	0,27	2	0,27	1	0,14
La Rioja	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	11	0,59	12	0,71	6	0,35	8	0,47
Santiago del Estero	0	0,00	2	0,17	2	0,17	0	0,00
Tucumán	0	0,00	5	0,27	2	0,11	1	0,05
Total NOA	12	0,18	21	0,33	12	0,19	10	0,16
Chubut	0	0,00	2	0,37	1	0,18	0	0,00
La Pampa	1	0,29	1	0,31	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,44
Río Negro	1	0,12	1	0,14	0	0,00	1	0,14
Santa Cruz	0	0,00	2	0,64	0	0,00	2	0,64
Tierra del Fuego	1	0,65	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total Sur	3	0,10	6	0,22	1	0,04	6	0,22
Total general	71	0,14	63	0,14	57	0,12	50	0,11

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0

A nivel nacional, se observa una disminución en el número de casos confirmados de infección congénita por *T. cruzi* a lo largo del período analizado, pasando de 71 casos en 2022 a 50 en 2025, lo que representa una reducción del 29,6%. En concordancia, la tasa por 1.000 nacidos vivos presenta una tendencia descendente, con valores de 0,14 en 2022 y 0,11 en 2025, tras un período de relativa estabilidad en torno a 0,14 y 0,12 entre 2023 y 2024, respectivamente.

En el análisis regional, el NOA presentó las tasas más elevadas durante gran parte del período analizado, alcanzando su valor máximo en 2023 con 0,33 casos por 1.000 nacidos vivos. Si bien posteriormente se observó un descenso, esta región continuó mostrando tasas superiores al promedio nacional, con valores de 0,19 y 0,16 por 1.000 nacidos vivos en 2024 y 2025, respectivamente. Al interior, Salta se destaca como la provincia con tasas más elevadas en el conjunto del período (comenzando la serie con una tasa de 0,59 casos cada 1.000 nacidos vivos en 2022, subiendo a 0,71 en 2023, disminuyendo a 0,35 en 2024 para volver a aumentar a un 0,47 al final de la serie). Por su parte, Cuyo mostró una tendencia creciente hacia el final del período, pasando de 0,20 por 1.000 nacidos vivos en 2023 a 0,26 en 2025, constituyéndose en la región con la tasa más elevada en el último año analizado. En contraste, la región Centro presentó tasas inferiores a las observadas en NOA y Cuyo, con un descenso de 0,11 en 2022 a 0,07 por 1.000 nacidos vivos en 2025, igual o por debajo del promedio nacional durante todo el período. Finalmente, la región Sur presenta un comportamiento muy heterogéneo, con tasas muy por debajo del promedio nacional en 2022

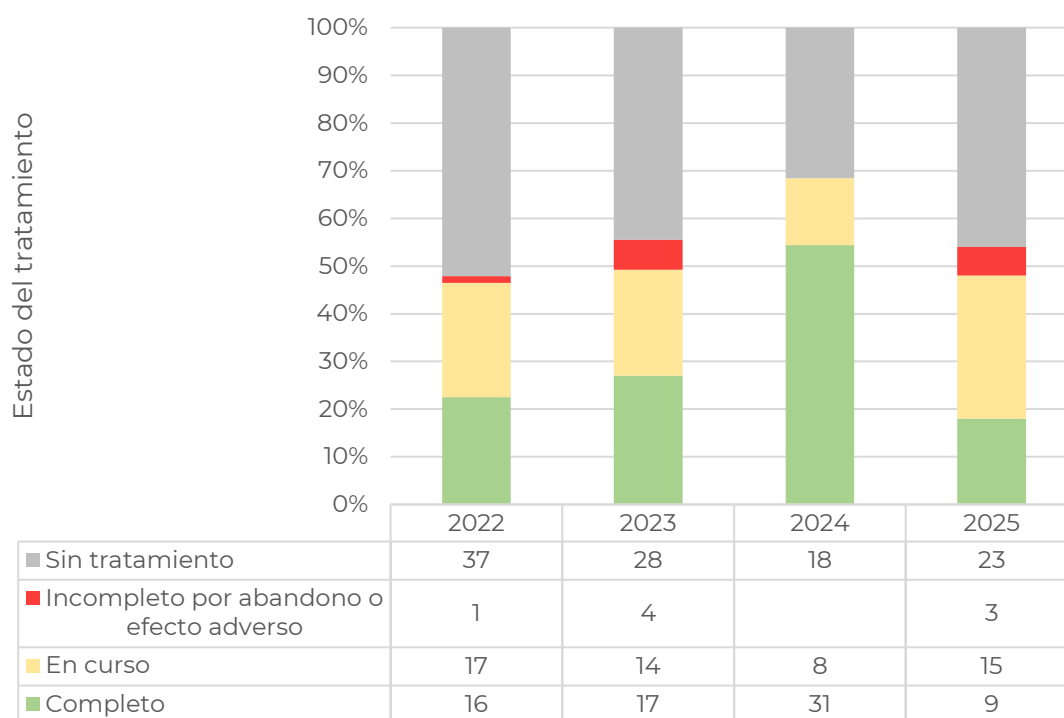
y 2024, y superiores en 2023 y 2025. Las diferencias observadas deben interpretarse con cautela, especialmente en aquellas jurisdicciones con bajo número de casos, donde pequeñas variaciones absolutas pueden generar fluctuaciones importantes en las tasas.

- Caracterización clínica-epidemiológica

Del total de casos confirmados notificados durante el período 2022-2025 (n=241), el 56% (n=135) tiene consignado el tratamiento, mientras que sólo el 6,6% (n=16) presentó signos y síntomas documentados.

A fin de describir la situación de tratamiento de los casos confirmados de Chagas agudo congénito, se analiza la distribución de los casos según la información consignada en el sistema de vigilancia.

Gráfico 4. Caracterización de los casos de chagas agudo congénito con tratamiento consignado según estado de tratamiento. Argentina. año 2022-2025. (n= 241).



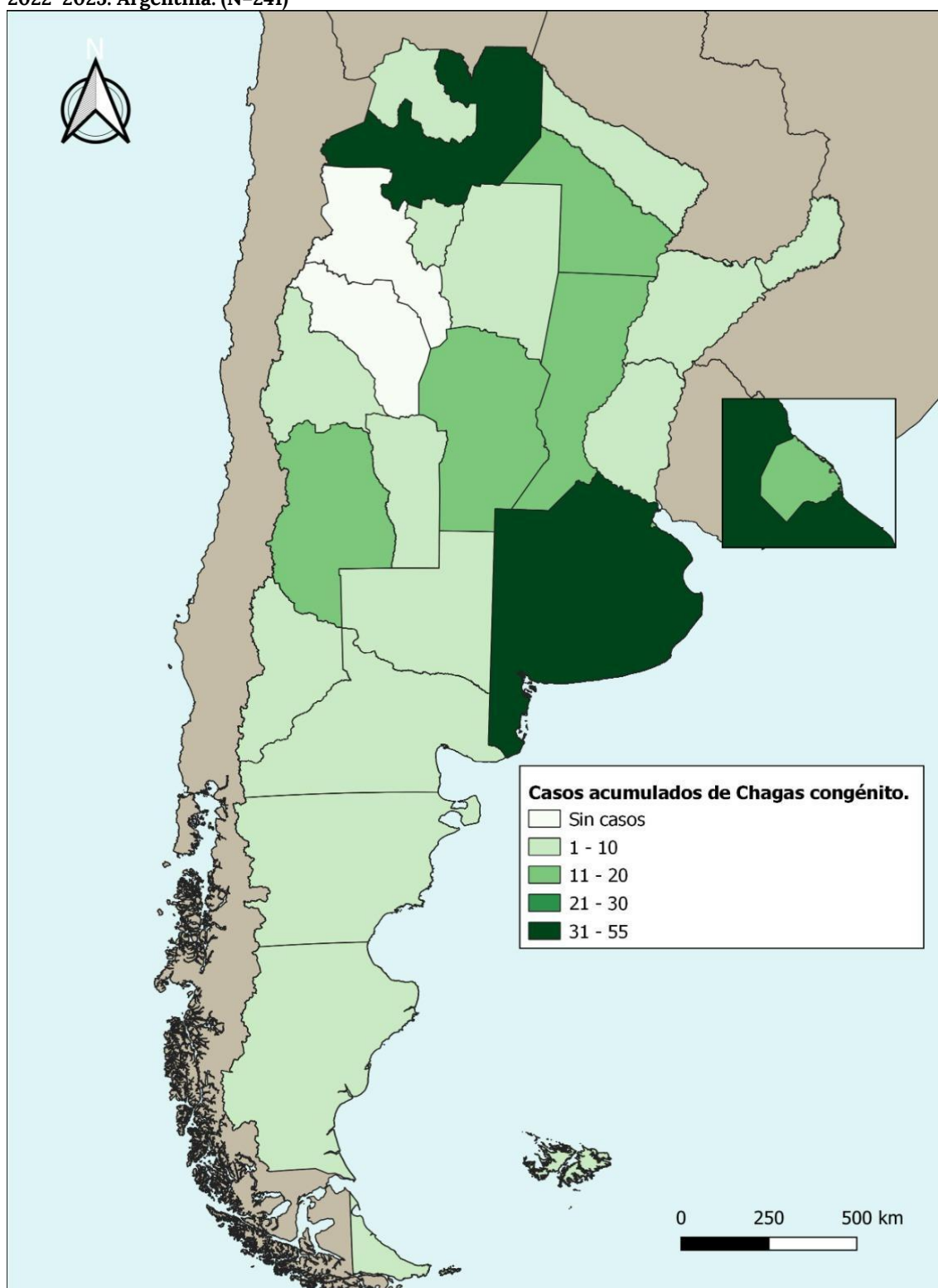
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0

La distribución de los casos confirmados de Chagas congénito según situación de tratamiento mostró variaciones entre 2022 y 2025. En 2022 y 2023 predominó la categoría sin tratamiento, que representó el 52% (n=37) y el 44% (n=28) de los casos, respectivamente. En 2024 se observó un cambio en este patrón, con un marcado aumento de los tratamientos completos, que alcanzaron el 54% (n=31) de los casos notificados, mientras que los casos sin tratamiento descendieron al 32% (n=18). Sin embargo, en 2025 volvió a predominar la categoría sin tratamiento con un 46% (n=23), seguida de los casos en curso que representaron el 30% (n=15).

La disponibilidad de información completa y actualizada sobre la situación de tratamiento constituye un componente central de la vigilancia de Chagas. En este sentido, los resultados observados refuerzan la necesidad de fortalecer la consignación oportuna de esta variable, indispensable para monitorear la respuesta del sistema de salud y evaluar la oportunidad de acceso al tratamiento.

Para caracterizar la distribución espacial de los casos confirmados de chagas agudo congénito, se presenta el siguiente mapa.

Mapa 2. Distribución espacial de casos acumulados de chagas agudo congénito según jurisdicción, 2022-2025. Argentina. (N=241)



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0

Los casos confirmados de Chagas agudo congénito acumulados entre 2022 y 2025 muestran una distribución heterogénea en el territorio nacional. La provincia de Buenos Aires presenta el mayor número de casos acumulados (n=55), seguida por Salta (n=37). También se

observaron casos acumulados con elevada carga en Mendoza (n=20), Córdoba (n=19), Santa Fe (n=18), Chaco (n=17) y CABA (n=16). En términos regionales, los mayores acumulados se concentraron en el NOA, NEA y Centro, mientras que las jurisdicciones de la región Sur presentaron las menores magnitudes. No obstante, al considerar las tasas acumuladas por 1.000 nacidos vivos, las mayores magnitudes correspondieron a Salta (0,53), Santa Cruz (0,31), San Luis (0,29), Mendoza (0,25) y Jujuy (0,20). Por su parte, Catamarca y La Rioja no notificaron casos confirmados durante el período analizado. Estos resultados deben interpretarse con precaución, dado que persisten desafíos en la detección, confirmación y notificación de casos en algunas jurisdicciones históricamente endémicas, lo que podría influir en la distribución observada.

VII.3.C. SITUACIÓN ACTUAL DE CHAGAS AGUDO CONGÉNITO

Hasta la SE 15 de 2026 se notificaron 304 casos de Chagas agudo congénito, de los cuales 10 fueron confirmados —4 de ellos con tratamiento consignado— y 294 se encuentran clasificados como casos sospechosos. La elevada proporción de casos en estudio debe interpretarse en el marco de las particularidades del algoritmo diagnóstico de este evento. Mientras que la confirmación puede realizarse mediante la detección del parásito por métodos directos, la clasificación como caso descartado requiere la obtención de dos resultados negativos mediante técnicas serológicas de diferente principio realizadas entre los 10 y 18 meses de vida. En consecuencia, una parte importante de los casos notificados durante el año en curso aún no ha alcanzado la edad necesaria para completar el proceso diagnóstico, por lo que resulta esperable que permanezcan clasificados como casos bajo estudio.

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

Desde su rol de rectoría, el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante la vigilancia epidemiológica a nivel nacional y la sistematización de la información brindada por las jurisdicciones. En este sentido, realiza un análisis periódico de las notificaciones de Chagas, a fin de caracterizar a las poblaciones más afectadas, evaluar las capacidades de tamizaje, monitorear la respuesta sanitaria y desarrollar estrategias de seguimiento y vigilancia activa.

Por otro lado, la cartera sanitaria nacional tiene a su cargo la provisión y distribución de los tratamientos específicos para la enfermedad de Chagas. De esta manera, se busca garantizar su disponibilidad en las distintas jurisdicciones del país y asegurar el acceso oportuno al tratamiento. En lo que va de 2026, se distribuyeron 863 unidades de medicamentos antiparasitarios a las jurisdicciones. La distribución estuvo integrada principalmente por Benznidazol 100 mg (672 unidades) y Nifurtimox 120 mg (129 unidades), con una mayor concentración de entregas en la provincia del Chaco y Buenos Aires, en concordancia con la demanda asistencial reportada.

Finalmente, el Ministerio de Salud de la Nación viene trabajando en el fortalecimiento de la vigilancia vectorial para preservar los avances alcanzados en el control de la transmisión y avanzar hacia su interrupción sostenida en todo el territorio nacional. Para ello, entre el primer trimestre de 2025 y el segundo trimestre de 2026 se desarrollaron acciones de vigilancia entomológica y control químico en distintas jurisdicciones del país, alcanzando la evaluación de más de 40.000 viviendas y la realización de cerca de 17.000 rociados. Las intervenciones se concentraron principalmente en provincias con antecedentes de mayor riesgo entomológico, como San Juan y Santiago del Estero. La intensidad y distribución de

las actividades se adaptaron a las prioridades sanitarias locales, manteniéndose como eje central la vigilancia continua y la respuesta oportuna ante la detección de triatominos.

La participación comunitaria y la existencia de puestos de notificación de vinchucas constituyen herramientas fundamentales para sostener la vigilancia entomológica y orientar las acciones de control, particularmente en contextos territoriales diversos y con diferentes capacidades operativas. Asimismo, la articulación entre los equipos locales, provinciales y nacionales permite adaptar las estrategias a las particularidades de cada jurisdicción y fortalecer la capacidad de respuesta frente a situaciones de riesgo.

En octubre de 2025, el Ministerio de Salud de la Nación puso en marcha la estrategia de Vigilancia Intensificada de Chagas congénito y en embarazadas (SeVICha), con el objetivo de fortalecer el seguimiento nominal de los casos, mejorar la calidad de la información registrada en el SNVS 2.0 y promover el cierre oportuno de eventos.

La iniciativa permitió organizar una línea de trabajo sostenida con las 24 jurisdicciones del país, a partir del monitoreo de más de 4.000 casos en seguimiento, la elaboración y distribución de 15 informes periódicos y el acompañamiento permanente a los equipos responsables de la notificación, actualización y cierre de eventos. El contacto cotidiano con los referentes jurisdiccionales posibilitó también la resolución de consultas operativas, compartir novedades, acompañar procesos y mejorar la calidad de la vigilancia.

Como parte de esta estrategia, el 15 de abril y el 10 de junio de 2026, se realizaron 2 jornadas de trabajo con la participación de alrededor de 600 personas de distintos niveles de gestión y atención, incluyendo equipos de epidemiología, programas de Chagas, laboratorios, maternidad e infancia, atención primaria y efectores locales. En estos espacios, 5 jurisdicciones compartieron sus experiencias y desempeños: Buenos Aires, Mendoza, Salta, Santa Fe y La Pampa, favoreciendo el intercambio de aprendizajes concretos y la construcción de criterios comunes.

Gracias a la implementación de esta estrategia, el 58% de los eventos inicialmente indocumentados logró ser documentado, lo que implica que, a la fecha, el 83% de los eventos cuenta actualmente con documentación correcta. En PBA, CABA, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Fe y Tucumán se superó el 80% casos documentados en niños. Por otro lado, el cierre de eventos alcanzó el 28%, permitiendo avanzar en la definición diagnóstica y en el cierre del circuito de vigilancia. Asimismo, se mantiene a nivel país un ritmo constante y sistemático de revisión de eventos que ronda el 80%, reflejando el sostenimiento de las acciones de seguimiento y recuperación de información por parte de las jurisdicciones.

VII.5. Vigilancia Epidemiológica de Chagas

En el año 2007, mediante la sanción de la ley 26.281, se declaró de interés nacional y se le asignó prioridad a la Prevención y Control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, traducida en el desarrollo de intervenciones que permitan dar respuestas preventivas y de tratamiento. Asimismo, se estableció la obligatoriedad de la realización y la notificación de las pruebas diagnósticas en toda embarazada, en las personas recién nacidas, hijos/as de embarazadas infectadas hasta menores de 19 años (incorporado a partir de la actualización de pautas por Resoluciones 461/2019 y 569/2019) y, en general, en la población infantil al cumplir los 6 y 12 años de edad, según establezca la autoridad de aplicación.

VII.6. Objetivos de la vigilancia de Chagas

VII.6.A. OBJETIVO GENERAL

- Reconocer la situación epidemiológica de Chagas en Argentina y posibilitar las medidas de promoción, prevención y control de todas las formas de transmisión.

VII.6.B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar oportunamente casos agudos para la atención adecuada de los casos y orientar las acciones de control.
- Monitorear la tendencia de la forma de transmisión vertical.
- Estimar la prevalencia en el grupo poblacional de embarazadas
- Identificar a las embarazadas infectadas para determinar el riesgo de transmisión congénita.
- Asegurar la detección temprana de la población de recién nacidos expuestos, garantizando el seguimiento adecuado hasta completar el proceso de diagnóstico y el acceso - los que resulten infectados- al tratamiento oportuno y de calidad.
- Garantizar el acceso al tratamiento en la población infectada con capacidad de gestar (el cual -realizado en forma oportuna- permite disminuir el riesgo de transmisión vertical de la infección en futuros embarazos).
- Servir a las acciones programáticas de seguimiento de indicadores y planificación de insumos.

VII.6.C.1.7. DEFINICIONES DE CASO DE CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS

Caso en estudio: toda embarazada que sea asistida por cualquier efector de salud del país (público o privado) debe ser estudiada con doble técnica serológica para Chagas durante cualquier etapa del embarazo, en conjunto con las otras enfermedades de Transmisión Vertical.

Caso descartado de Chagas en embarazada: toda embarazada asistida por cualquier efector de salud del país (público o privado) que presenta dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) negativas.

Caso discordante de Chagas en embarazada: toda embarazada estudiada por doble técnica serológica, con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI), que presenta una técnica positiva y otra negativa. Ante Enfermedades de transmisión materno-infantil (ETMI) y pesquisa neonatal esta situación, se debe confirmar o descartar el caso mediante una 3er prueba serológica, distinta a las dos anteriores (idealmente IFI).

Chagas confirmado: toda embarazada con diagnóstico confirmado de infección por T. cruzi por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI)

VII.6.D.1.8. DEFINICIONES DE CASO DE CHAGAS AGUDO CONGÉNITO

Caso sospechoso: toda persona menor de 18 meses hijo de una embarazada con diagnóstico de Chagas.

Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación de laboratorio por las siguientes técnicas:

- Técnicas parasitológicas con resultados positivos/detectable (PCR o microhematocrito/micrométodo) desde las 24 horas hasta los 10 meses de vida; o
- Dos técnicas serológicas, con diferente principio, con resultados positivos (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) entre los 10 y 18 meses de vida.

Caso descartado: caso sospechoso con resultados negativos por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) a partir de los 10 meses de vida.

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control disponible en Argentina

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Fichas de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_chagas_snvs_2024_1642024.pdf

Instructivos:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_chagas_snvs_2024_1642024.pdf

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

VIII. 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).

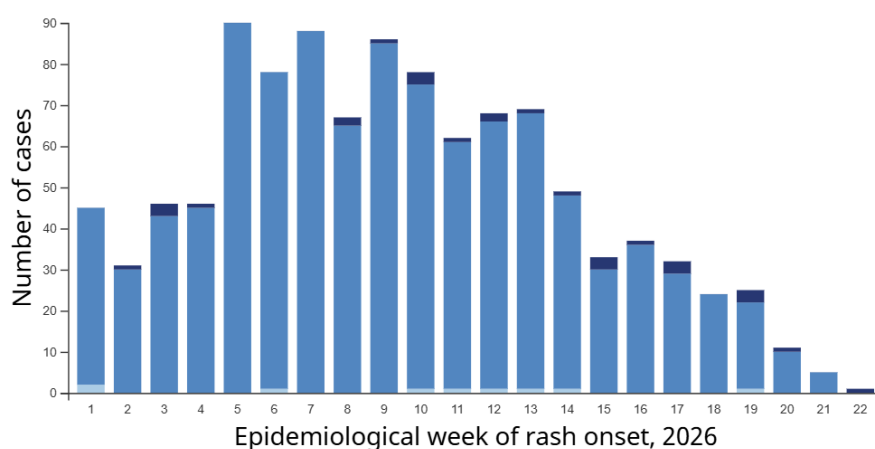
VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

VIII.1.A. CANADÁ²⁴

En 2026, se han notificado un total de 1.071 casos de sarampión (989 confirmados, 82 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 30 de mayo del 2026.

En la semana 22 (del 31 de mayo al 6 de junio del 2026), se notificaron 8 nuevos casos de sarampión (7 confirmados y 1 probables).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=1.071)



²⁴ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

VIII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA²⁵

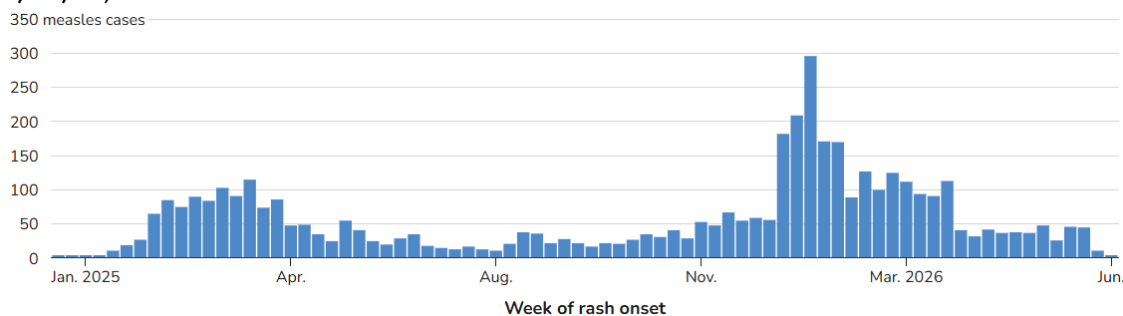
Al 11 de junio de 2026, se notificaron 2.104 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 2.093 casos fueron reportados por 41 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, 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 11 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 (1.957 de 2.104) están asociados a brotes (613 correspondientes a brotes en 2026 y 1.344 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.

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 18/06/26).



VIII.1.C. GUATEMALA²⁶

Al 16 de junio de 2026 se han confirmado 7.075 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 16.350 casos probables (por definición clínica o nexos 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.

VIII.1.D. HONDURAS²⁷

La Secretaría de Salud (Sesal) confirmó el primer caso de sarampión por transmisión local en Honduras, elevando a cinco el total de contagios registrados en el país.

²⁵ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

²⁶ <https://saludjuntos.gt/>

²⁷ https://tnh.gob.hn/nacionales/honduras-registra-primer-contagio-local-de-sarampion-y-ya-suma-cinco-casos/?utm_source=chatgpt.com

El caso más reciente corresponde a una persona que adquirió la enfermedad tras contacto directo con un paciente previamente confirmado en Roatán, hasta ahora, las autoridades habían clasificado los primeros cuatro casos como importados.

De acuerdo con la Secretaría de Salud, la paciente no contaba con antecedentes de vacunación contra el sarampión y rechazó la inmunización cuando los equipos de salud se la ofrecieron tras la exposición al virus.

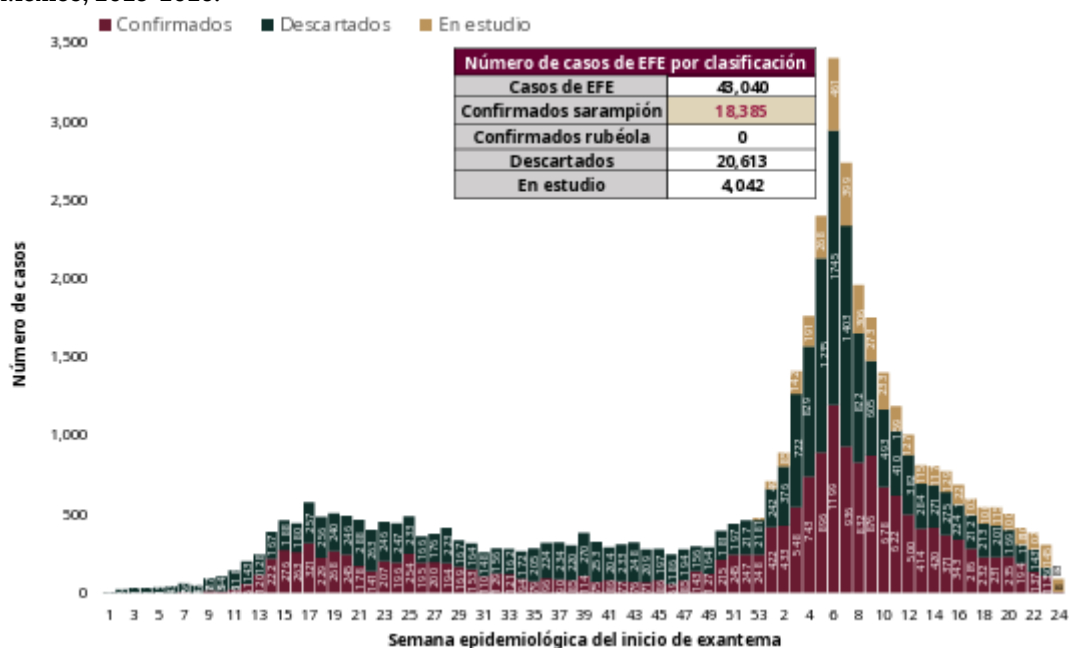
Actualmente permanece en aislamiento domiciliario bajo supervisión médica, mientras continúa su período de transmisibilidad, que se extiende hasta el 4 de julio.

VIII.1.E. MÉXICO²⁸

Al 11 de junio, se han reportado 18.385 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.413 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.151 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.099 casos).

Se han reportado 43 fallecimientos a la fecha.

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



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

VIII.1.F. PANAMÁ²⁹

El Ministerio de Salud (Minsa) informa a la población que se ha confirmado un nuevo caso importado de sarampión mediante una prueba de RT-PCR realizada por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES), como parte de la vigilancia epidemiológica intensificada que se mantiene ante la detección de casos importados en el país.

El caso corresponde a un hombre de 24 años, de nacionalidad guatemalteca, que ingresó al país el 2 de junio de 2026 a través del puesto fronterizo de Paso Canoas. El paciente inició

²⁸ www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026

²⁹ https://www.instagram.com/p/DZdr4n2GmgE/?img_index=1

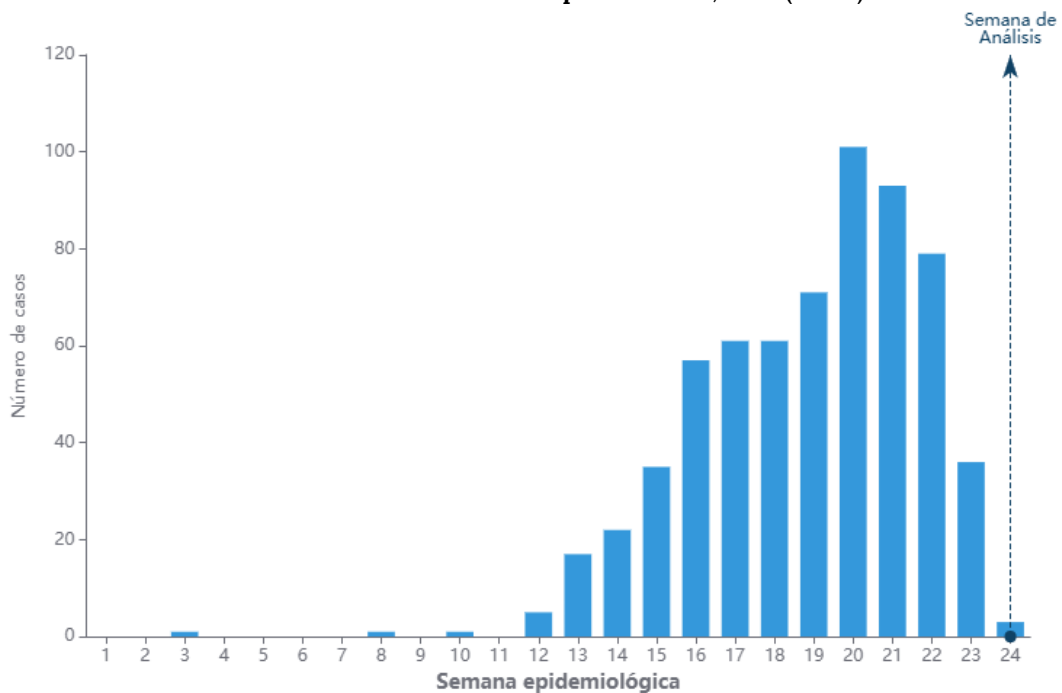
síntomas el 4 de junio con fiebre y presentó erupción cutánea el 9 de junio, acompañada de síntomas gastrointestinales.

La investigación epidemiológica identificó antecedentes de exposición a familiares con sarampión aproximadamente 15 días antes del inicio de los síntomas. Asimismo, se confirmó que el paciente no contaba con antecedentes de vacunación contra esta enfermedad.

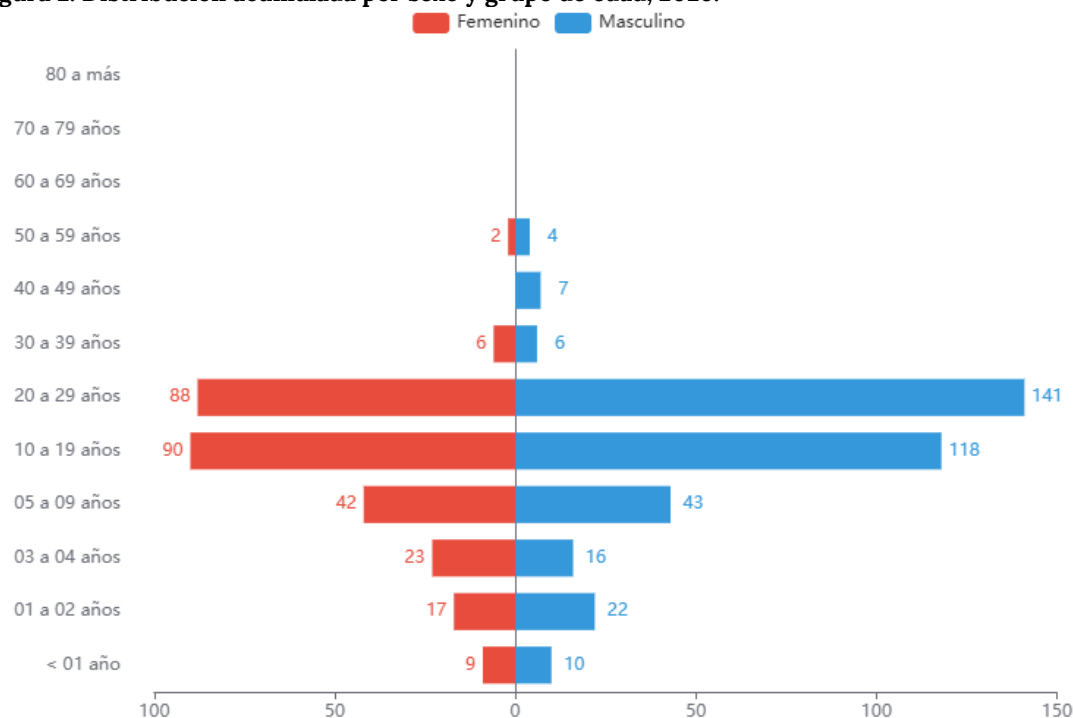
VIII.1.G. PERÚ³⁰

Al 18/06/2026 la República del Perú cuenta con 644 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

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



³⁰ https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/

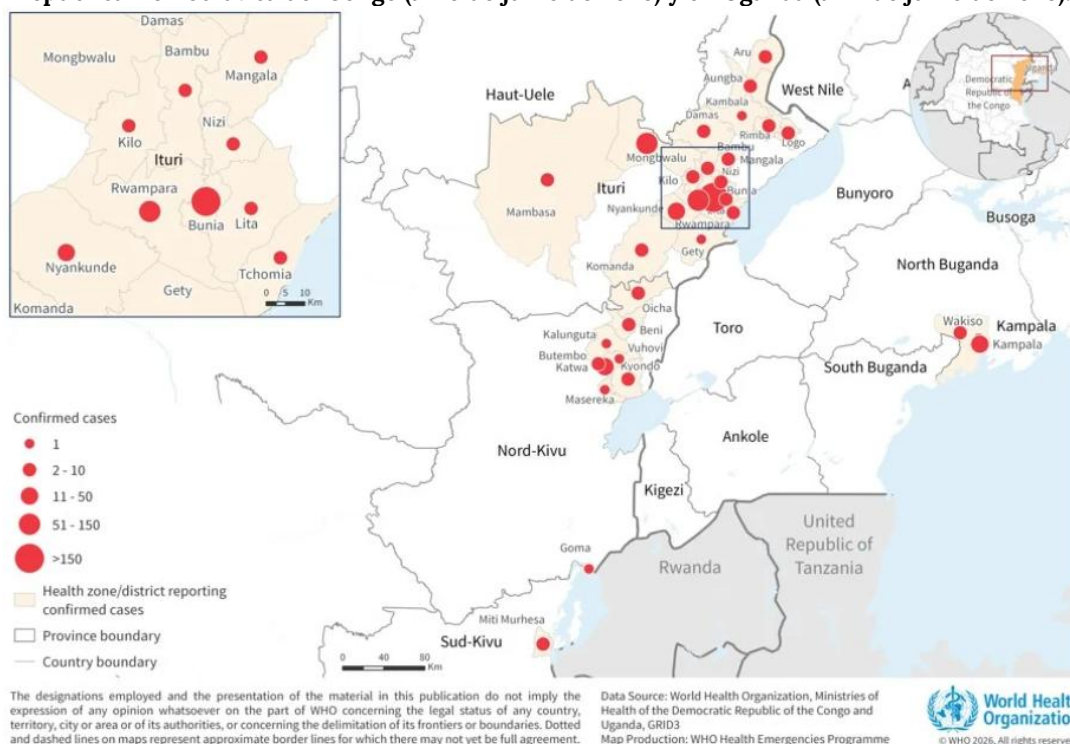
Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.

VIII.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda.

Recibido a través del CNE el 13/06/2026

Desde la publicación de la última actualización de “Noticias sobre brotes de enfermedades” (Disease Outbreak News) del 8 de junio de 2026, el número de casos confirmados y de defunciones ha aumentado rápidamente en la República Democrática del Congo. En total, se han notificado 695 casos confirmados (676 en la República Democrática del Congo y 19 en Uganda) y 138 defunciones, incluidas dos en Uganda. Asimismo, al menos 37 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 (al 10 de junio de 2026) y en Uganda (al 11 de junio de 2026).



República Democrática del Congo

Desde el 8 de junio se han notificado 161 casos confirmados adicionales, incluidos 45 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 y pendientes de procesamiento. Al 10 de junio de 2026, se habían registrado un total de 676 casos confirmados, incluidos 136 fallecimientos (tasa de letalidad [TL]: 20,1%). No obstante, la tasa de letalidad notificada probablemente esté subestimada, ya que numerosas muertes ocurridas antes de la declaración oficial del brote continúan bajo investigación. Hasta la fecha, 32 pacientes se han recuperado. Los casos se han reportado en 29 zonas de salud (ZS): 19 de las 36 zonas de salud de Ituri, 9 de las 35 de Kivu del Norte y 1 de las 34 de Kivu del Sur. Asimismo, se han confirmado 16 casos entre trabajadores de la salud y del cuidado.

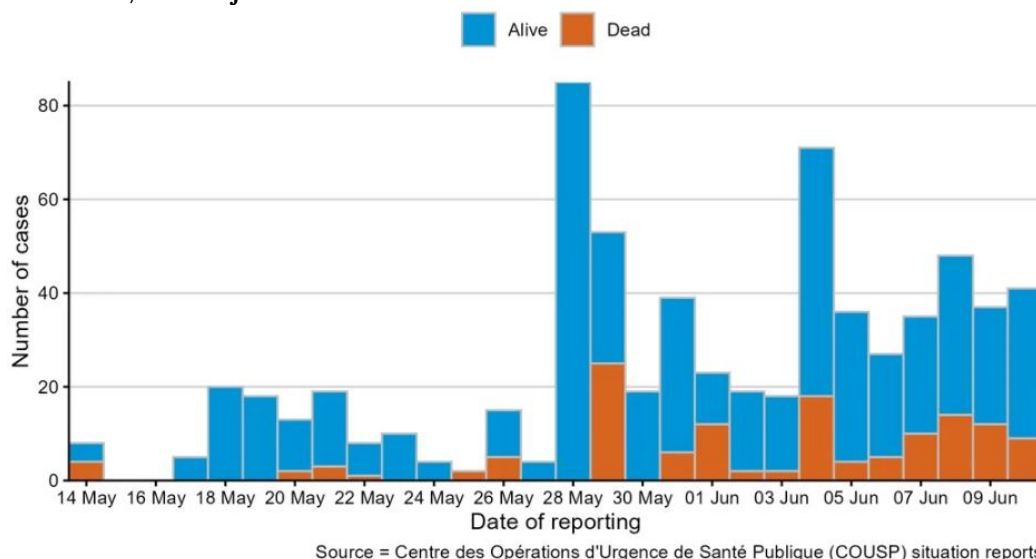
El brote continúa concentrado en la provincia de Ituri, que representa el 93% (629) de los casos confirmados y presenta una tasa de letalidad del 17,3% (109/629). El mayor número de casos confirmados se ha registrado en las zonas de salud de Bunia (185 casos), Rwampara (137), Mongbwalu (132) y Nyankunde (33). Aunque el epicentro sigue siendo Ituri, desde el 8 de junio se ha observado una expansión geográfica significativa, con casos confirmados en cuatro zonas de salud adicionales al 10 de junio. Del total de casos confirmados, 94 aún están pendientes de asignación a una zona de salud específica.

Al 10 de junio, se habían identificado 5768 contactos que permanecían bajo seguimiento en las provincias de Ituri (4703), Kivu del Norte (841) y Kivu del Sur (224). De ellos, 4141 habían sido efectivamente monitoreados, lo que corresponde a tasas de seguimiento del 71,4% en Ituri, 71% en Kivu del Norte y 83,5% en Kivu del Sur.

El brote se desarrolla en un contexto humanitario complejo y afectado por conflictos, caracterizado por poblaciones altamente móviles y, en muchos casos, desplazadas. Estas

condiciones, sumadas al incremento de incidentes de seguridad que afectan a los establecimientos de salud, generan desafíos operativos adicionales en las provincias afectadas, incluyendo restricciones de acceso para los equipos de respuesta, interrupciones de las actividades de vigilancia y control, y un mayor riesgo de transmisión no detectada. Este escenario resalta la importancia de que las acciones de respuesta sean lideradas por actores locales y estén fuertemente integradas en las comunidades.

Figura 2. Número de casos confirmados (n = 676) en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 10 de junio de 2026.



Nota: Los nuevos casos y defunciones confirmados notificados pueden corresponder a muestras procesadas con retraso y, por lo tanto, no necesariamente representan infecciones adquiridas recientemente.

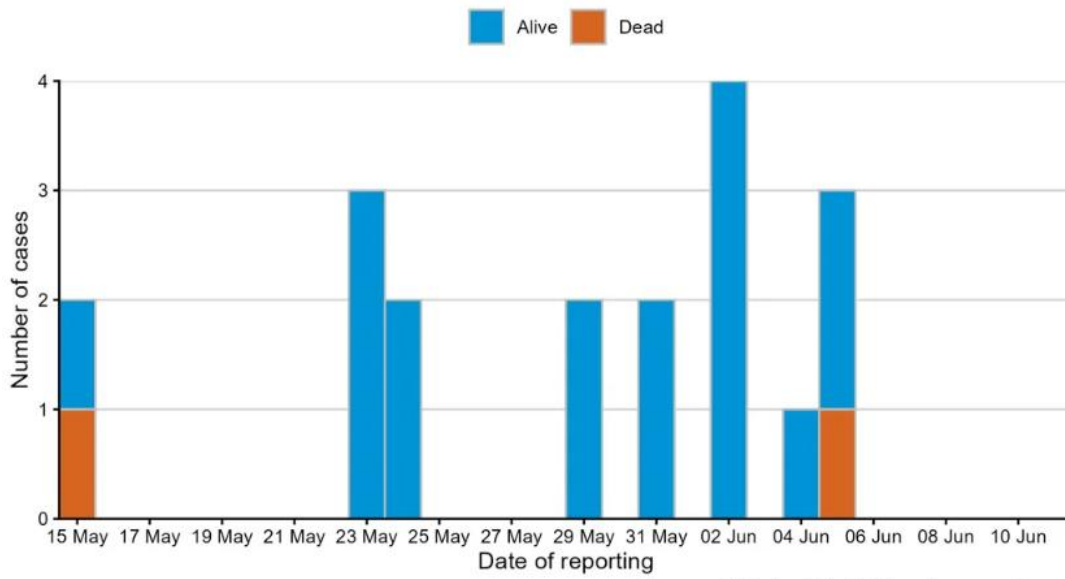
Uganda

Desde la última actualización del 8 de junio, no se han notificado nuevos casos confirmados ni defunciones en Uganda. Al 10 de junio de 2026, se habían registrado acumulativamente 19 casos confirmados, incluidos dos fallecimientos correspondientes a casos importados, además de un caso probable fallecido.

De los casos confirmados, 14 fueron importados y cinco correspondieron a transmisión secundaria entre contactos y trabajadores de la salud vinculados a casos importados desde la República Democrática del Congo. Los casos se notificaron en dos distritos, Kampala y Wakiso, ambos pertenecientes al Área Metropolitana de Kampala. Hasta la fecha, no se ha documentado transmisión comunitaria en Uganda. Los riesgos de exposición identificados están asociados principalmente a entornos de atención sanitaria y a los movimientos transfronterizos. Asimismo, se han reportado cinco personas recuperadas.

De los 820 contactos registrados al 11 de junio, un total de 409 permanecían bajo seguimiento activo, mientras que 394 habían completado el período de seguimiento de 21 días.

Figura 3. Número de casos confirmados (n = 19) en Uganda, según fecha de notificación, al 11 de junio de 2026.



Source = Ministry of Health Uganda press releases

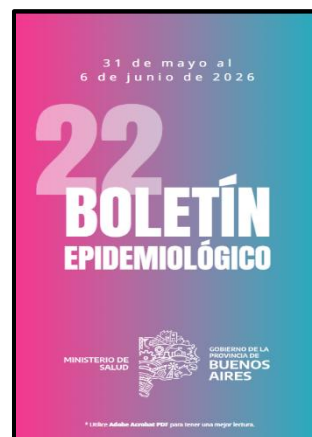
Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON607>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

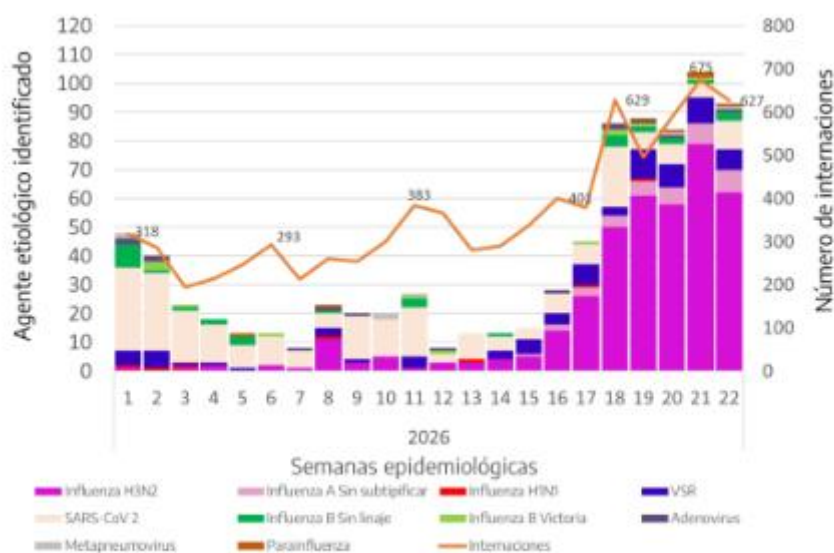
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.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:

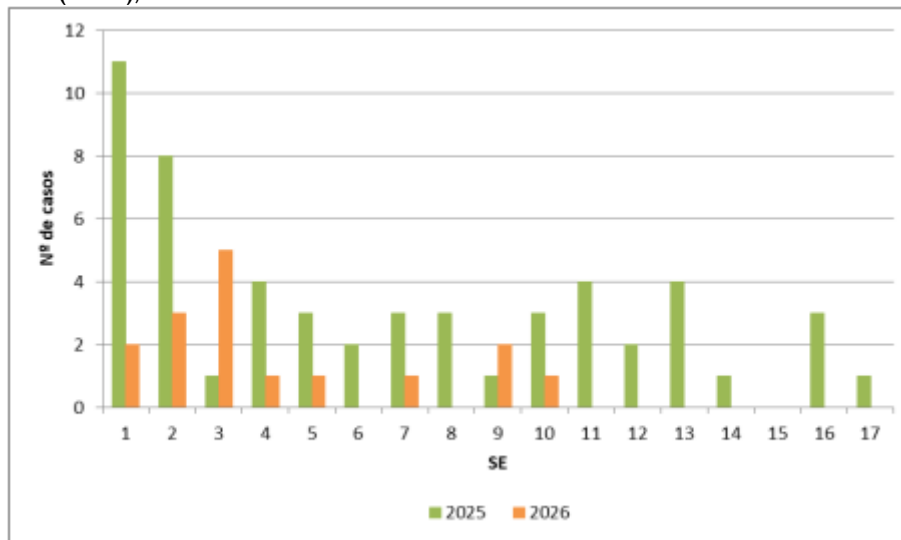
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. Entre Ríos: Psitacosis

Hasta la semana 17 del corriente año se han confirmado 15 casos de Psitacosis en la provincia, distribuidos en los departamentos de Paraná (10), Diamante (3), Gualeguaychú (1) y Victoria (1).



Casos confirmados y probables de psitacosis por semana epidemiológica de FIS. SE 01 a 17, años 2025 (N= 54) - 2026 (N= 16), Entre Ríos.



Fuente: SNVS 2.0. Notificación nominal.

Para más información

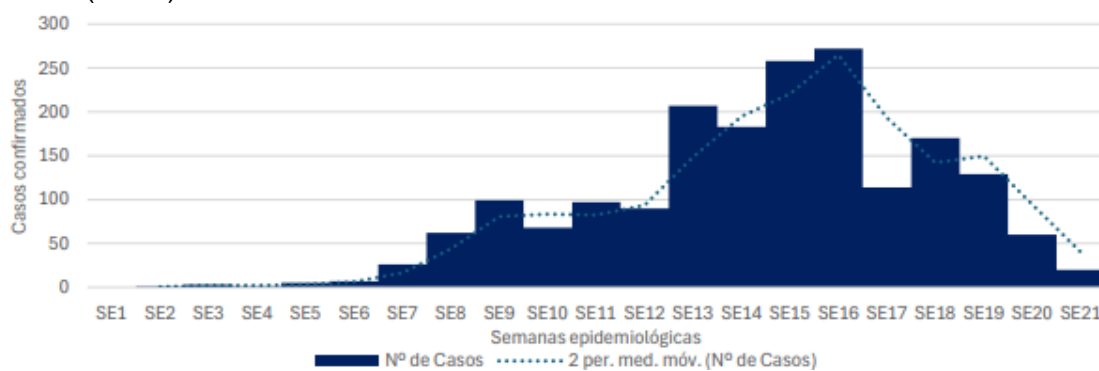
<https://drive.google.com/drive/folders/1LO32396atuWd4VoYkzdIZIZPPoAK3h5U>

IX.3. Salta: Chikungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 21, se notificaron 1872 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El primer caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).



Chikungunya : casos confirmados por semana epidemiológica. (SE 1 hasta SE 21). Año 2026. Provincia de salta (n=1872).



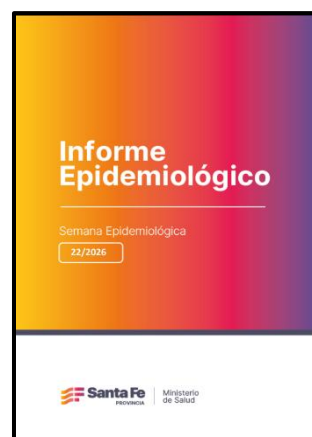
Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0 . NOTA: 2 per.med. móv. = media de casos entre dos semanas epidemiológicas.

Para más información:

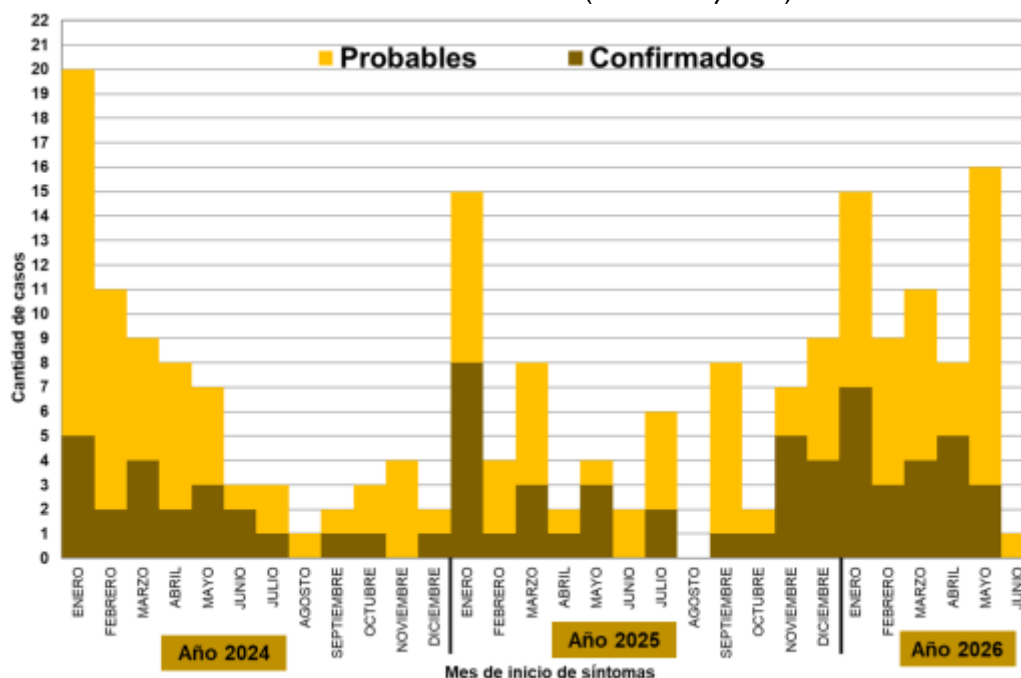
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

IX.4. Santa Fe: Leptospirosis

En la provincia de Santa Fe, durante el año 2024 se notificaron un total de 1.222 casos al evento de Leptospirosis de los cuales 73 casos (6%) corresponden a casos confirmados o probables.



Distribución de casos confirmados (n= 73) y probables (n= 127) de Leptospirosis según mes de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE22/2026). N= 200



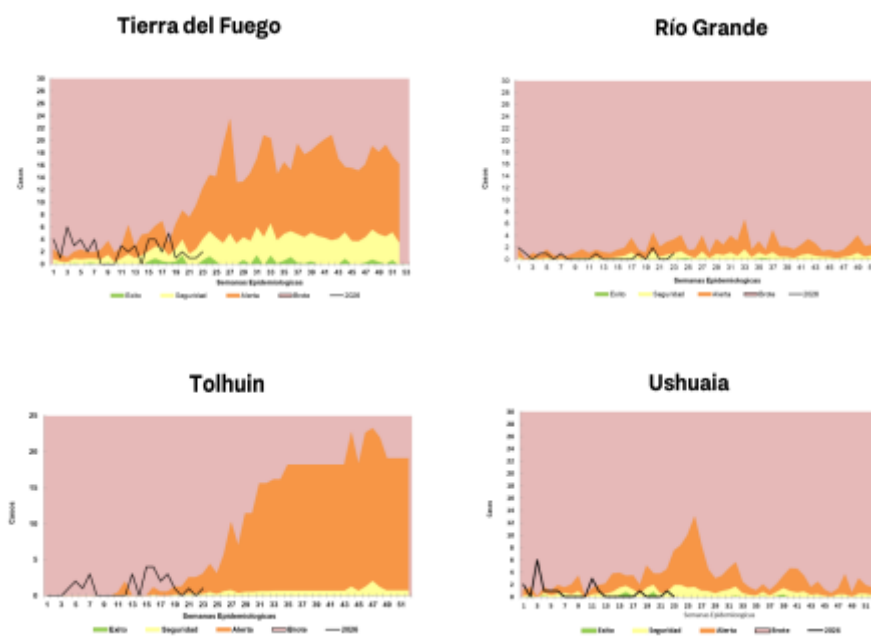
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

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)

IX.5. Tierra del Fuego: Varicela

La incidencia de Varicela a nivel provincial se encuentra en zona de alerta. En la semana 23 se notificó 1 caso en Río grande y un caso en Tolhuin.



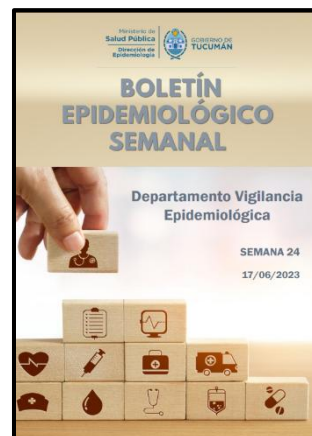
Fuente: SNVS 2.0 Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

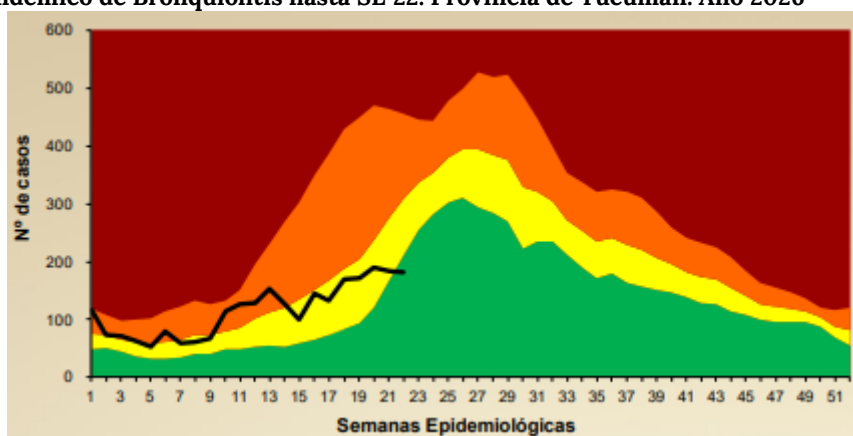
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

IX.6. 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 22 se notificaron 181 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 22. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

X. 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".
	Histoplasmosis	Laboratorio	Muestras	Se adicionan: "Materia fecal" y "Biopsia orofaríngea".
Determinación			Se deshabilita: "Observación de estructuras de Histoplasma"	

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
			Técnica	Se deshabilita: "Coloración de Giemsa ". "Coloración con PAS ", "Inmunohistoquímica (IHQ)", "Coloración Grocott/Metenamina Plata" y "Coloración H-E ". Se adicionan: "PCR de punto final específica", "Secuenciación multilocus" y "PCR panfúngica".
			Resultado	Se adicionan: "Desarrolla", "No desarrolla", "Se observa banda específica de Histoplasma capsulatum", "No se observa banda específica de Histoplasma capsulatum", "LAmB", "LAmA", "Linaje Tukma", "Se observa banda de no identidad", "No se detecta ADN fúngico", "No identificable", "Prueba no válida", "Histoplasma capsulatum", "Detectable ", "No detectable"
		Epidemiológica	Factores de riesgo	Se adicionan los siguientes: "Edad avanzada", "Contacto con heces de aves y/o murciélagos ", "Residente o viajero de zonas endémicas".
			Ocupaciones	Se adicionan las siguientes: "Minería", "Espeleología", "Trabajo rural", "Trabajador de la construcción", "Control de plagas", "Trabajador de compost", "Trabajador criadero de aves", "Personal de laboratorio de Micología", "Jardinero".
	Leishmaniasis mucosa	Clínica	Tratamiento	Se adiciona: "pentoxifilina"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
	Psitacosis	Evento	Clasificaciones de caso	Se adiciona: “Caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico-laboratorial”
	Tuberculosis	Laboratorio	Resultados	Se adiciona: “1 a 9 BAAR por campo en 100 campos”
	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)”

XI. 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](mailto: 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>

XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue



The poster features a teal background with a yellow and white striped vertical bar on the left. At the top left, there is a white smartphone icon. The main title 'CURSO VIRTUAL' is in white, followed by 'Vigilancia y notificación de dengue' in a larger white font. Below this, 'Modalidad Autoadministrada - Plataforma Virtual de Salud' is written in white. A yellow banner contains the text 'Destinado a personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica'. To the left of the registration information is a mosquito icon. The registration deadline 'Inscripciones hasta el 16/7/2026:' is in white, with a yellow box indicating 'Duración 30 horas'. A large QR code is centered below the deadline. At the bottom, the contact email 'Consultas: cursos.direpizacion@gmail.com' is shown in white. The logo of the 'Ministerio de Salud República Argentina' is at the bottom center.

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/XEU6XANre1rbdLMT9>