



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 790

Semana epidemiológica 53
AÑO 2025
Desde 28/12 al 03/01
Fecha de publicación
12/01/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Coqueluche

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias (DiSPNyA).

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Dengue y otras arbovirosis

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

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

El Servicio Meteorológico Nacional.

Hantavirosis

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

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

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

Infecciones respiratorias

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles.

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Servicio de Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Paludismo – Informe especial

Julieta Siches, Carla Tabachi, Pilar Plantamura, Lucía Valenzuela Chantefort. Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Tuberculosis

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis.

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

Componen la Dirección de Epidemiología: Alschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, 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, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchequi Guillermina, Pissarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofia, 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

Es importante para la prevención del Hantavirus, ventilar por al menos 30 minutos antes de ingresar a viviendas, galpones, depósitos o refugios ubicados en zonas rurales o silvestres, especialmente si han estado cerrados por períodos prolongados. Foto tomada de banco de imágenes libres de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°790, SE 53.

I. Editorial del BEN 789

A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose como un espacio donde la vigilancia en salud se piensa, se comunica y se ejerce de manera colectiva. Cada edición es el resultado de un trabajo sostenido que articula equipos nacionales y jurisdiccionales, y que transforma los datos en información significativa, y la información en acciones concretas. El BEN no es solo una publicación periódica: es una práctica viva de construcción del sistema de vigilancia, donde confluyen el análisis técnico, la gestión, la comunicación y la toma de decisiones.

Durante el 2025, incluyendo esta última edición del año, se publicaron 258 informes, distribuidos en las secciones Eventos Priorizados (142), Informes Especiales (13), Situaciones Emergentes (31), Comunicaciones/Circulares (2) y Actualizaciones Periódicas de Eventos (70). Esta última sección, incorporada desde el BEN 741, consolidó un modo de trabajo que combina la sistematicidad del seguimiento con la flexibilidad del análisis. En comparación con el mismo período del año anterior, cuando se habían elaborado 192 informes, el incremento de 66 informes adicionales no solo refleja un aumento en la productividad editorial, sino también una consolidación de los mecanismos de respuesta y de la articulación entre Nación y las jurisdicciones.

En los 70 informes de Actualización Periódica de Eventos, se caracterizaron 34 eventos diferentes, mostrando la amplitud de situaciones que integran la vigilancia de la salud a nivel nacional. Un evento fue actualizado 9 veces, otro evento se realizó en 6 oportunidades y otro en 5. Dos eventos se presentaron cuatro veces, cuatro eventos tres veces, y otros cinco en dos ocasiones, mientras que los 20 restantes se presentaron una única vez. Este ejercicio de seguimiento periódico permitió captar la evolución de cada problema con mayor sensibilidad temporalidad y territorialidad, favoreciendo la detección temprana de cambios en los patrones epidemiológicos. Además, muchos de estos eventos fueron llevados y trabajados en la Sala de Situación Nacional, donde se revisó la información y debatieron los hallazgos desde una perspectiva integral, fortaleciendo la interpretación colectiva y la toma de decisiones conjuntas.

En el cierre de este año, el BEN se presenta también como una pausa para mirar lo recorrido y proyectar lo que viene. La vigilancia es, ante todo, una práctica colectiva que se fortalece en el tiempo, en la confianza y en el trabajo compartido. Con la convicción de seguir profundizando un boletín cada vez más pertinente, accesible y participativo, renovamos el compromiso de acompañar, interpretar y fortalecer la salud pública en todo el país. Que el próximo año nos encuentre sosteniendo y ampliando este camino común, con la misma vocación de servicio y construcción colectiva que nos trajo hasta acá.

¡Feliz año, muchas felicidades y... Hasta la próxima!



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 790, correspondiente a la Semana Epidemiológica 53, constituye un número especial que cierra el año epidemiológico 2025 y presenta la información producida por las distintas estrategias de vigilancia en la Argentina, a partir de los datos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Este número integra las cuatro secciones principales del boletín, organizándose en torno a eventos priorizados, situaciones emergentes, actualizaciones periódicas de eventos e informes especiales.

En este marco, el BEN 790 incluye un informe especial sobre paludismo, que aborda la situación epidemiológica internacional y nacional, la estratificación del riesgo de restablecimiento de la transmisión, el análisis histórico y la situación actual en la Argentina, así como la importancia de la sospecha clínica, la vigilancia epidemiológica, las acciones de vigilancia entomológica y control vectorial, y las principales medidas de prevención, en un contexto regional que refuerza la necesidad de sostener capacidades de vigilancia sensibles y oportunas.

Asimismo, este boletín completa la serie de cuatro informes epidemiológicos de tuberculosis desarrollados a lo largo de 2025. En esta actualización se presenta un análisis integral de la tendencia de la notificación de casos, con énfasis en la identificación de aumentos estadísticamente significativos por jurisdicción y subjurisdicción, aportando evidencia clave para la planificación de intervenciones focalizadas y el fortalecimiento de las estrategias de control a nivel nacional y subnacional.

En la sección de Situaciones Emergentes, se continúa presentando la actualización de coqueluche, que incluye la situación internacional, el análisis de los casos notificados y confirmados en la Argentina, su distribución según edad y gravedad, la evaluación de las coberturas de vacunación y las consideraciones para la vigilancia y el control del evento.

Por su parte, en el apartado de Eventos Priorizados se presenta de manera integrada la actualización de la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas, del dengue y otros arbovirus, y de hantavirus. En relación con las infecciones respiratorias agudas, se incluye la caracterización de la circulación regional de influenza y otros virus respiratorios, con especial énfasis en influenza A(H3N2) y su subclado K, junto con una síntesis de la información nacional destacada y recomendaciones para la prevención y el control. Asimismo, se incorpora por tercera vez en la temporada actualización del informe de hantavirus, consolidando el seguimiento sostenido de este evento estacional relevante, con información epidemiológica y avances en la caracterización cada vez más detallada y significativa.

Finalmente, el BEN 790 incluye las tablas de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados con información nominal y agrupada, las alertas epidemiológicas internacionales con la actualización de la situación mundial y regional de sarampión, los destacados de boletines jurisdiccionales y el listado actualizado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, junto con otras herramientas orientadas a fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Como siempre se aclara que todos los datos presentados son parciales y se encuentran sujetos a actualización, de acuerdo con los procesos de notificación, validación y análisis propios del sistema de vigilancia.

Contenido

I.	Editorial del BEN 789	5
II.	Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS		9
III.	Tablas de ENO seleccionados	10
III.1.	Nota metodológica	10
III.1.A.	Sobre la construcción de las tablas	10
III.1.B.	Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.2.	Eventos nominales confirmados	11
III.3.	Eventos nominales notificados y confirmados	13
III.4.	Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas	14
III.5.	Eventos agrupados clínicos	14
III.6.	Eventos agrupados laboratoriales	16
III.6.A.	Sobre la construcción de esta tabla	16
EVENTOS PRIORIZADOS		17
IV.	Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	18
IV.1.	Nota Metodológica	18
IV.2.	Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	18
IV.3.	Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)	19
IV.4.	Síntesis de la información nacional destacada	19
IV.5.	Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	20
IV.5.A.	Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	20
IV.5.B.	Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	23
IV.6.	Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)	27
IV.7.	Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas	29
IV.7.A.	Recomendaciones para equipos de salud	29
IV.8.	Vigilancia epidemiológica	30
IV.9.	Recomendaciones para la población	31
IV.10.	Vacunación antigripal	32
IV.11.	Tratamiento antiviral	32
V.	Vigilancia de dengue y otros arbovirus	35
V.1.	Situación regional	35
V.2.	Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	36
V.2.A.	Nota metodológica	36
V.3.	Situación de dengue en Argentina	38
V.3.A.	Inicio de temporada 2025/2026	38
V.3.B.	Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	39
V.4.	Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina	41
V.5.	Situación epidemiológica de otros arbovirus en Argentina	42
V.5.A.	Enfermedad por virus Zika	42
V.5.B.	Fiebre de Oropouche	43
V.5.C.	Encefalitis de San Luis	43
V.5.D.	Fiebre del Nilo Occidental	43
V.5.E.	Fiebre Amarilla	43
VI.	Hantavirus	44
VI.1.	Introducción	44
VI.2.	Situación epidemiológica actual	45
VI.2.A.	Nota metodológica	45
VI.2.B.	situación epidemiológica	45
VI.2.C.	Vigilancia genómica	55
VI.2.D.	Conclusiones	55
SITUACIONES EMERGENTES.....		57
VII.	Coqueluche	58
VII.1.	Introducción	58
VII.2.	Situación internacional	58
VII.3.	Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	59
VII.3.A.	Introducción	59
VII.3.B.	Análisis de los casos notificados y confirmados	60
VII.3.C.	Análisis según edad y gravedad	65
VII.4.	Coberturas de Vacunación	65
VII.4.A.	Coberturas para Total país	65
VII.4.B.	Coberturas según jurisdicción	67

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....	70
VIII. Tuberculosis - Actualización informe epidemiológico	71
VIII.1. Introducción	71
VIII.2. Tendencia de notificaciones de casos de TB	71
VIII.3. Notificación de casos de TB según jurisdicción hasta la semana 52	72
VIII.4. Evaluación del tratamiento	73
VIII.5. Análisis de tendencia de tuberculosis por provincia de residencia. Argentina, 2009-2024	73
VIII.5.A. Introducción	73
VIII.5.B. Metodología	74
VIII.5.C. Resultados	75
VIII.5.D. Subjurisdicción de residencia	77
VIII.5.E. Discusión y conclusiones	79
VIII.6. Sobre la cobertura de vacunación para TB	81
VIII.7. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación	82
VIII.7.A. Implementación del diagnóstico molecular	82
VIII.7.B. Fortalecimiento del abordaje pediátrico y adolescente	84
VIII.7.C. Seguimiento nominalizado de personas con TB en tránsito	85
VIII.7.D. Autorización nominal de tratamientos para formas complejas	85
VIII.7.E. Asistencia experta para casos complejos	85
VIII.7.F. Búsqueda activa en población priorizada	85
VIII.7.G. Tratamiento	85
VIII.7.H. Actualización de las Pautas de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis en Argentina:	86
VIII.7.I. Mejoras en los sistemas de información	86
INFORMES ESPECIALES	87
IX. Paludismo	88
IX.1. Introducción	88
IX.2. Situación epidemiológica internacional	88
IX.3. Estratificación del riesgo de restablecimiento de la transmisión	89
IX.4. Situación epidemiológica argentina	90
IX.4.A. Histórico	90
IX.4.B. Situación actual	91
IX.5. Importancia de la sospecha clínica y la vigilancia en el sistema de salud	94
IX.6. Acciones de vigilancia entomológica y control vectorial	95
IX.6.A. Materiales y métodos	95
IX.6.B. Resultados	96
IX.7. Vigilancia epidemiológica	98
IX.7.A. Definición de caso	98
IX.8. Medidas preventivas	99
IX.9. Bibliografía	100
ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES	101
X. Introducción	102
X.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión	102
X.1.A. Canadá	102
X.1.B. Estados Unidos de América	103
X.1.C. México	104
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....	105
XI. Boletines Jurisdiccionales	106
XI.1. Buenos Aires: Sarampión	106
XI.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio	107
XI.3. Salta: Enfermedad tipo influenza (ETI)	108
XI.4. Santa Fe: Coqueluche	109
XI.5. Tierra del Fuego: Diarrea aguda	110
XI.6. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	111
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA	112
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	113

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

Luego de varios años y distintos formatos, las tablas de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) vuelven a formar parte del Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos fundamental recuperar la presentación sistemática de estos datos para lograr una comprensión más integral de la situación epidemiológica actual.

La pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores han dificultado el seguimiento de eventos que no sean emergentes o priorizados. No obstante, entendemos que disponer de estos datos es esencial para fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Si bien reconocemos la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas aquí expuestas pueden contener errores, principalmente debido a la complejidad de la gestión de la vigilancia, que involucra múltiples actores en la cadena de notificación. Esto incluye desde la notificación local hasta la validación final por el laboratorio de referencia nacional, pasando por diversas áreas técnicas y equipos de análisis, siempre dependiendo del evento.

A pesar de estas posibles limitaciones, consideramos que la publicación de estas tablas es un paso clave para robustecer y optimizar el proceso de vigilancia epidemiológica y dar cuenta de la situación epidemiológica.

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

Primera tabla: Muestra **26** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.

Segunda tabla: Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.

Tercera tabla: presenta **23 eventos agrupados clínicos**, contruidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.

Cuarta tabla: muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

Este esfuerzo es un proceso en evolución. A medida que recibamos sugerencias, perfeccionemos los procedimientos y consolidemos los datos, ajustaremos la presentación de las tablas para que respondan mejor a las necesidades de los distintos ámbitos que las utilizan.

III.1. Nota metodológica

III.1.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2020 a 2025.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2020 y 2024, se ordenan los datos de menor a mayor y se toma el valor central (tercer puesto en un conjunto de cinco años).

Por ejemplo, si el evento X presentó los siguientes valores entre la SE 1-10 de cada año:

Sección	Evento	Acumulado 2020	Acumulado 2021	Acumulado 2022	Acumulado 2023	Acumulado 2024	Mediana acumulada 2020-2024	Acumulado 2025
X	X	38	40	34	139	75	40	80

Los valores ordenados serían: **34, 38, 40, 75, 139**, por lo que la mediana es **40**. En este caso, los **80 casos de 2025** se compararían con la mediana de 40, resultando en un incremento absoluto de **40 casos** y un aumento **del 100%** en términos porcentuales.

El procedimiento de cálculo es el mismo para ambas tablas, con la diferencia de que en la segunda tabla se incluye el total de notificaciones además de los casos confirmados.

III.1.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

- ✓ **Datos parciales y sujetos a modificación:** Se compara un año en curso (2025) con años cerrados (2020-2024), por lo que las cifras pueden cambiar.
- ✓ **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- ✓ **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- ✓ **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- ✓ **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- ✓ **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual **"No Aplica"**, generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- ✓ **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

III.2. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-53. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-53	2025 Acumulados SE 1-53	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	157	139	-18	-11%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	9.847	20.063	10.216	104%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	268	359	91	34%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	132	142	10	8%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	9	6	-3	-33%
	Cisticercosis	12	11	-1	-8%
	Escorpionismo o Alacranismo	4.873	8.197	3.324	68%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	493	832	339	69%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi- chiní)	29	42	13	45%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	10	18	8	80%
	Brucelosis	119	148	29	24%
	Hantaviriosis	67	78	11	16%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	23	29	6	26%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.514	1.568	54	4%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	16	28	12	75%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	11	32	21	191%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	12	53	41	342%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	18	2	-16	-89%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	12.276	12.276	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	751	751	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	579	579	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	13.772	18.076	4.304	31%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los mismos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-53. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-53		2025 Acumulados SE 1-53		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	4.266	191	6.621	1.096	2.355	55%	905	474%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	703	2	3.487	36	2.784	396%	34	1700%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.495	902	2.859	929	364	15%	27	3%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	140	0	106	0	-34	-24%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	94.084	58.364	66.204	18.321	-27.880	-30%	-40.043	-69%
	Encefalitis de San Luis	330	1	531	0	201	61%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	107	0	157	0	50	47%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	59	0	117	1	58	98%	1	N/A
	Zika	1.477	0	1.021	0	-456	-31%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	930	359	676	328	-254	-27%	-31	-9%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	2.351	66	2.396	209	45	2%	143	217%
	Psitacosis	268	40	642	107	374	140%	67	168%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.504	65	1.755	57	251	17%	-8	-12%
	Sífilis Congénita	2.915	1.126	1.050	1.033	-1.865	-64%	-93	-8%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	11	0	13	1	2	18%	1	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.414	2.307	1.901	1.581	-513	-21%	-726	-31%
	Sífilis en emb.	11.396	9.821	12.532	11.261	1.136	10%	1.440	15%
	Hepatitis B en emb.	105	60	139	52	34	32%	-8	-13%
Hepatitis virales	Hepatitis A	136	34	261	120	125	92%	86	253%
	Hepatitis B	3.096	699	3.539	758	443	14%	59	8%
	Hepatitis C	2.596	1.475	2.827	1.703	231	9%	228	15%
	Hepatitis E	54	7	60	6	6	11%	-1	-14%
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	33.571	27.232	55.183	46.613	21.612	64%	19.381	71%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.334	1.273	2.079	1.973	745	56%	700	55%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	397	107	368	151	-29	-7%	44	41%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima.

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas

Los colores sintetizan la comparación del acumulado 2025 frente a la mediana 2020–2024, tanto en diferencia absoluta como, cuando corresponde, en variación porcentual; el **verde** indica disminución respecto de la mediana histórica (menor magnitud en 2025), el **rojo** señala aumento (mayor magnitud en 2025) y el **amarillo** advierte interpretación con cautela ante variaciones muy bajas; diferencias no aplicables (“N/A” por comparaciones con cero) o contextos de inestabilidad/heterogeneidad de registro y clasificación que afectan la comparabilidad; estas señales son operativas y no sustituyen el análisis epidemiológico contextual de cada evento, que debe considerar particularidades metodológicas (criterios de asignación de semana, algoritmos de confirmación y procesos manuales), calidad y oportunidad del dato y posibles cambios en normas o prácticas de vigilancia antes de concluir tendencias o variaciones inusuales.

Asimismo, se refuerza que todos los datos de la vigilancia epidemiológica son parciales y sujetos a modificación

III.5. Eventos agrupados clínicos

Para los eventos agrupados clínicos (tercera tabla), una de sus principales particularidades es que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

En esta tabla, los datos se presentan agrupados según grupo etario, contabilizando los casos de eventos clínicos. Este enfoque permite analizar la distribución de ciertas condiciones en distintos grupos de edad a partir de la información reportada en el sistema, reflejando la carga de enfermedad según manifestaciones clínicas.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Es importante remarcar, para el caso de las diferentes lesiones que se presentan, que este evento comenzó a notificarse en 2023, a partir de su inclusión en la actualización de las normas en 2022.

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-53. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-53	2025 Acumulados SE 1-53	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	735.946	766.023	30.077	4%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.630	2.693	1.063	65%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	1.115	739	-376	-34%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	122.884	96.681	-26.203	-21%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.152.790	1.210.917	58.127	5%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	79.401	77.084	-2.317	-3%
	Neumonía (sin especificar)	90.523	80.427	-10.096	-11%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	6.092	6.089	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	4.402	4.392	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	31.181	31.147	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	2.149	2.148	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	7.741	7.726	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	10	6.166	6.156	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	110	39.800	39.690	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	7.489	7.476	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	16	2.970	2.954	N/A
	Lesiones por electrocución	1	700	699	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	1.058	1.058	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	40	87.913	87.873	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	28.984	28.975	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	9	37.607	37.598	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	511	511	N/A
Otras lesiones en el hogar	87	29.027	28.940	N/A	

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

III.6.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas, permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-53. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-53		2025 Acumulados SE 1-53		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	4.533	247	4.686	278	153	3%	31	13%
	Infección por Mycoplasma genitalium	792	23	882	23	90	11%	0	0%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.929	290	3.490	446	561	19%	156	54%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	15.171	414	8.716	549	-6.455	-43%	135	33%
	Infección por Trichomonas vaginalis	25.992	2.670	25.265	2.672	-727	-3%	2	0%

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios¹

La actividad de influenza en las Américas continúa con una tendencia ascendente, con una positividad de 15.68% para la última semana. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde predominó la influenza A(H1N1)pdm09. La circulación del VSR se mantiene en niveles bajos, con tendencia al aumento y una positividad de 1.9% en la última semana epidemiológica (SE), mientras que el SARS-CoV-2 muestra una tendencia descendente, con una positividad de 6.3%. En América del Norte (datos a SE 51), la positividad de influenza alcanzó 18.8%, mostrando un aumento sostenido y pronunciado durante las últimas cuatro semanas. La actividad del VSR se mantiene baja con tendencia al aumento, mientras que la positividad de SARS-CoV-2 se mantuvo cercana a 3.16%, inferior a las SE previas. En el Caribe, la circulación de influenza alcanzó una positividad de 26.8%. La actividad del VSR se mantuvo elevada, con una positividad de 12%, mientras que el SARS-CoV-2 se mantuvo en niveles bajos, con una positividad inferior a 1%. En América Central, la actividad de influenza mostró un aumento sostenido durante las últimas SE, alcanzando una positividad de 16.6%. El SARS-CoV-2 se mantuvo en niveles bajos y estables, mientras que la circulación del VSR muestra una tendencia descendente, con 8.9%. En la subregión andina, la actividad de influenza alcanzó una positividad de 10.7% y presenta una tendencia ascendente; la circulación de SARS-CoV-2 y VSR se mantiene baja y hacia la disminución en comparación con las dos SE previas, alcanzando una positividad de 3.6% y 5.7% respectivamente. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza para esta semana muestra una tendencia descendente con una positividad de 11.2%. La circulación del VSR se mantiene en niveles interestacionales bajos y un porcentaje de positividad <1%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se incrementó y alcanzó una positividad de 10%. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) aumentó a 9.5% a nivel regional, siendo la subregión de Brasil y el Cono Sur donde se presenta el mayor incremento.

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

IV.3. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)^{2,3,4}

En relación con la circulación del subclado J.2.4.1 (subclado K) de influenza A(H3N2) en la Región de las Américas, el 18 de diciembre de 2025 Brasil informó su identificación mediante caracterización genética realizada por el Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), correspondiente a un caso importado, sin evidencia de transmisión local asociada hasta la fecha.

Durante diciembre de 2025, Costa Rica notificó la detección de influenza A(H3N2) subclado K en el marco de su vigilancia virológica nacional, mientras que Perú informó la identificación de dos casos pediátricos. En el mismo período, Chile confirmó su detección a partir de muestras analizadas en el país, en el contexto del fortalecimiento de la vigilancia genómica, y Paraguay confirmó su presencia tras la investigación de un brote en viajeros, a través de su laboratorio de referencia nacional.

En el hemisferio norte, particularmente en Estados Unidos y Canadá, se han registrado detecciones crecientes de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K, en un contexto de aumento de la actividad de influenza. Asimismo, México confirmó la detección de influenza A(H3N2) subclado K, a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el INER.

IV.4. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, la vigilancia clínica notificó 1.231.728 casos de ETI, 179.350 casos de neumonía y 162.865 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A hacia el final del período, mientras que VSR no presenta detecciones en las últimas semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, acentuado en las semanas 43 a 45, con descenso en las semanas posteriores.

En las UC-IRAG, durante 2025 se registraron más de 10.000 internaciones. A lo largo del período se confirmaron detecciones de influenza, SARS-CoV-2 y VSR. Las detecciones de VSR e influenza se concentraron en las semanas de mayor número de casos de IRAG. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles bajos, con un incremento desde la SE35 y un descenso en las semanas posteriores.

La vigilancia universal por red de laboratorios muestra un ligero incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad de influenza a partir de SE41, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A sin subtipificar y A(H3N2) en las semanas más recientes. Las detecciones de VSR se mantienen en niveles bajos, mientras que los casos de SARS-CoV-2 presentan una tendencia descendente en las últimas semanas.

² World Health Organization (10 December 2025). Disease Outbreak News; Seasonal influenza -Global situation. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586>

³ Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). *Subclade K del virus de la influenza identificado por primera vez en Brasil* [Internet]. 18 dic 2025. Disponible en: <https://www.ioc.fiocruz.br/es/noticias/subclado-k-do-virus-da-gripe-e-identificado-pela-primeira-vez-no-brasil#>

⁴ Minsa confirma 2 casos de influenza A (H3N2) subclado K en el Perú. Instituto Nacional de Salud. 16 de Diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/1313621-minsa-confirma-2-casos-de-influenza-h3n2-subclado-k-en-el-peru>

Durante la SE52/2025, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, VSR, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.

En personas internadas, en la SE52, se notificaron 20 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza (220 fallecidos acumulados en 2025), 4 con VSR y 32 con SARS-CoV-2, incluyendo 1 fallecido en esa semana.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de muestras remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, identificó casos de influenza A(H3N2) subclado K. Durante el periodo del 18/12/2025 al 09/01/2026 se secuenciaron los genomas correspondientes a 24 casos de Influenza A (H3N2). De los 24 casos secuenciados 11 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 11 al subclado J.2.3, uno al subclado J.2.2 y uno al subclado J.2

Los casos de influenza fueron detectados a partir de distintas estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, tanto universal como centinela, e incluyeron casos ambulatorios e internados.

IV.5. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.5.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.⁵

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

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49.

Durante las 53 semanas epidemiológicas de 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 6.023 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 444 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,37%. A partir de la SE34 se observa un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, con un ascenso más marcado en las SE41 a 45, período en el cual se alcanzaron los valores más elevados de positividad, con un máximo en la SE45 (26,4%). En las SE52 y SE53, se confirmaron 6 casos entre 74 muestras analizadas por PCR.

⁵ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

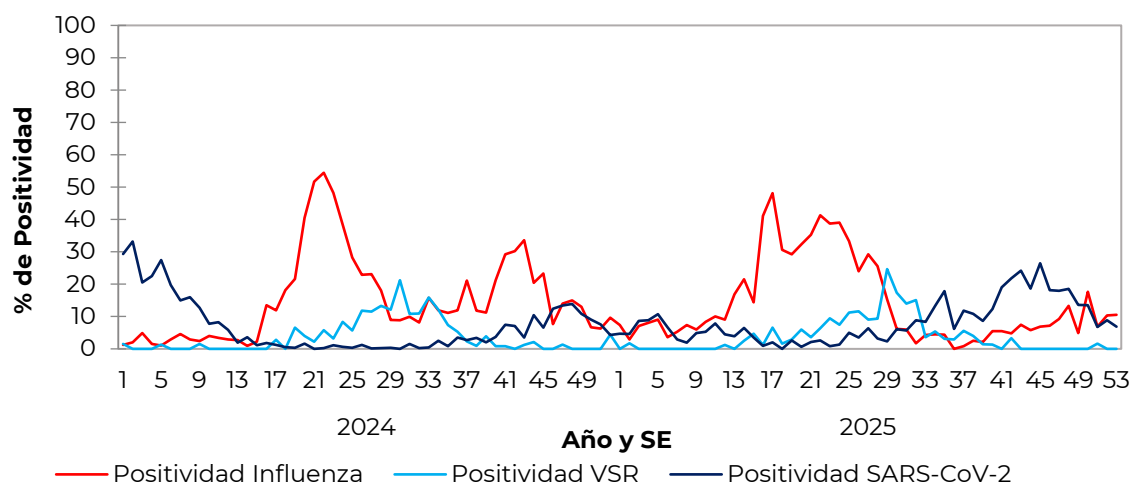
Con relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, la positividad permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43.

En las 53 semanas epidemiológicas de 2025, se registraron 1014 detecciones entre 5.644 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 17,97%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido.

Hacia el final del periodo, en las semanas más recientes se registra un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria, observándose en las últimas semanas un mayor número de detecciones de influenza A; no obstante, los valores se mantienen bajos. En este contexto, en las SE52 y 53/2025 se notificaron 5 casos de influenza entre las 48 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 53 de 2025, de las 4.098 muestras estudiadas, 195 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,76%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las últimas dos semanas analizadas, SE52 y 53, no se notificaron detecciones de VSR entre las 39 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE53/2025. Argentina.



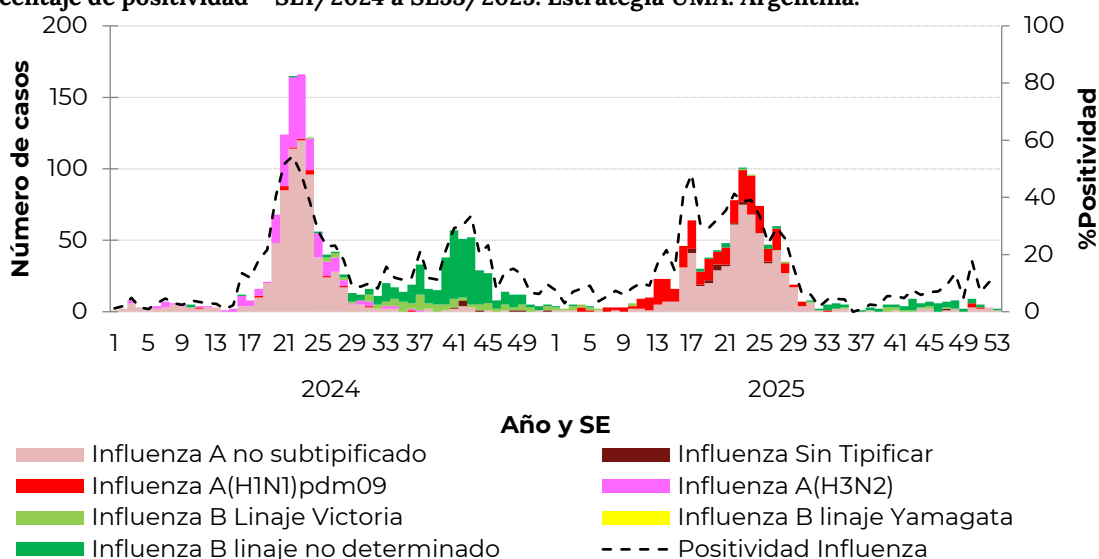
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2).

A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. Hacia el final del período se registran nuevamente detecciones de influenza A.

En las 53 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 891), con un menor número de detecciones de influenza B (n=107). Entre los casos de influenza A, 278 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 29 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 16 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

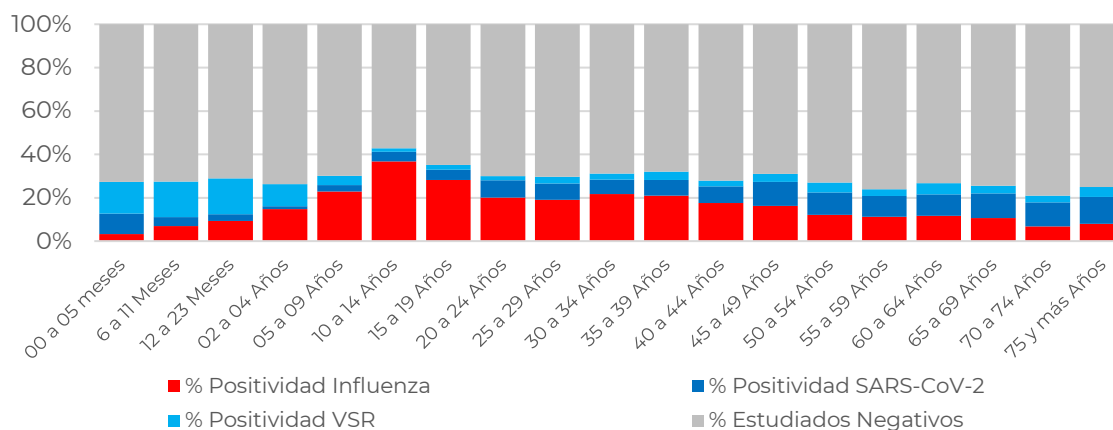
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE53/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

Con relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y niños mayores de 5 años, seguidos de adultos jóvenes y de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos, adultos mayores y niños menores de 6 meses. Con relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE53/2025. Estrategia UMA. Argentina⁶.



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^{6,0}

IV.5.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.⁷

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁸.

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁹.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o

⁶ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

⁷ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

⁸ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

⁹ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

- Sepsis (fiebre/hipotermia¹⁰ y shock¹¹ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 y la SE53 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 7.571 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3.705 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG¹².

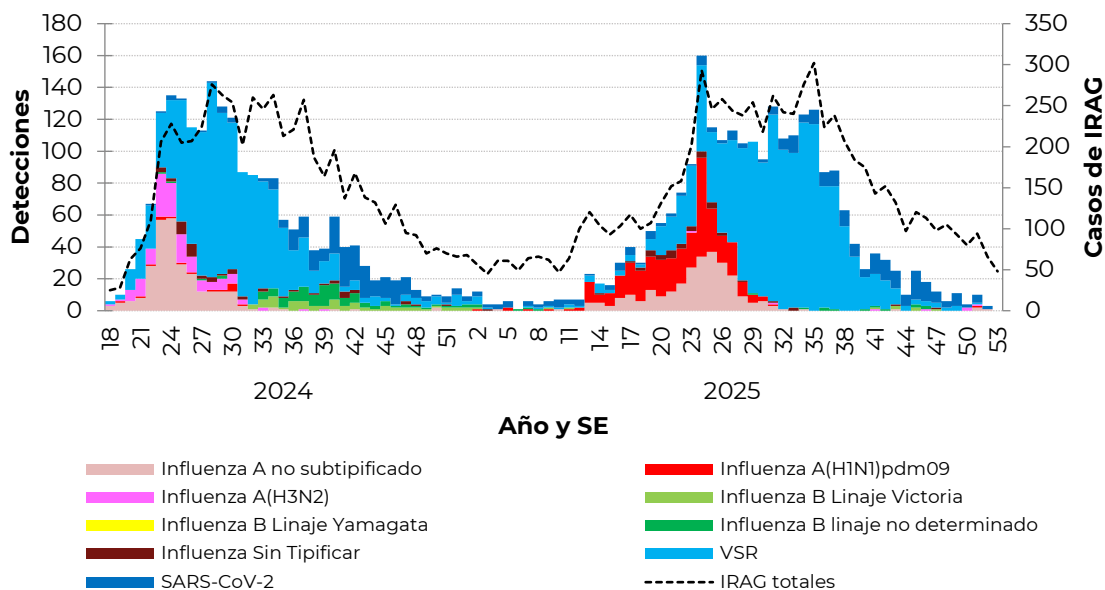
La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen con tendencia descendente, con un promedio de 72 casos semanales en las últimas 4 semanas.

¹⁰ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

¹¹ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

¹² Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 53/2025. 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 SNVS⁰

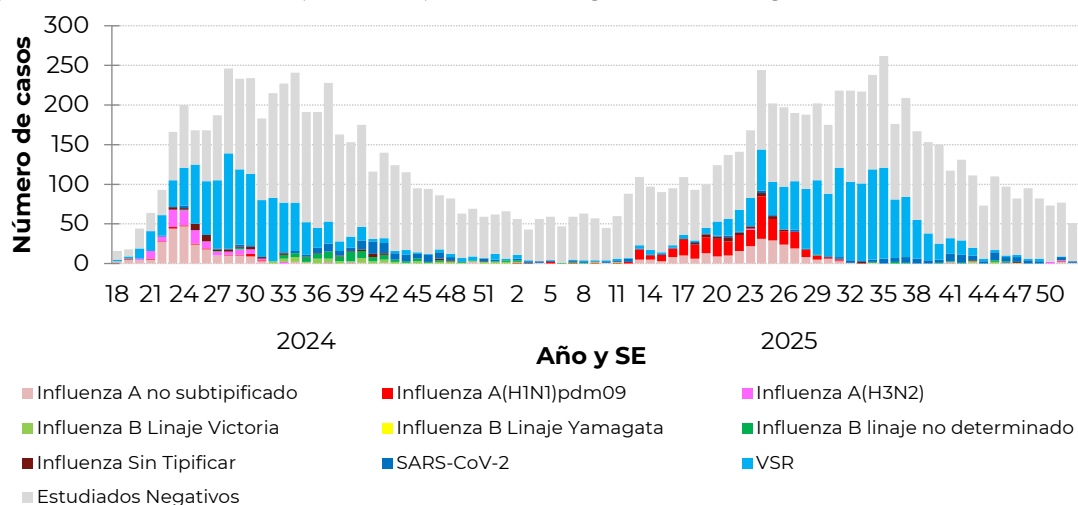
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior. Durante 2025, las detecciones de SARS-CoV-2 entre los casos de IRAG se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento desde la SE35 seguido de una disminución posterior en las últimas semanas del periodo.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32/2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33/2024 y 42/2024.

Durante 2025, se observó un incremento en las detecciones de influenza a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 618 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=30). Con relación a los casos de Influenza A, se registraron 342 detecciones de H1N1 y 7 detecciones de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar). Entre los casos de influenza B, se registraron 11 detecciones del linaje Victoria. Además, 39 casos de influenza permanecen sin tipificación a la fecha.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con valores bajos en las últimas semanas.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a 53/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ¹³.



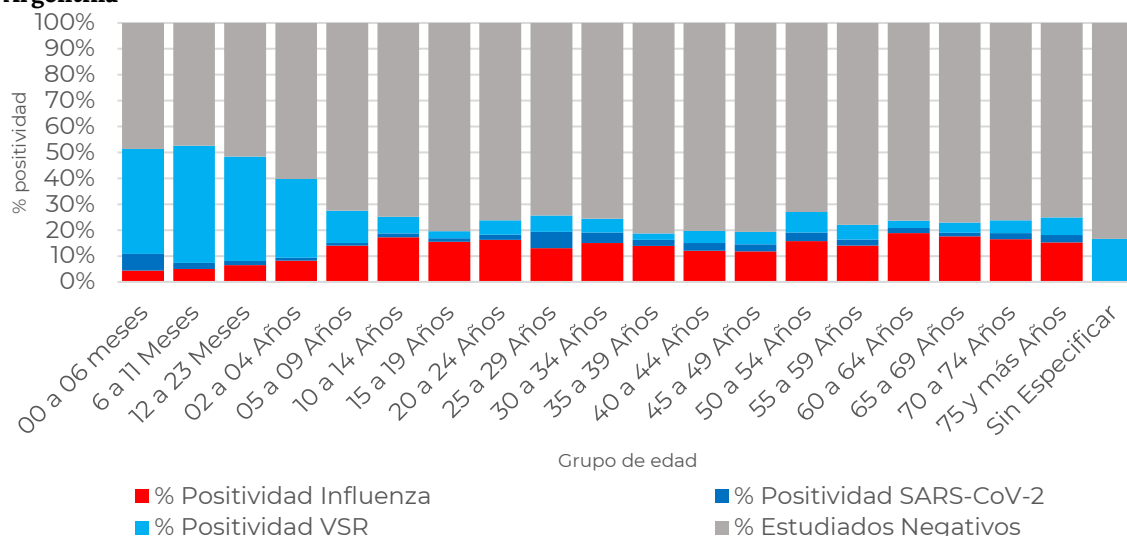
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

En las últimas 4 semanas, entre 201 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 7 casos de influenza, 6 casos de SARS-CoV-2 y 1 caso de VSR. Los restantes 187 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

Con relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en adultos mayores y los grupos de edad comprendidos entre 5 y 34 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses, adultos y niños menores de 2 años. Con relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

¹³ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 53/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina¹⁴



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 SNVS⁰

IV.6. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)

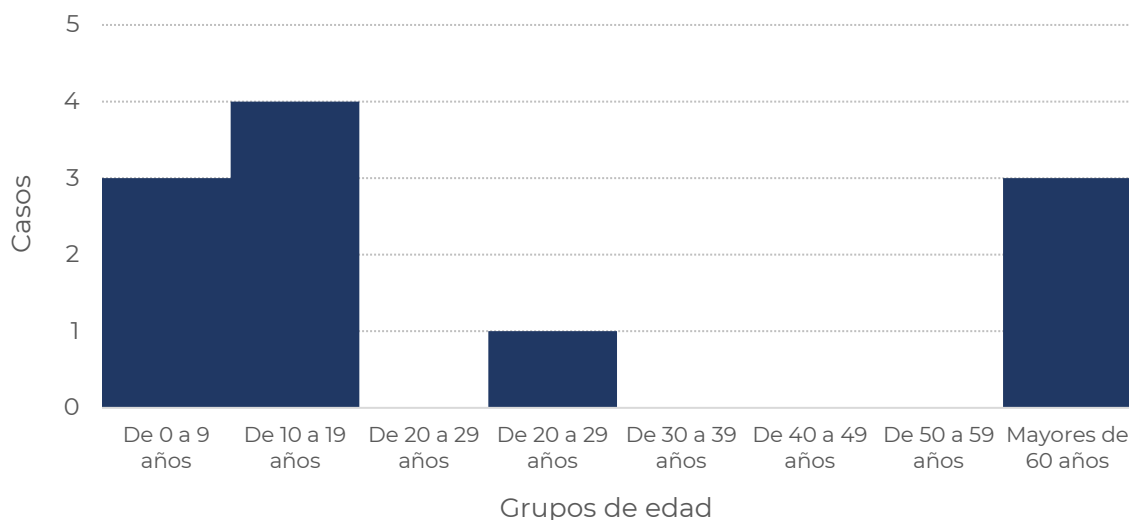
Durante el periodo del 18/12/2025 al 09/01/2026 se secuenciaron los genomas correspondientes a 24 casos de Influenza A (H3N2). De los 24 casos secuenciados 11 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 11 al subclado J.2.3, uno al subclado J.2.2 y uno al subclado J.2. Los casos correspondientes al subclado K se distribuyeron en las jurisdicciones de provincia de Buenos Aires, CABA, Mendoza, Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego. (Ver Tabla 1). Cinco se diagnosticaron en personas internadas y 6 en pacientes ambulatorios.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) por jurisdicción de residencia según subclado detectado (secuenciados entre el 18/12/2025 al 09/01/2026). Argentina.

Jurisdicción	influenza A(H3N2) Subclado J.2	influenza A(H3N2) Subclado J.2.2	influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	Total general
Buenos Aires			1	3	4
CABA	1		1	2	4
Mendoza		1	3	1	5
Neuquén				2	2
Santa Cruz			3	2	5
Tierra del Fuego			3	1	4
Total general	1	1	11	11	24

Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR

¹⁴ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

Gráfico 7. Casos de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K) por grupo de edad. Argentina. 18-12-2025 a 09-01-2026

Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR

En cuanto a los antecedentes de viaje, 2 de los 11 casos pertenecientes al subclado K consignan antecedentes de viaje reciente a Europa, 1 a Córdoba y 2 a Tierra del Fuego; los restantes no refieren antecedentes de viajes recientes.

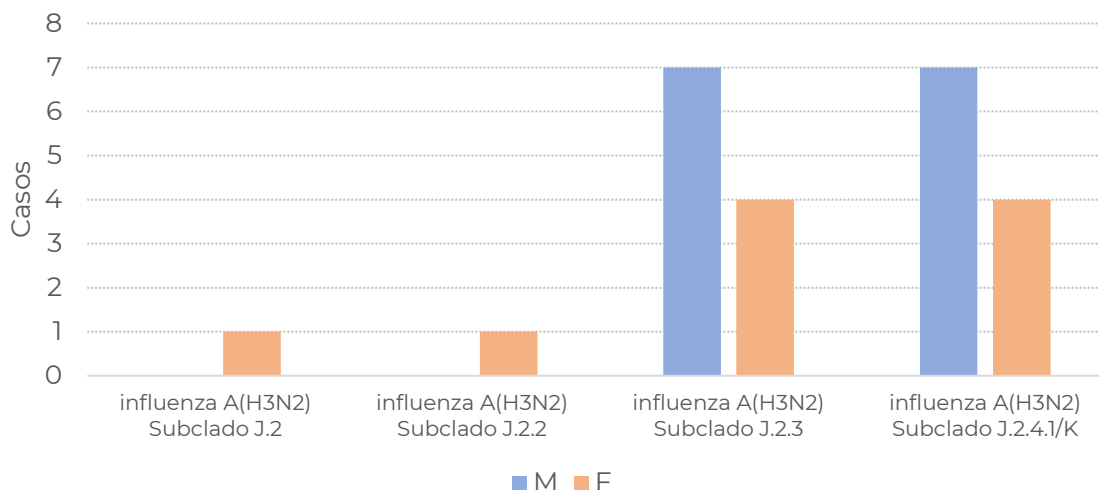
Tabla 2. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado según vacunación antigripal 2025. Argentina

Subclado	Vacunación		Total general
	NO	SI	
influenza A(H3N2) Subclado J.2.2		1	1
influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	9	2	11
influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	9	2	11
influenza A(H3N2) Subclado J.2	1		1
Total	19	5	24

Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0, el LNR y NOMIVAC

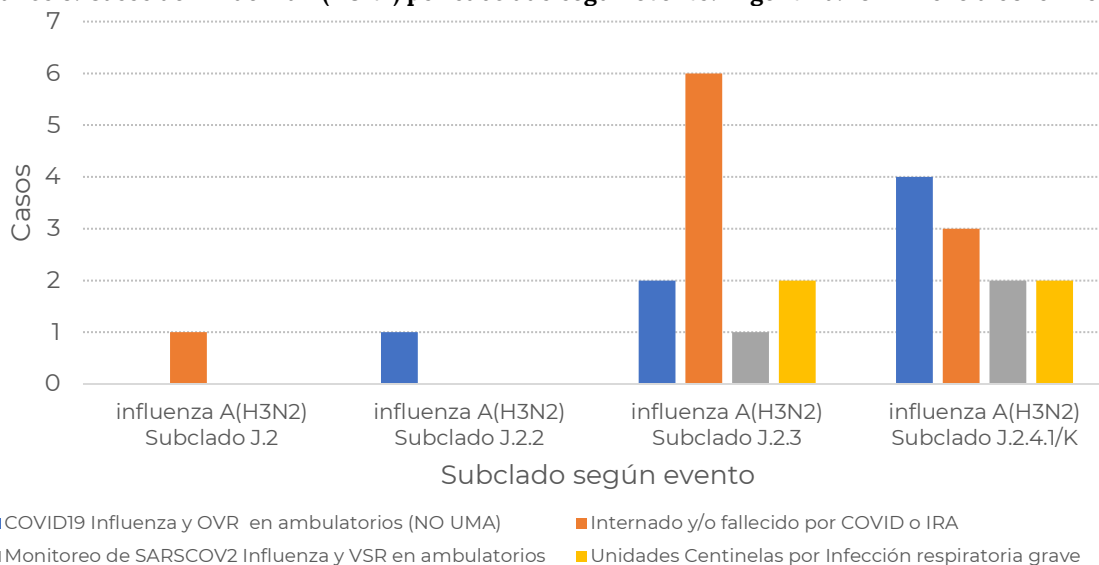
Si bien la mayoría (19) no consignan antecedentes de vacunación, los 5 casos que habían sido vacunados correspondieron a 3 subclados de los 4 identificados hasta el momento.

En cuanto a la división por sexo, el 58% de los casos con secuenciación de Influenza son de sexo masculino y, en particular los del subclado K se distribuyeron entre 7 casos de sexo masculino y 4 de sexo femenino.

Gráfico 8. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado según sexo. Argentina. 18-12-2025 a 09-01-2026

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

En cuanto a la distribución de los casos secuenciados entre los eventos/estrategias de vigilancia, 10 casos fueron notificados al evento universal “Internado y/o fallecido por COVID o IRA”, 4 por UC-IRAG (total internados 14); 7 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 3 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (5 en internados y 6 en ambulatorios).

Gráfico 9. Casos de influenza A(H3N2) por subclado según evento. Argentina. 18-12-2025 a 09-01-2026

IV.7. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.7.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto del período interestacional de influenza en Argentina, caracterizado por baja circulación de virus respiratorios, y ante la detección en el país de casos de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K, se recomienda a los equipos de salud seguir los lineamientos para la prevención, control y atención clínica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), así como mantener una vigilancia fortalecida de los distintos componentes de la estrategia de

vigilancia de IRAs, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

IV.8. 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.9. 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.10. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.11. 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.^{15,16} 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.^{17,18} En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales. Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.

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

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

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

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

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

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

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

*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_prevenccion_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)¹⁹ y el ARBO-portal²⁰ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 08/01/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 52/2025 se han reportado 3.756.188 casos de dengue, 63% menos respecto al mismo período de 2024, con 1.768 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 52 se notificaron 247.815 casos, un 42% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 120 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la misma semana, se han registrado 24.855 casos, lo que representa una disminución del 43% en comparación con 2024, con un fallecimiento reportado por este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 49 se confirmaron 11.987 casos, un 5% más que en igual período de 2024, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 47/2025, se han reportado 33.303 casos de dengue, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024, con 3 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.784 casos, un aumento de 12 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 1.082 casos de zika, más de cuatro veces de lo notificado durante el mismo período de 2024. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 50/2025, se han reportado 30.425 casos de dengue, un 90% menos respecto a la misma semana de 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. En relación con chikungunya, se notificaron 53 casos, lo que representa una disminución de 98% respecto a la misma semana del año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 43%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 12 casos.

Perú: hasta la SE 49/2025, se han notificado 38.709 casos de dengue, un 86% menos respecto al mismo periodo de 2024, con 57 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 46/2025, se notificaron 20 casos, un 77% menos en comparación con la misma semana de 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, hasta la misma semana, no se registraron casos. En relación con Oropouche, hasta la SE 38 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

Durante 2025, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. En relación con la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia registra circulación de DEN-1 y DEN-2; Paraguay, de DEN-1, DEN-2 y DEN-3; y Perú, de DEN-1, DEN-2 y

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](#)

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS | Organización Panamericana de la Salud](#)

DEN-4. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

En agosto de 2025, la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas²¹, ante la ocurrencia de brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

Con respecto al virus del Zika, se registró una disminución de casos en Brasil, sin casos confirmados por laboratorio en el resto de los países citados.

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.

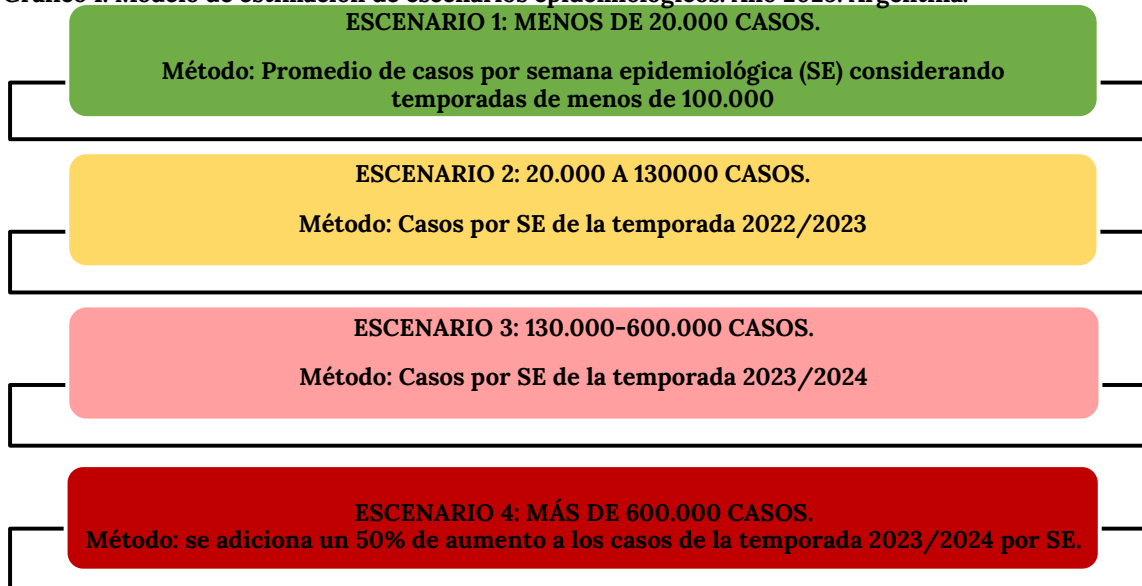
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar

²¹ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto de 2025. Disponible en: [Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS | Organización Panamericana de la Salud](#)

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

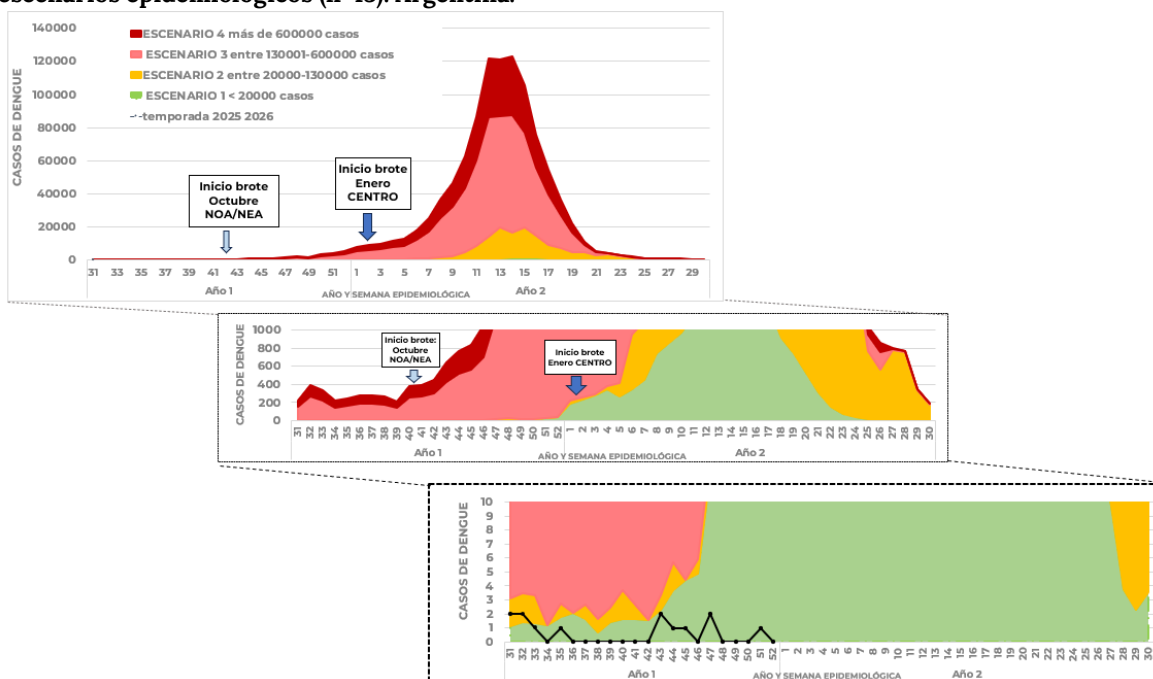
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31 y SE53 se notificaron 13 casos confirmados de dengue, de los cuales 8 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio 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. Año 2025. 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=13). 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. INICIO DE TEMPORADA 2025/2026

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Si bien existe una alta heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del *Aedes aegypti*, vector responsable de la transmisión del virus. Durante los meses más cálidos y húmedos del año, que comprenden principalmente la primavera, el verano y parte del otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector y, consecuentemente, se generan condiciones que permiten la ocurrencia de brotes. Por el contrario, durante el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye considerablemente, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina se delimita entre la SE 31 de un año y la SE 30 del año siguiente, abarcando el período de mayor riesgo para la circulación viral.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos acumulados en la serie histórica.

El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE53/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

Esta tendencia sugiere una interrupción de la transmisión viral autóctona sostenida en el territorio nacional; no obstante, persiste la necesidad de mantener una vigilancia intensificada ante la posibilidad de circulación en áreas con condiciones sociodemográficas, ambientales y epidemiológicas favorables para la transmisión como ingreso de nuevos serotipos a partir de casos importados.

De acuerdo con la fecha mínima²², desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **7390** casos sospechosos de dengue, de los cuales 13 fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. Solo el 38% corresponden a casos sin antecedente de viaje (Tabla 1):

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32)
- **Seis** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: tres sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51)- y tres con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44) e Indonesia (SE47).

²²Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

- **Cuatro** casos notificados en **CABA** con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35), Pakistán (SE45) y México (SE47). En dos de los casos, se identificó el serotipo DENV-3.
- **Un** caso con antecedente de viaje a **Cuba** (SE43) notificado por Entre Ríos (Colón).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE53/2025 se notificaron 546 casos sospechosos de dengue. 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 SE53/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	3	17	3	4	466	141	634	0	6
CABA	0	1	4	0	126	58	189	0	4
Córdoba	0	28	0	0	924	41	993	0	0
Entre Ríos	0	3	1	1	144	7	156	0	1
Santa Fe	0	12	0	1	501	60	574	0	0
Total Centro	3	61	8	6	2161	307	2546	0	11
Mendoza	0	0	0	1	53	1	55	0	0
San Juan	0	1	0	0	22	2	25	0	0
San Luis	0	0	0	0	30	4	34	0	0
Total Cuyo	0	1	0	1	105	7	114	0	0
Chaco	0	2	0	0	467	3	472	0	0
Corrientes	0	0	0	0	44	6	50	0	0
Formosa	2	1	0	0	2503	0	2506	0	2
Misiones	0	2	0	0	248	0	251	0	0
Total NEA	2	5	0	0	3262	9	3279	0	2
Catamarca	0	0	0	0	101	0	101	0	0
Jujuy	0	1	0	0	161	4	166	0	0
La Rioja	0	0	0	0	81	0	81	0	0
Salta	0	2	0	0	275	22	299	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	48	17	65	0	0
Tucumán	0	30	0	1	590	38	659	0	0
Total NOA	0	33	0	1	1256	81	1371	0	0
Chubut	0	0	0	0	9	1	10	0	0
La Pampa	0	0	0	0	36	0	36	0	0
Neuquén	0	0	0	0	15	1	16	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	13	1	14	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	4	0	4	0	0
Total Sur	0	0	0	0	77	3	80	0	0
Total País	5	100	8	8	6861	407	7390	0	13

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.3.B. 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 (0-6 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 954 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, sin registrarse hasta el momento casos autóctonos confirmados. Se notificaron casos importados, incluyendo 1 caso confirmado (CABA) y 6 casos probables (Buenos Aires, Entre Ríos y Córdoba), todos con antecedente de viaje a Brasil, Paraguay y Cuba. Si bien no se ha evidenciado transmisión autóctona en el país durante el período analizado, la ocurrencia de casos importados refuerza la necesidad de sostener la vigilancia epidemiológica y la sensibilidad de los sistemas de detección, en un contexto de circulación viral regional y condiciones favorables para la transmisión vectorial.

Tabla 2. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE53/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Total Sospechosos de F. Chikungunya	Total casos de F. Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.		
Buenos Aires	0	0	0	4	27	4
CABA	0	0	1	0	4	1
Córdoba	0	0	0	1	606	1
Entre Ríos	0	0	0	1	27	1
Santa Fe	0	0	0	0	35	0
Total Centro	0	0	1	6	699	7
Mendoza	0	0	0	0	9	0
San Juan	0	0	0	0	1	0
San Luis	0	0	0	0	4	0
Total Cuyo	0	0	0	0	14	0
Chaco	0	0	0	0	81	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	26	0
Total NEA	0	0	0	0	107	0
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	24	0
La Rioja	0	0	0	0	3	0
Salta	0	0	0	0	95	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	4	0
Tucumán	0	0	0	0	7	0
Total NOA	0	0	0	0	133	0
Chubut	0	0	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	1	0
Total País	0	0	1	6	954	7

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. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE53/2025).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE53/2025. Argentina.

Evento	Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	19	0	23	0	16	0	11	0	5
CABA	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	17	0	37	0	163	0	2	0	1
Entre Ríos	0	0	0	5	0	8	0	2	0	0
Santa Fe	0	23	0	18	0	16	0	12	0	3
Total Centro	0	59	0	87	0	203	0	27	0	9
Mendoza	0	4	0	4	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	2	0	2	0	6	0	5	0	0
Total Cuyo	0	7	0	6	0	11	0	5	0	0
Chaco	0	54	0	2	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	21	0	3	0	0	0	3	0	6
Total NEA	0	75	0	7	0	0	0	3	0	6
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	4	0	21	0	1	0	15	0	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	70	0	34	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán	0	7	0	16	0	0	0	0	0	4
Total NOA	0	86	0	71	0	3	0	15	0	5
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Total País	0	227	0	171	0	219	0	51	0	20

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.A. 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 227 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.

V.5.B. 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 171 casos, sin registrarse resultados positivos.

V.5.C. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron 219 casos sospechosos de encefalitis de San Luis, sin registrarse casos confirmados hasta el momento. No se evidencia circulación viral activa en el país. Se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente una eventual introducción del virus.

V.5.D. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

Durante la presente temporada se investigaron 51 casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó un caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

V.5.E. FIEBRE AMARILLA

Durante la temporada en curso se notificaron 20 casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

VI. Hantavirosis

VI.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas²³ con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

A partir de esta edición del BEN, se comienza a priorizar la presentación de este evento dado el carácter estacional que muestra. En efecto, la gran mayoría de los casos se presenta durante el verano y es por eso que se definió darle un mayor seguimiento a esta patología, con la finalidad de conocer de manera oportuna su incidencia, dar a conocer sus características y poder, así, sensibilizar a todos los actores vinculados con la atención, diagnóstico, tratamiento, notificación, prevención y control involucrados con la patología.

Dada la complejidad clínica y epidemiológica del evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión según avance la confirmación diagnóstica o la clasificación final de los casos.

²³ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

No obstante, resultan fundamentales para dimensionar el comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirus”. Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025²⁴, o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza la jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE27/2018-SE26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

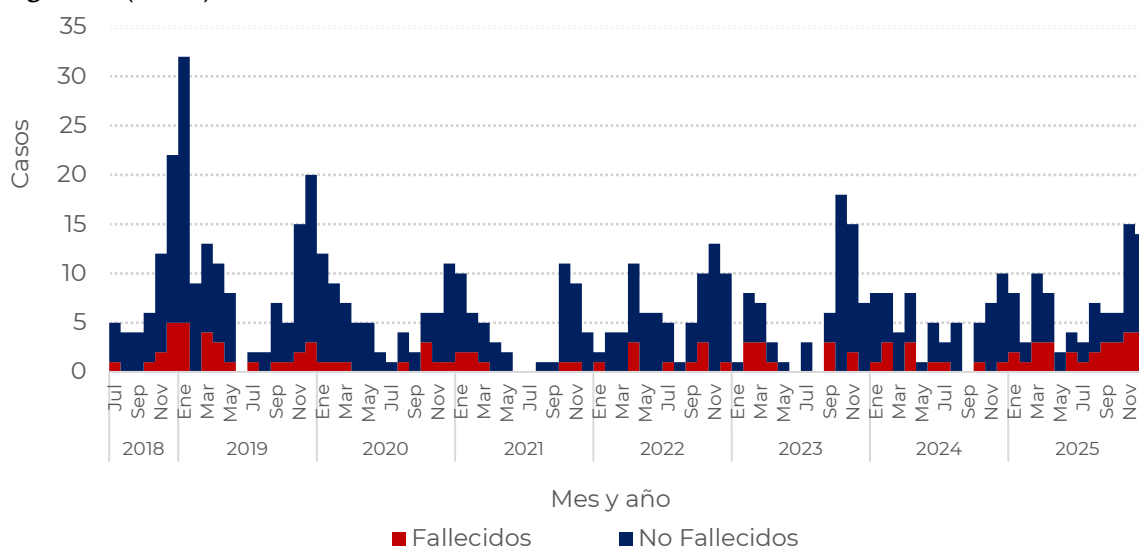
En la curva histórica de casos (Gráfico 1), se observa que el 90% de los casos se concentran entre los meses de septiembre a abril (SE34 a SE20), y un 50% entre noviembre y enero (SE39 a SE02). Este patrón se verifica en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro) con la particularidad de que en el NOA el incremento estacional se inicia de manera más temprana (Gráfico 2).

El período analizado incluye la temporada 2018-2019 (SE27/2018 a SE26/2019) que presentó el mayor número de casos confirmados (126), coincidente con el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuypén, Chubut.

A nivel nacional, desde la SE 1 a la SE 53 del año 2025, se notificaron 86 casos confirmados de hantavirus, de los cuales 28 fallecieron, lo que representa una letalidad del 33,6%. Al mismo tiempo, teniendo en cuenta la temporada actual, los casos notificados ascienden a 52.

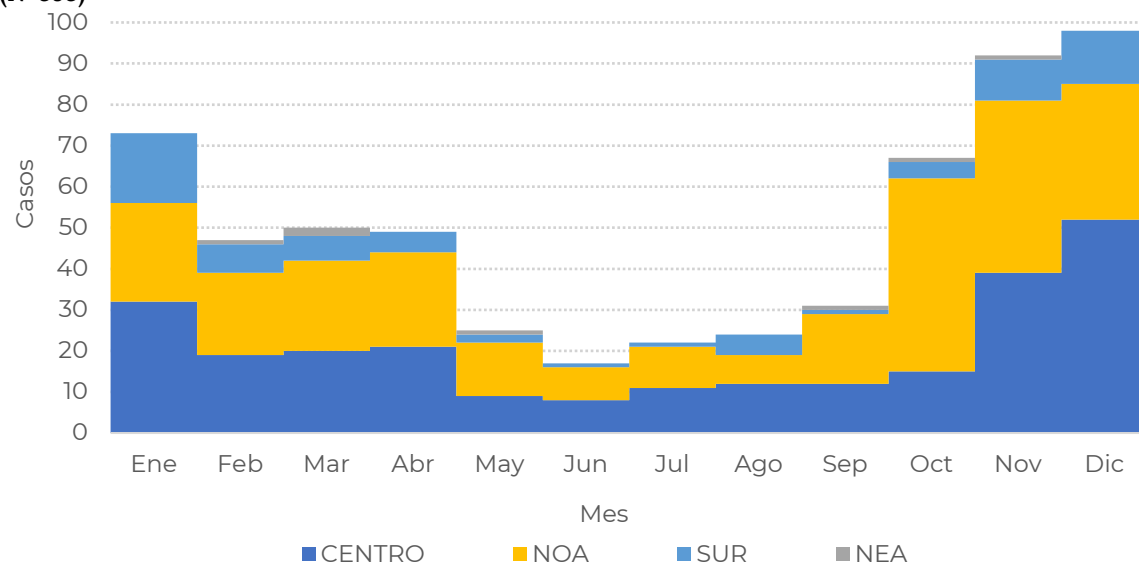
²⁴ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE27/2018 a SE53/2025, Argentina. (N=595)



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

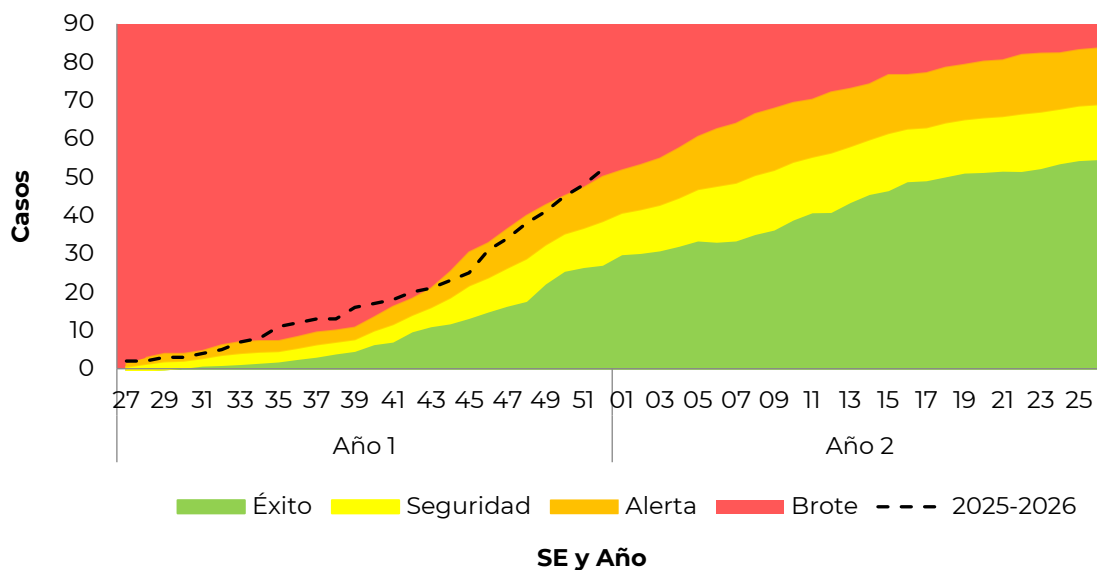
Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE27/2018 a SE53/2025, Argentina. (N=595)



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

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para el período comprendido entre julio y diciembre de 2025 (temporada 2025-2026) se encuentra en el umbral de alerta, respecto a los casos esperados en relación a los años previos.

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE53/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024)*. Argentina. (N=52)



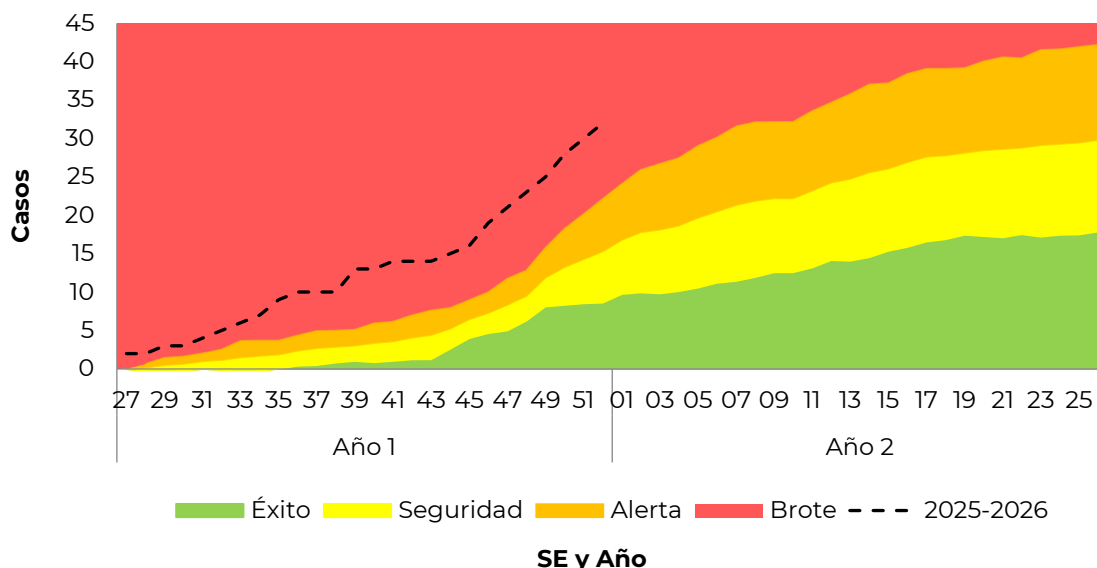
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

* Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote, tanto en éste como en los siguientes corredores.

Región Centro

Para la región Centro, la cual incluye las jurisdicciones de Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe, el número de casos se encuentra en brote para el período comprendido entre julio y la segunda semana de diciembre de 2025 (temporada 2025-2026).

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE53/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región Centro. (N=32)

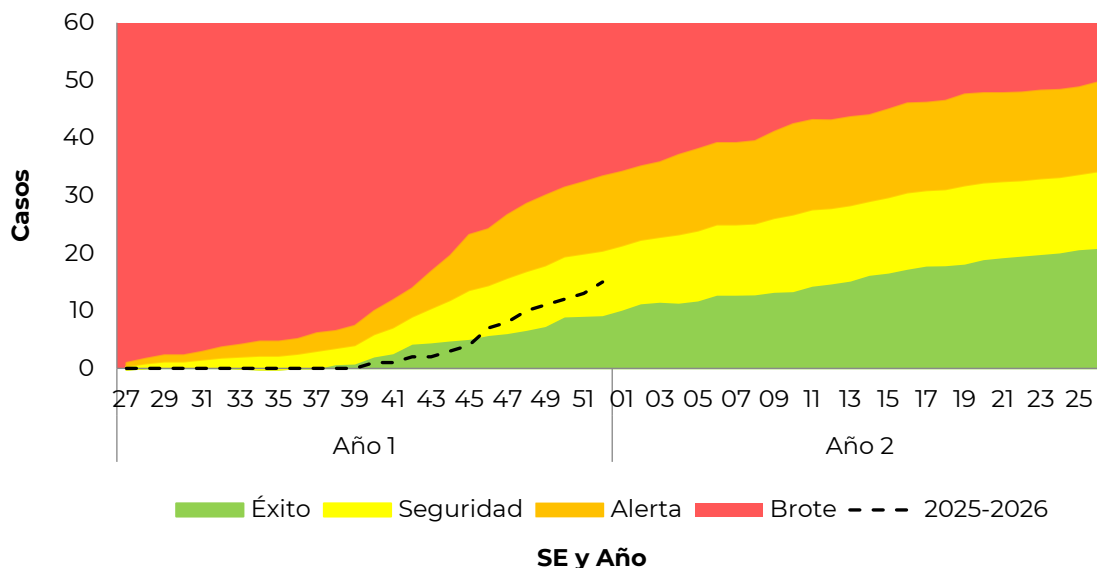


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Región NOA

En lo que respecta a la región NOA, se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta y Jujuy, con un número de casos se encuentra en el umbral de seguridad para el período comprendido entre julio y diciembre de 2025, respecto a los valores esperados teniendo en cuenta los casos presentados en años previos.

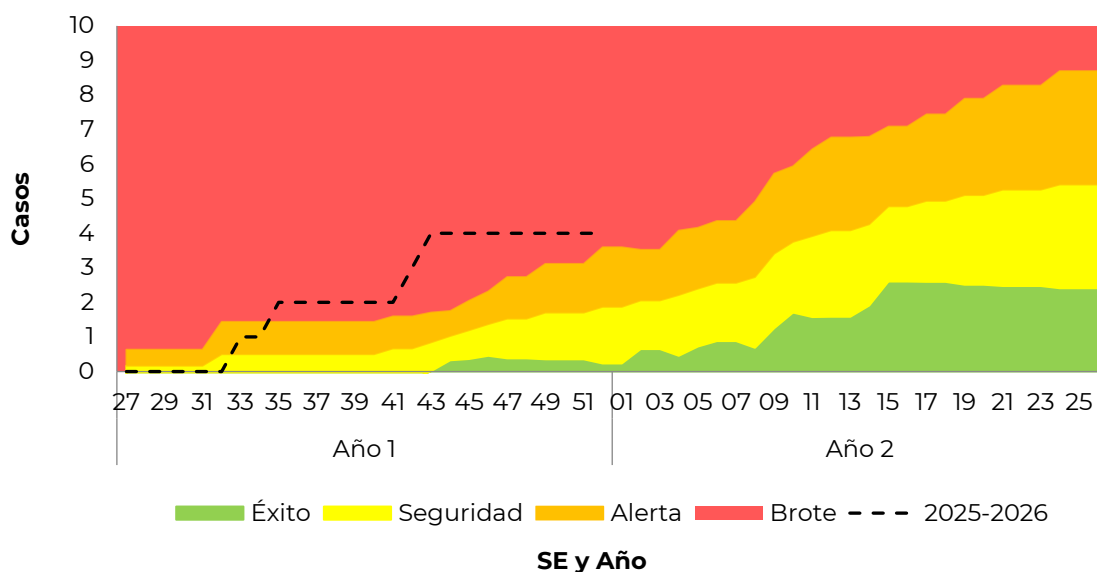
Gráfico 5. Hantavirus: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE53/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región NOA. (N=15)



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

Región Sur

Para la región Sur, la cual incluye las jurisdicciones de Chubut, Neuquén y Río Negro, el número de casos se encuentra en el umbral de brote para el período de julio a diciembre de 2025, es decir por encima de los casos esperados. Sin embargo, al momento tan sólo se presentaron cuatro casos, por lo que es necesario continuar analizando la evolución de la situación.

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE53/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región Sur. (N=4)

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

Presentación de datos a nivel sub-nacional

A continuación, se presentan los casos y la incidencia acumulada según jurisdicción para el mismo período y, complementariamente, un mapa con el detalle del georreferenciamiento de los casos de la presente temporada de acuerdo a la edad y a la relación con la ecorregión del país.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2018 a 2025 (SE27 a SE53 de cada año -o 52 si no la contempla-). (N=327)

Año epidemiológico	2018 (SE27 a SE52)		2019 (SE27 a SE52)		2020 (SE27 a SE52)		2021 (SE27 a SE52)		2022 (SE27 a SE52)		2023 (SE27 a SE52)		2024 (SE27 a SE52)		2025 (SE27 a SE52)	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	3	0,02	14	0,08	10	0,06	6	0,03	7	0,04	3	0,02	7	0,04	21	0,11
Entre Ríos	2	0,15	1	0,07	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	3	0,21	4	0,28
Santa Fe	10	0,29	8	0,23	6	0,17	4	0,11	4	0,11	2	0,06	5	0,14	7	0,19
Centro	15	0,05	23	0,08	20	0,07	11	0,04	14	0,05	7	0,02	15	0,05	32	0,10
Chaco	0	0,00	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	0	0,00	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	0	0,00	2	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
Jujuy	2	0,26	6	0,78	3	0,39	5	0,64	7	0,88	6	0,75	4	0,50	3	0,37
Salta	15	1,07	17	1,20	4	0,28	8	0,55	19	1,29	28	1,89	9	0,60	12	0,79
Tucumán	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
NOA	17	0,30	23	0,41	7	0,12	15	0,26	28	0,48	37	0,63	13	0,22	15	0,25
Chubut	15	2,49	0	0,00	3	0,48	0	0,00	2	0,31	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Neuquén	2	0,31	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,29	0	0,00	1	0,14
Río Negro	0	0,00	1	0,13	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	2	0,25
Sur	17	0,59	1	0,03	4	0,14	0	0,00	2	0,07	3	0,10	1	0,03	4	0,13
Total País	49	0,11	49	0,11	31	0,07	26	0,06	44	0,09	47	0,10	29	0,06	52	0,11

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

La mayor proporción de casos para la temporada actual (mes de julio a diciembre de 2025) se encuentra en la región Centro (62%), seguida por la región NOA (29%) y la región Sur (8%). La incidencia acumulada más elevada se presenta en Salta y Entre Ríos. Teniendo en cuenta los años previos, para el mismo período de tiempo (SE 27 a 52) en los años 2018 y 2019 se observaron, a nivel nacional, los mismos valores en la incidencia acumulada que para la actual temporada.

Considerando los casos históricos, se observa que el 46% de éstos, se concentraron en la región NOA, seguidos por la región centro (42%) y la región sur (10%). (Tabla 2). En este caso, a nivel nacional y tomando en cuenta la incidencia acumulada de los años previos, el año 2019 se presenta más elevado (0,28), en comparación con el año actual (0,18).

Tabla 2. Hantavirus: Casos totales históricos confirmados, y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=542)

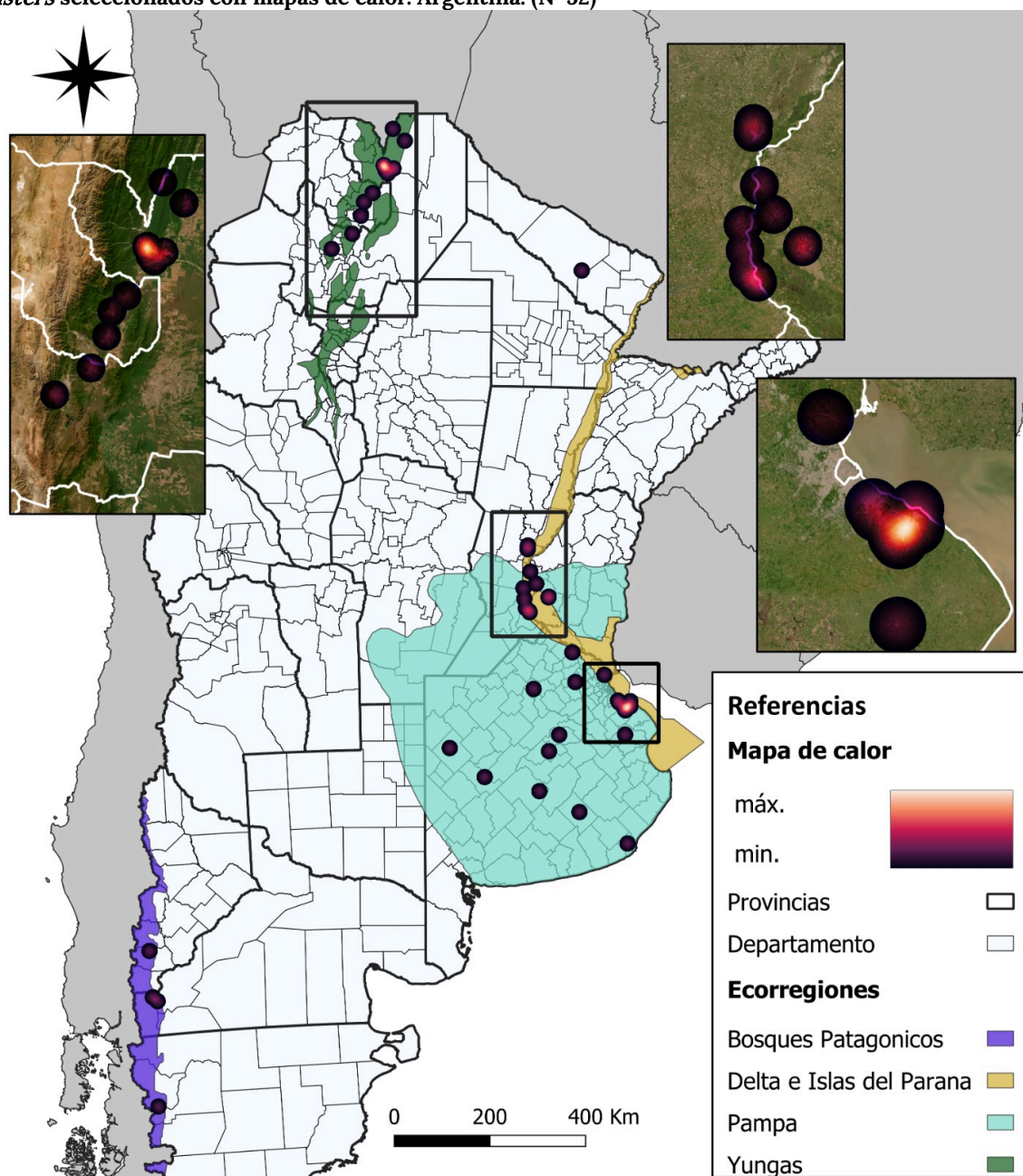
Año calendario	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	37	0,21	21	0,12	13	0,07	17	0,10	11	0,06	14	0,08	34	0,19
Entre Ríos	3	0,22	6	0,43	1	0,07	5	0,35	2	0,14	3	0,21	8	0,55
Santa Fe	10	0,28	13	0,37	4	0,11	5	0,14	4	0,11	9	0,25	13	0,35
Centro	50	0,17	40	0,14	18	0,06	27	0,09	17	0,06	26	0,09	55	0,18
Chaco	2	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16
Formosa	0	0,00	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	3	0,07	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,07
Jujuy	23	3,02	10	1,30	10	1,28	16	2,03	9	1,13	11	1,37	5	0,62
Salta	30	2,13	14	0,98	18	1,25	26	1,78	33	2,23	20	1,34	15	0,99
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	3	0,17	3	0,17	0	0,00	1	0,06
NOA	53	0,94	24	0,42	30	0,52	45	0,78	45	0,77	31	0,52	21	0,35
Chubut	15	2,46	3	0,48	2	0,32	5	0,78	1	0,15	1	0,15	1	0,15
Neuquén	0	0,00	1	0,15	1	0,15	0	0,00	3	0,44	1	0,14	2	0,28
Río Negro	3	0,41	1	0,13	1	0,13	0	0,00	3	0,39	5	0,64	4	0,50
Sur	18	0,62	5	0,17	4	0,13	5	0,17	7	0,23	7	0,23	7	0,22
Total País	124	0,28	70	0,15	52	0,11	77	0,17	69	0,15	64	0,14	86	0,18

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

En el mapa 1, se georreferencia la distribución de los 52 casos de hantavirus desde la SE 27/2025 hasta la SE 53/2025.

La descripción de los casos por ecorregión permite delimitar riesgos específicos en cada una, determinados por la ecología y el comportamiento de los reservorios y por los patrones de exposición vinculados a las actividades que realizan las personas.

Mapa 1. Hantavirrosis: Casos confirmados desde SE27/2025 a SE53/2025, ecoregiones y detalle de clusters seleccionados con mapas de calor. Argentina. (N=52)



Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Ecoregiones - Ministerio de Economía - Secretaría de Obras Públicas, disponible en: https://geoportal.obraspublicas.gob.ar/layers/geonode_data:geonode:ecoregiones_argentina#more

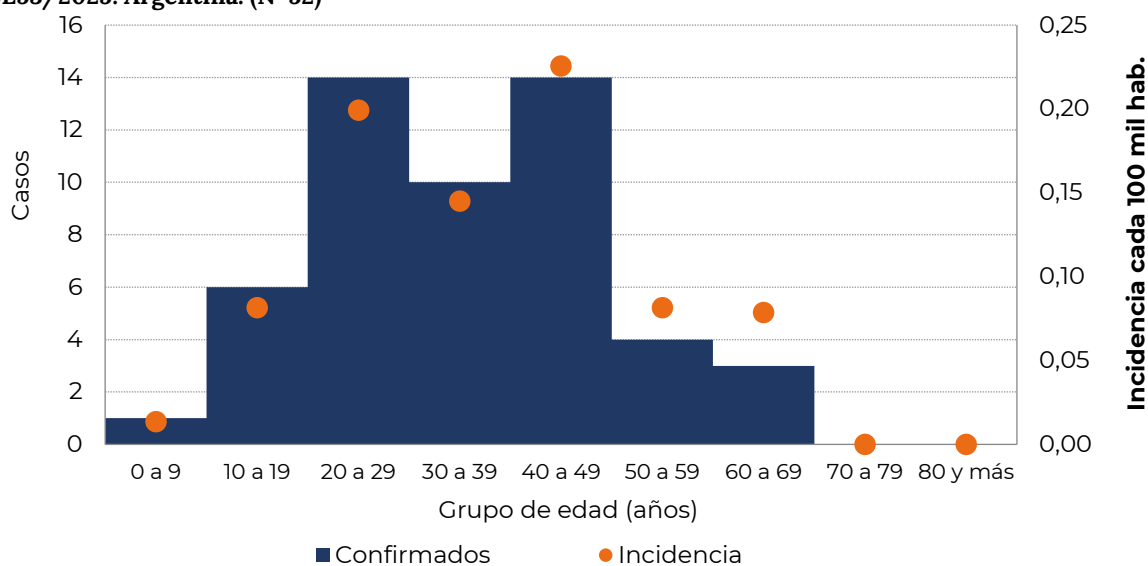
La distribución de los casos de hantavirus se asocia con la del reservorio, aunque las distribuciones de los roedores en general son más extensas y se puede considerar como la máxima área endémica potencial. El Mapa 1 identifica las ecoregiones principalmente vinculadas a los casos. En el NOA, los 13 casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde). En la región Sur, los casos se localizan en los Bosques Patagónicos (4 casos). En la región Centro, la mayor concentración (19 casos) se vincula al bosque en galería del Delta e Islas del Paraná, que incluye los humedales de Samborombón y áreas aledañas a La Plata. Por otra parte, 7 casos del interior de la provincia de Buenos Aires se asocian a la ecoregión Pampeana y un caso en la región chaqueña (Formosa). Esta distribución requiere confirmación mediante trabajo de campo orientado a la búsqueda y caracterización de reservorios en cada

foco, y se complementa con vigilancia genómica para validar la vinculación entre casos, reservorios y circulación viral.

Caracterización según grupos de edad

A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de esta temporada fue de 34 años, concentrándose el 74% (32) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en el período. La mediana de edad resultó ligeramente superior a las registradas en temporadas previas, como la de 2020–2021.

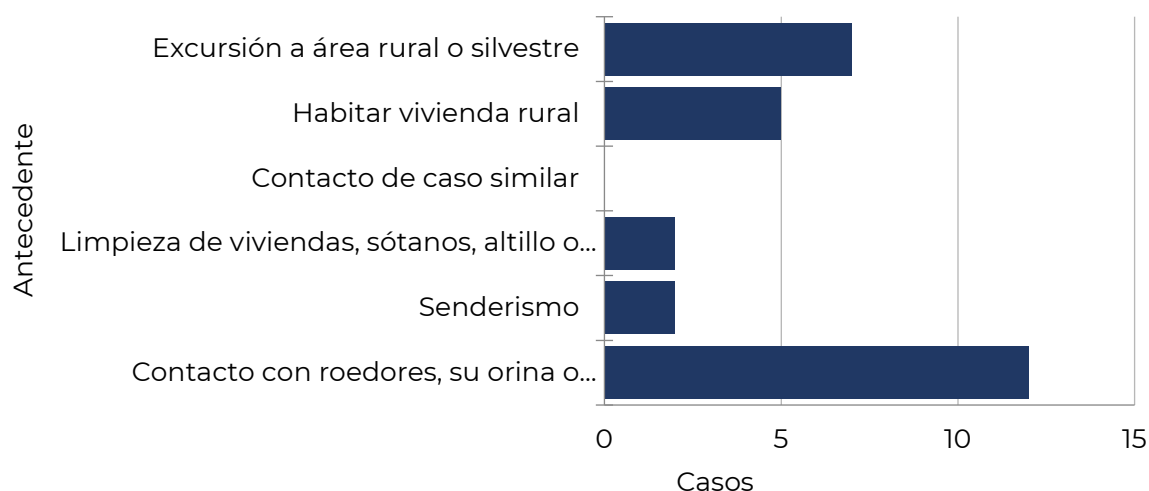
Gráfico 7. Hantavirus: Casos y tasas de incidencia acumulada según grupo de edad. SE27/2025 a SE53/2025. Argentina. (N=52)



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

Antecedentes epidemiológicos

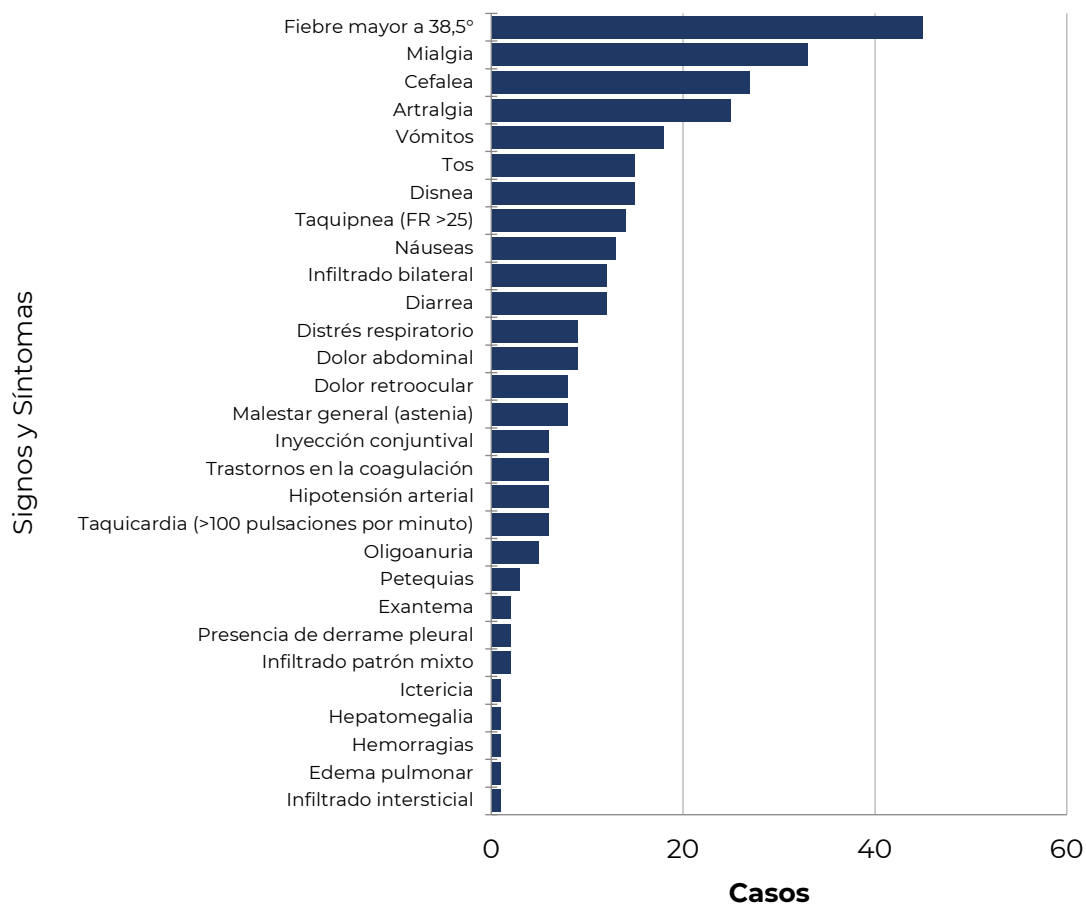
Entre SE27/2025 y SE53/2025, el 37% de los casos (n=16) presentó información sobre antecedentes epidemiológicos, siendo los más frecuentes contactos con roedores, orina o deposiciones (63%), habitar vivienda rural (26%), y excursión a área rural o silvestre (37%). Cada caso puede presentar uno o más antecedentes epidemiológicos. Ninguno de los casos fue identificado como de transmisión interhumana.

Gráfico 8. Hantavirosis: Antecedentes epidemiológicos. SE27/2025 a SE53/2025. Argentina. (n=19)

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

Signos y síntomas

Entre SE27/2025 y SE53/2025, el 92% de los casos (n=48) presentó información sobre signos y síntomas, siendo los cinco más frecuentes: fiebre mayor a 38,5° (94%), mialgias (69%), cefalea (56%), artralgia (52%), y vómitos (38%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

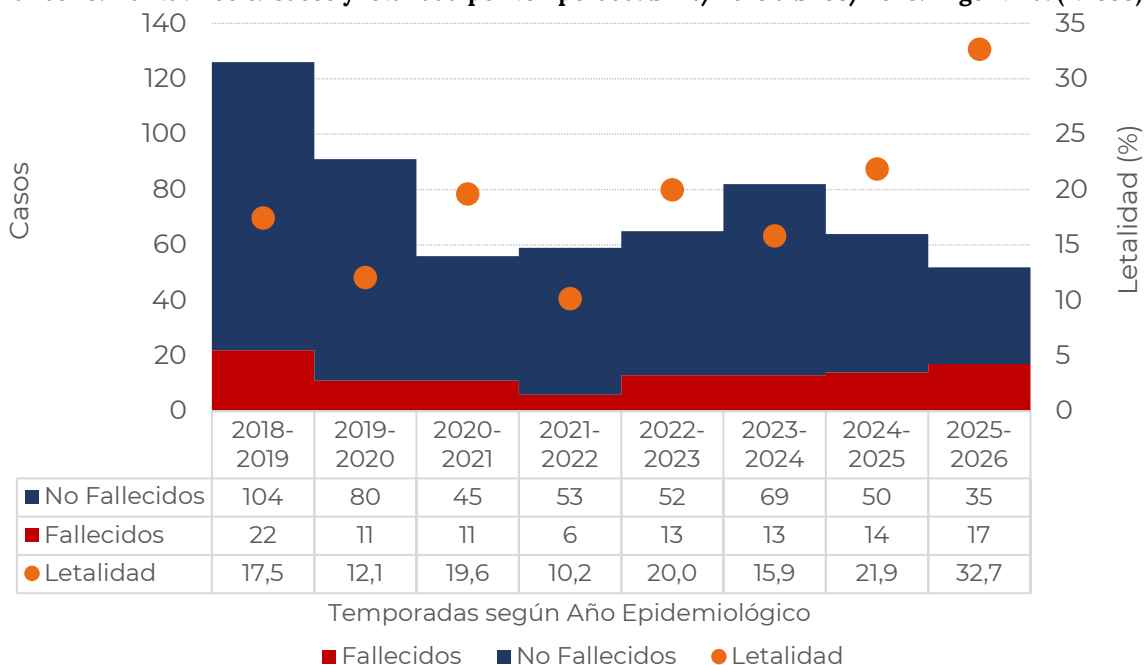
Gráfico 9. Hantavirosis: Signos y síntomas. SE27/2025 a SE53/2025. Argentina. (n=52)

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

Caracterización de la mortalidad

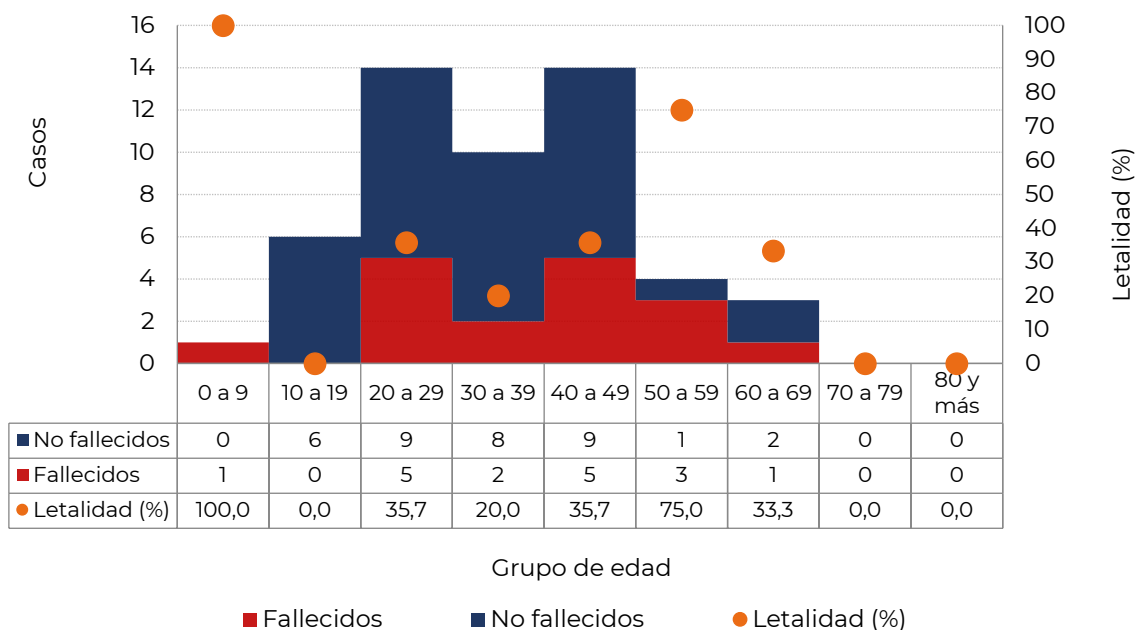
Entre SE27/2025 y SE53/2025 se notificaron 17 casos fallecidos, con una mediana de edad de 40 (RIC: 23-445) mayor que en temporadas anteriores, y una letalidad del 32,7%, también por encima a la de temporadas previas. La mayor letalidad se observa en el grupo etario de 50 a 59 años (75%). El único menor de 10 años diagnosticado falleció.

Gráfico 10. Hantavirus: Casos y letalidad por temporada. SE27/2018 a SE53/2025. Argentina. (N=595)



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

Gráfico 11. Hantavirus: Casos y letalidad por grupo etario. SE27/2025 a SE53/2025. Argentina. (N=52)



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

En la Tabla 3 se pueden observar los casos históricos fallecidos por año calendario.

Tabla 3. Hantavirus: Casos totales históricos fallecidos, tasa de letalidad y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=98)

Año calendario	2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
Jurisdicción	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T
Buenos Aires	6	16	0,03	1	5	0,01	1	8	0,01	2	12	0,01	3	27	0,02	3	21	0,02	11	32	0,06
Entre Ríos	1	33	0,07	2	33	0,14	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	4	50	0,28
Santa Fe	2	20	0,06	3	23	0,08	1	25	0,03	1	20	0,03	3	75	0,08	1	11	0,03	2	15	0,05
Centro	9	18	0,03	6	15	0,02	2	11	0,01	3	11	0,01	6	35	0,02	4	15	0,01	17	31	0,06
Chaco	0	0	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
Formosa	0	-	0,00	1	100	0,17	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
Misiones	0	0	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00
NEA	0	0	0,00	1	100	0,02	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
Jujuy	2	9	0,26	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Salta	7	23	0,50	1	7	0,07	1	6	0,07	4	15	0,27	3	9	0,20	4	20	0,27	5	33	0,33
Tucumán	0	-	0,00	0	-	0,00	1	50	0,06	0	0	0,00	0	0	0,00	0	-	0,00	1	100	0,06
NOA	9	17	0,16	1	4	0,02	2	7	0,03	4	9	0,07	3	7	0,05	4	13	0,07	6	29	0,10
Chubut	3	20	0,49	1	33	0,16	1	50	0,16	3	60	0,47	0	0	0,00	1	100	0,15	0	0	0,00
Neuquén	0	-	0,00	0	0	0,00	1	100	0,15	0	-	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	2	100	0,28
Río Negro	0	0	0,00	0	0	0,00	1	100	0,13	0	-	0,00	3	100	0,39	2	40	0,25	3	75	0,38
Sur	3	17	0,10	1	20	0,03	3	75	0,10	3	60	0,10	3	43	0,10	3	43	0,10	5	71	0,16
Total País	21	17	0,05	9	13	0,02	7	13	0,02	10	13	0,02	12	17	0,03	11	17	0,02	28	33	0,06

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

Referencias: N. Número de fallecimientos, L. Porcentaje de letalidad, T. Tasa de mortalidad

VI.2.C. VIGILANCIA GENÓMICA

Las variantes de hantavirus reportadas en Argentina, desde los inicios de los estudios genómicos en la década de 1990 hasta la actualidad, han sido descritas a partir de secuencias genómicas parciales. La vigilancia genómica activa, incorporando la secuenciación de genomas completos, ha permitido dilucidar relaciones filogeográficas de alta resolución entre las secuencias genómicas derivadas de pacientes y roedores, identificando la fuente de infección, las vías de transmisión y nuevas variantes o virus. Para el periodo 2024-2025, se reporta variante en el 15% de las muestras. Se identifica Laguna Negra en un caso de la Provincia de Chaco y Alto Paraguay en otro caso de Entre Ríos, siendo el resto de los reportes vinculables a la distribución histórica de las mismas (Andes, Lechiguana, Buenos Aires y Bermejo).

La detección de nuevos genotipos o de nuevas áreas de circulación viral mediante vigilancia genómica en muestras humanas orienta y justifica la realización de estudios de campo dirigidos a la identificación de los reservorios involucrados en la transmisión.

VI.2.D. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE27/2025 y SE52/2025 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (58%), seguida por la región NOA (30%) y la región Sur (10%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 6 casos confirmados, uno de los cuales se consignó como fallecido. Se destacó como antecedente epidemiológico más frecuente el contacto con roedores o el habitar/transitar en área rural o silvestre. Es importante intensificar la sospecha de hantavirus en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de rutina siempre, durante todo

el año. Teniendo en cuenta la estacionalidad, esta recomendación toma un carácter más importante aún entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantaviriosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

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

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

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

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

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

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

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

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Coqueluche

VII.1. Introducción

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

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

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

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

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

VII.2. Situación internacional²⁵

A nivel mundial, durante el 2024 se notificaron 977.000 coqueluche, mostrando un incremento de 5,8 veces en comparación con el número de casos notificados en 2023. La mayor proporción de casos se registró en las regiones del Pacífico Occidental y Europa.

²⁵ Extraído de: Organización Panamericana de la Salud. 2025. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-america-8-diciembre-2025>

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

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

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

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

VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

En 2025 se notificaron un total de 6.621 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 1.096 fueron confirmados. En 963 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio²⁶, identificándose *B. pertussis* en el 80,9% (n=779); 4 casos correspondieron a *B. parapertussis* y 180 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.). En las últimas semanas se

²⁶ Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

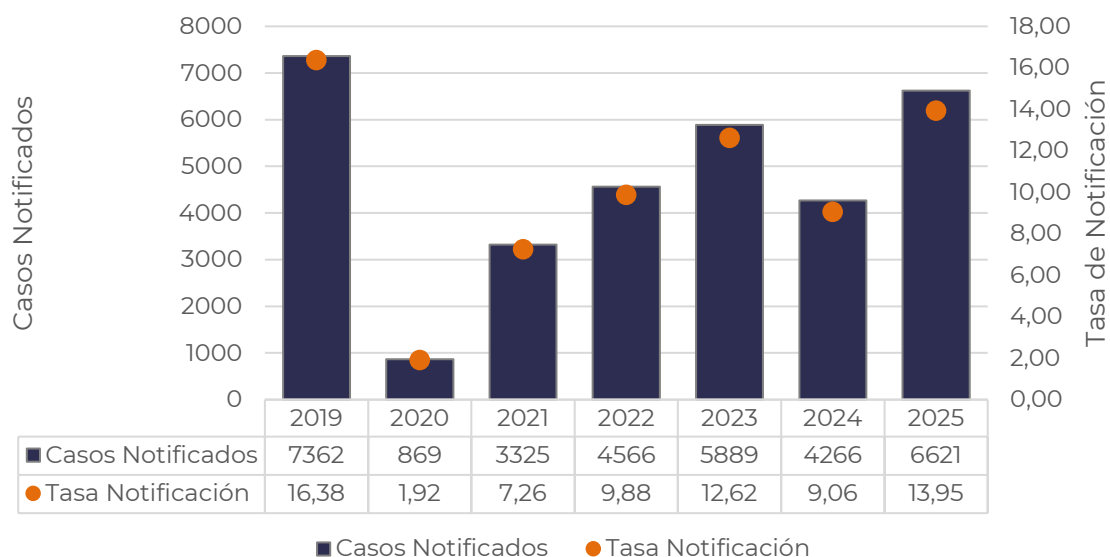
registraron 11 detecciones de *B. Holmessi*, en 6 jurisdicciones: provincia de Buenos Aires, CABA, Santa Fe, Entre Ríos, San Luis y Tierra del fuego.²⁷

Los 1.096 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020, seguido del año 2023, cuando se notificó un mayor número de casos, principalmente en la provincia de Salta²⁸. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 2,31 casos por cada 100.000 habitantes. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación actual, dado que el aumento de casos se observa en distintas jurisdicciones y de forma heterogénea. Además, se registraron 9 fallecimientos por la enfermedad, todos en menores de 2 años.

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

La tasa de notificación en las SE1-52 para el período 2019-2025 presentó un máximo inicial en 2019, seguido de un descenso abrupto en 2020. A partir de 2021, la tasa experimentó un incremento sostenido hasta alcanzar su valor más alto en 2023. La tasa disminuyó en 2024 y luego, en 2025, se observó un nuevo aumento, con una tasa de notificación de 13,65 casos por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. Años 2019-2025.



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

Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de provincia de Buenos Aires (n= 1.386), Córdoba (n= 1.370), CABA (n=1.084), Tierra del Fuego (n=686), y Salta (n=684), seguidos por establecimientos de Mendoza (n=572), Santa Fe (n=379), Entre Ríos (n=69) y Tucumán (n=52). En el resto de las provincias se notificaron 50 casos sospechosos o menos en el año.²⁹

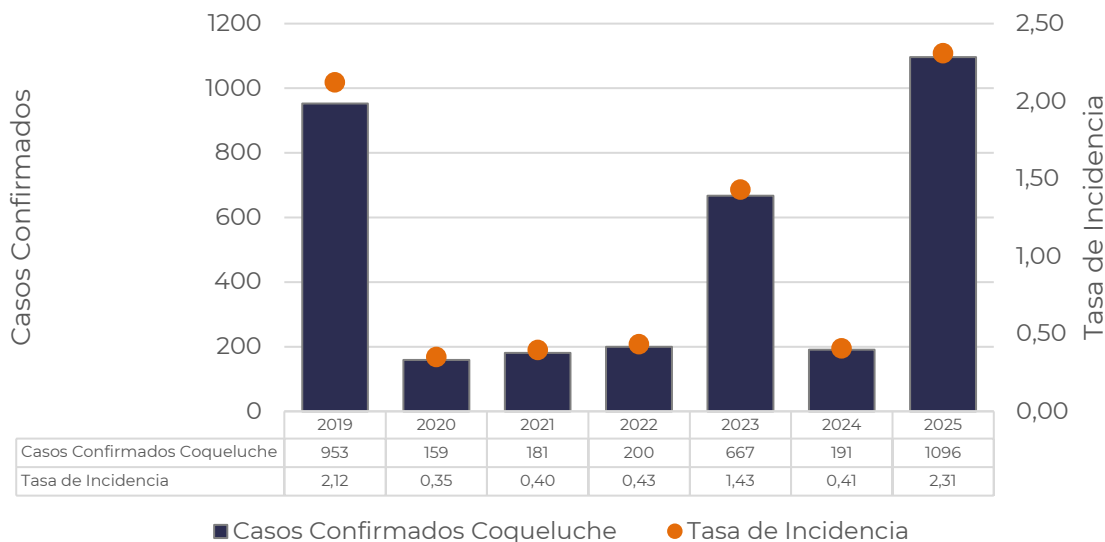
²⁷ Los casos de *B. Holmessi* no son considerados casos confirmados de coqueluche. Esta especie genera sintomatología compatible con coqueluche, con sintomatología más leve.

²⁸ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

²⁹ Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

Del total de notificados, se confirmaron 1.096 casos, representando una tasa de incidencia de 2,31 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, la mayor tasa de incidencia se observó en el presente año, seguido por los años 2019 y 2023³⁰.

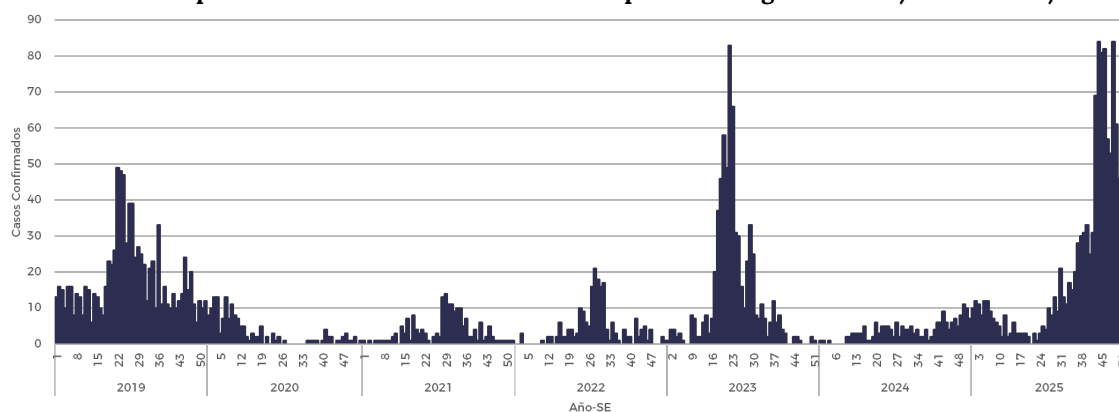
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. Años 2019-2025.



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

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

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE53/2025.



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

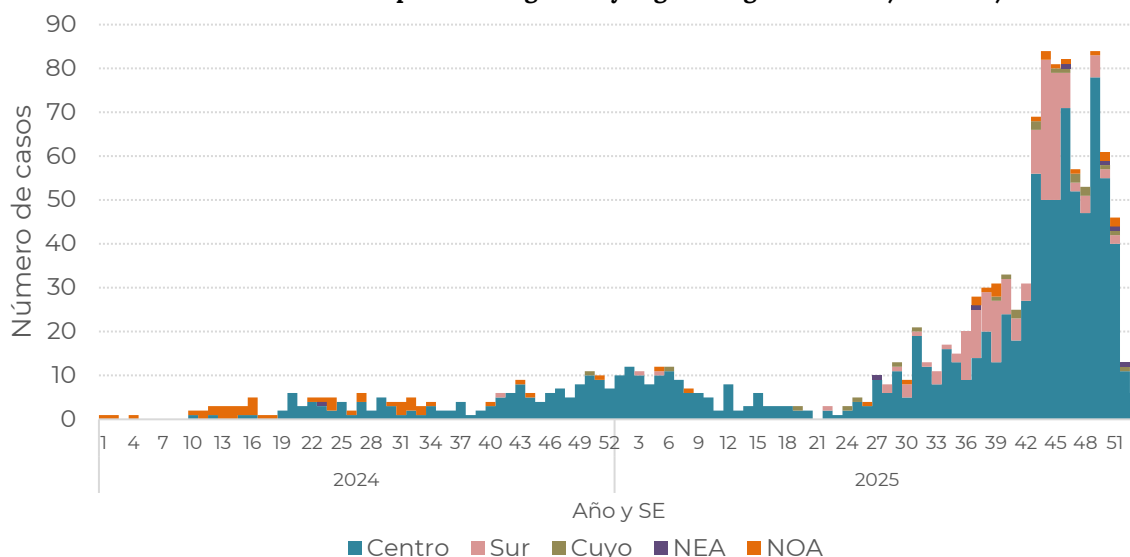
A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso hasta mitad del año.

³⁰ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro. Este incremento en el número de casos acumulados de 2025, a la fecha, supera en números absolutos al total de casos para el mismo período de 2019 y 2023.

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 (n=84). En las últimas 4 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución³¹.

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-52/2025.

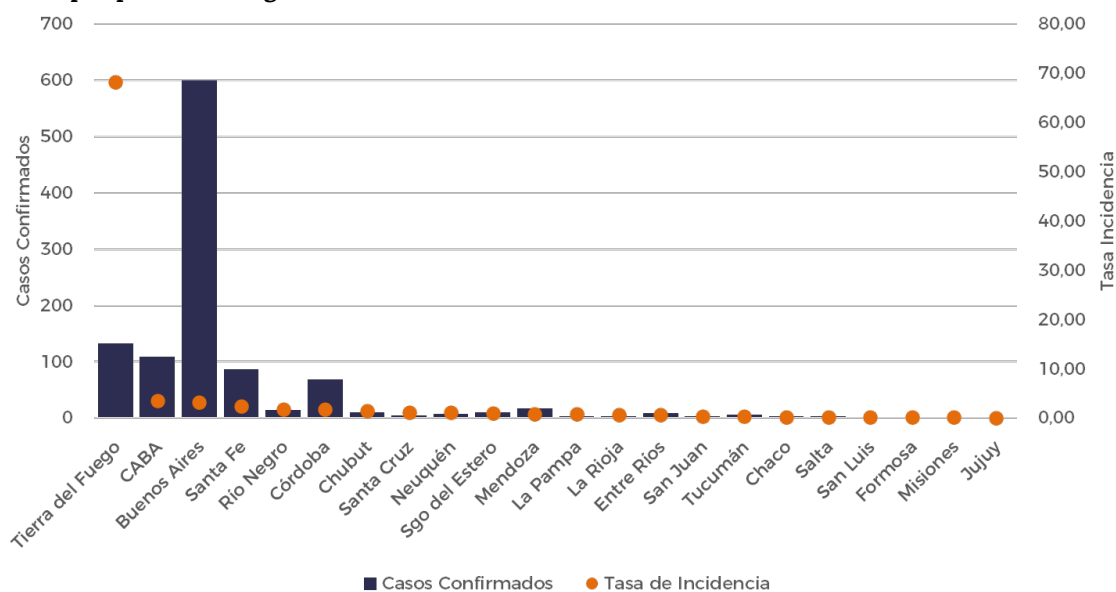


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=873), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=600) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=109). En la Región Sur se confirmaron 173 casos, principalmente vinculados al brote en curso en Tierra del Fuego.

En el siguiente gráfico se observan los casos absolutos y la incidencia acumulada (IA) cada 100.000 habitantes según jurisdicción (ordenadas de mayor a menor IA), para el año 2025.

³¹ Es importante tener en cuenta que esta tendencia podrá ser verificada en las próximas semanas, entendiendo que puede ser producto de un retraso en la notificación.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. 2025.

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

La mayor incidencia acumulada se registra en Tierra del Fuego, que –en el marco del brote en Ushuaia y Río Grande– presenta una IA de 68,23 casos por cada 100.000 habitantes, valor 19,3 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 3,53 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 3,27 casos por 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) ³².

³² La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

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

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	600
CABA	21	11	0	3	2	53	109
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	3
Chubut	12	6	3	1	2	0	10
Córdoba	192	31	37	5	81	11	68
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	9
Formosa	2	2	0	1	0	0	1
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	3
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	17
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	8
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	3
San Luis	8	5	1	0	0	0	1
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	87
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	10
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	133
Tucumán	7	4	1	0	2	0	6
Total Nacional	953	159	181	200	667	191	1096

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

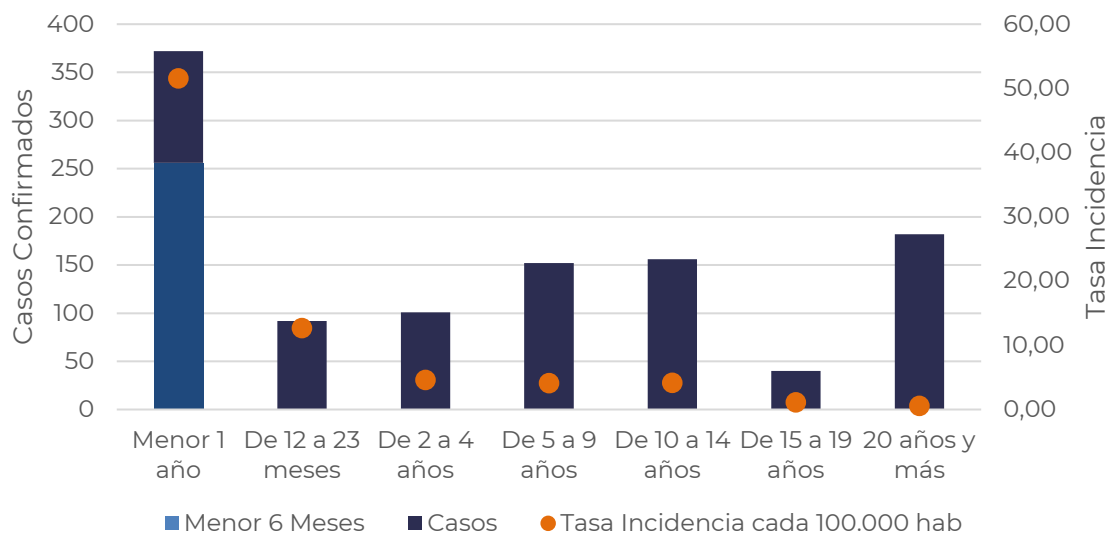
Como se mencionó previamente, si bien 22 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. parapertussis* (los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B.pertussis* y para *La Rioja* no se cuenta con identificación de especie).

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados y la IA cada 100.000 habitantes a nivel nacional, según grupo de edad.

Gráfico 6. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. 2025.



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

Las mayores incidencias acumuladas se observaron en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 34,0% de los casos confirmados en 2025 (n=372), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=256). El número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en Tierra del Fuego.

Con relación a los fallecimientos, entre las SE 1 y 52 de 2025 se notificaron 9 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 6 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año en curso la tasa de letalidad es de 0,9%. Ninguno de los 5 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 4 casos corresponden a menores de 2 meses, en los que se registró antecedente de vacunación materna únicamente en uno de ellos.

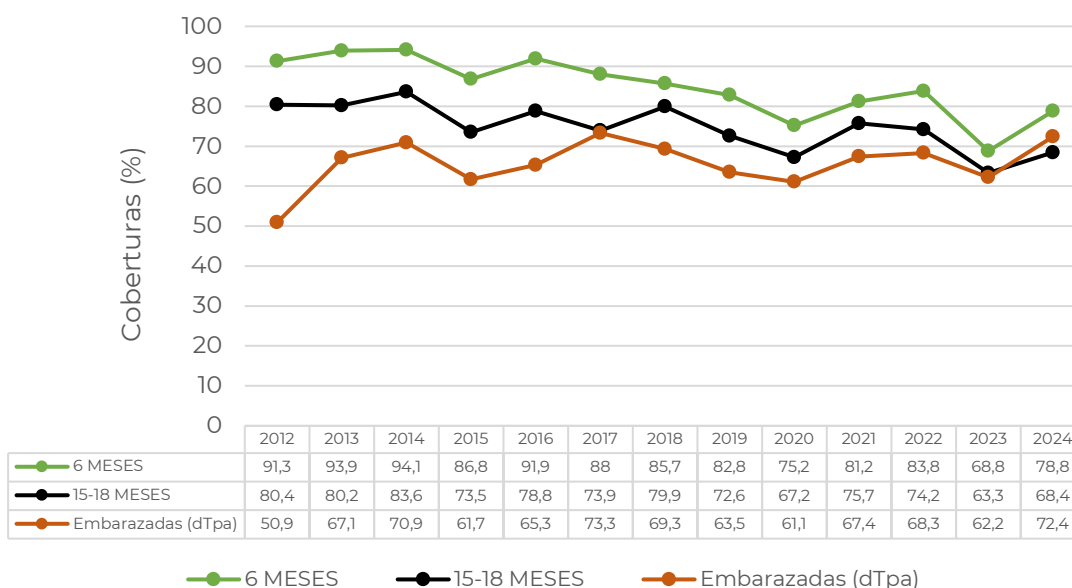
VII.4. Coberturas de Vacunación

VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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

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

- I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quintuple o pentavalente)
- II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quintuple o pentavalente)
- III. Embarazadas (vacunadas con dTpa – triple bacteriana acelular para embarazadas)

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

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

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

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

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

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

Las coberturas parciales de 2025 al 07/01/2025, son:

- 1º dosis de Quintuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 83,39%
- 2º dosis de Quintuple (4 meses): 80,89%

3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 76,46%

Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 66,52%

Ref DTP (5 años): 57,22% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)

Ref dTpa (11 años): 57,02% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)

Embarazadas dTpa: 75,55%

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

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

Tabla 2. Coberturas de vacunación con componente *pertussis* según jurisdicción. Argentina. 2025.

Jurisdicción	Quíntuple/ Séxtuple (dos meses)	Quíntuple/ Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple/ sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	69,12	68,34	65,57	58,70	43,81	44,32	64,25
CABA	75,13	75,80	66,05	35,53	44,62	35,48	47,09
Catamarca	89,56	90,63	85,40	68,45	64,99	70,39	84,63
Chaco	90,27	89,97	85,07	74,50	62,80	63,70	89,36
Chubut	92,30	92,62	87,65	78,31	59,93	62,45	86,51
Coba	89,35	88,57	82,77	76,75	60,15	61,43	82,78
Corrientes	91,12	87,49	78,97	61,48	50,02	48,85	89,30
Entre Ríos	91,18	90,21	85,05	78,69	51,55	61,80	90,13
Formosa	79,44	77,67	74,04	53,96	55,77	55,59	81,05
Jujuy	96,72	98,50	94,47	90,04	82,17	80,22	92,32
La Pampa	96,77	98,67	96,67	89,70	67,82	78,52	93,24
La Rioja	94,76	92,43	86,02	73,95	71,12	67,80	88,90
Mendoza	91,93	91,44	88,31	83,44	91,74	85,90	80,94
Misiones	95,00	91,13	80,13	60,80	65,43	64,78	90,20
Neuquén	96,01	94,12	90,79	87,85	84,89	84,58	92,27
Río Negro	101,13	100,80	95,68	79,59	65,79	56,48	95,04
Salta	91,31	89,45	85,87	82,22	81,76	95,36	86,73
San Juan	98,68	98,08	89,93	76,59	75,15	73,04	90,55
San Luis	94,78	93,76	91,06	93,16	82,77	80,50	91,22
Santa Cruz	95,73	93,49	90,97	78,95	77,56	72,80	96,04
Santa Fe	82,53	85,50	82,88	68,56	58,42	59,23	80,96
Sgo. del Estero	92,22	89,89	81,73	67,79	54,18	61,78	86,74
T. del Fuego	107,61	111,14	103,85	103,21	73,15	74,40	104,97
Tucumán	82,31	84,22	82,28	78,62	71,44	72,21	78,89

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

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

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

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Tuberculosis - Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

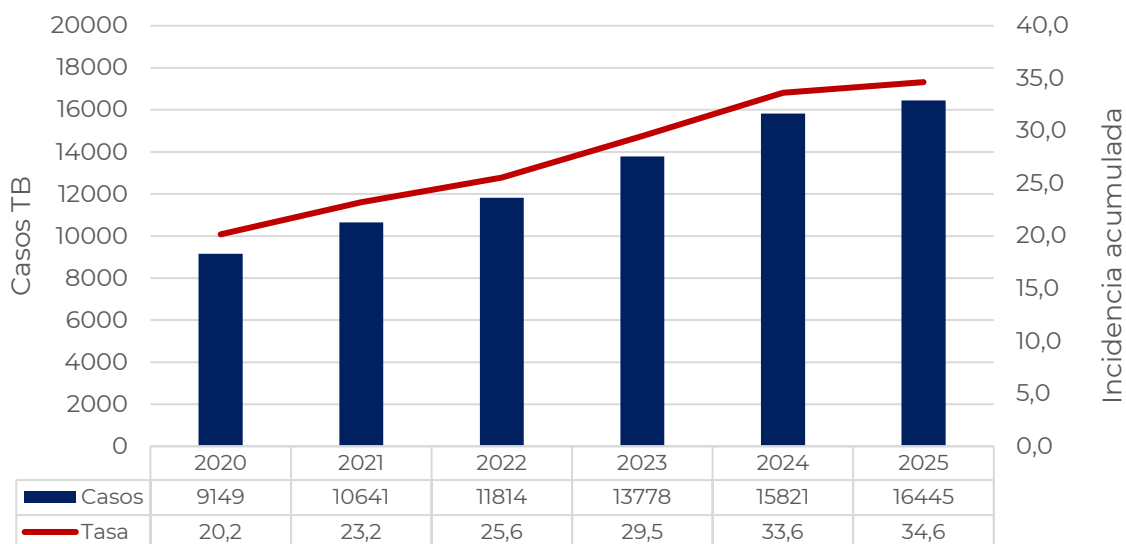
La información utilizada es resultante de la notificación de casos que se realiza a través del evento tuberculosis (TB) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), vigente desde el año 2019, que permite el reporte individual de los casos por parte de los servicios de salud a lo largo de todo el país. Para la presente actualización se utilizó la información exportada al 28 de diciembre de 2025 del SNVS 2.0, correspondiente a los casos registrados de las 24 jurisdicciones del país.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 de 2025 se notificaron en el SNVS 2.0, 16.445 casos de TB con fecha de notificación en 2025; de éstos, 15.599 (94,8%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 846 (5,2%) casos no nuevos (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Los casos pulmonares representaron el 84,3% (13.872), con una confirmación por bacteriología del 75,1% (10.422).

VIII.2. Tendencia de notificaciones de casos de TB

Entre 2020 y 2025, las notificaciones de TB mostraron un aumento constante. El número de casos se incrementó en todo el período un 79,7% (7.296 casos) y un 3,9% entre 2024 y 2025 (624 casos) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasas de notificación por 100.000 hab. y número de casos de TB totales por fecha de notificación hasta la semana 52. Argentina. 2020-2025.



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.

VIII.3. Notificación de casos de TB según jurisdicción hasta la semana 52

Al comparar las notificaciones de casos totales en 2025 con el mismo período de 2024, se observó un aumento del 3,9% en todo el país (Tabla 1). Este aumento se debe principalmente a la región centro, que registró un incremento del 9,8% (1.128 casos). La jurisdicción de Santa Fe notificó el mayor aumento que fue del 24,3%.

Tabla 1. Notificación de casos de TB totales por jurisdicción de residencia por fecha de notificación hasta la semana 52. Argentina. 2024-2025.

Jurisdicción	Casos 2024	Tasa	Casos 2025	Tasa	Variación porcentual de los casos
Buenos Aires	8213	45,1	9022	49,1	9,9
CABA	1593	51,6	1769	57,3	11
Córdoba	574	14,7	552	14,0	-3,8
Entre Ríos	295	20,6	254	17,6	-13,9
Santa Fe	846	23,2	1052	28,7	24,3
Total Centro	11521	38,1	12649	41,46	9,8
San Luis	41	7,7	47	8,7	14,6
San Juan	64	7,9	52	6,3	-18,8
Mendoza	140	6,8	121	5,8	-13,6
Total Cuyo	245	7,2	220	6,38	-10,2
Chaco	543	43,4	452	35,9	-16,8
Corrientes	250	21,6	240	20,6	-4
Formosa	298	47,8	263	41,9	-11,7
Misiones	227	17,3	217	16,4	-4,4
Total NEA	1318	30,3	1172	26,75	-11,1
Catamarca	19	4,4	30	6,9	57,9
Jujuy	524	65,2	413	50,9	-21,2
La Rioja	30	7,3	27	6,5	-10
Salta	904	60,5	919	60,9	1,7
Santiago del Estero	87	8,6	81	7,9	-6,9
Tucumán	351	19,8	397	22,2	13,1
Total NOA	1915	32,3	1867	31,16	-2,5
Chubut	110	16,7	108	16,1	-1,8
La Pampa	51	13,8	39	10,5	-23,5
Neuquén	70	10,1	57	8,1	-18,6
Río Negro	92	11,7	76	9,6	-17,4
Santa Cruz	56	13,9	54	13,1	-3,6
Tierra del Fuego	36	18,9	21	10,8	-41,7
Total Sur	415	13,4	355	11,28	-14,5
Sin información	407		182		-55,3
Total País	15414	121,3	16263	34,64	3,9

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.

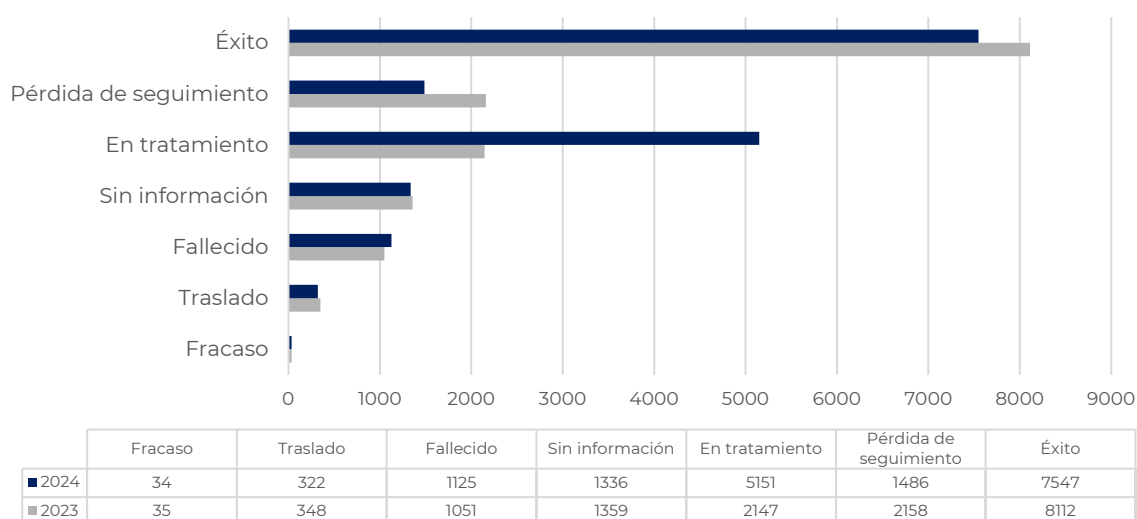
1. Tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes

En el resto de las regiones, hubo un descenso en las notificaciones, siendo la región del Sur la que tuvo mayor porcentaje de descenso, alcanzando el 14,5%. En todas de las regiones el reporte de casos de cada jurisdicción en 2025 no fue uniforme, coexistiendo aumentos y descensos de casos notificados en cada una de ellas.

VIII.4. Evaluación del tratamiento

A la semana 52 de 2025, el 8,9% (1.359) de los casos de TB notificados en 2023 todavía no tienen información sobre su tratamiento, y el 14,1% (2.147 casos) aún figuran en tratamiento tras más de 12 meses desde el inicio del mismo. En 2024, el 7,9% (1.336) de los casos notificados carecen de información sobre su tratamiento y un alto porcentaje (30,3%) de casos figuran aún como en tratamiento; parte de este porcentaje puede deberse a que algunos de ellos todavía están dentro del período de duración de los esquemas de tratamiento (Gráfico 2).

Gráfico 2. Resultado de la evaluación del tratamiento de los casos de TB totales hasta la semana 52. Argentina. 2023 y 2024.



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.

VIII.5. Análisis de tendencia de tuberculosis por provincia de residencia. Argentina, 2009-2024

VIII.5.A. INTRODUCCIÓN

El análisis de tendencias constituye una herramienta estratégica fundamental en salud pública, especialmente en el abordaje de la tuberculosis (TB). Este proceso permite no sólo describir la evolución temporal de la epidemia, sino también identificar patrones, fluctuaciones y emergentes que pueden orientar decisiones y políticas sanitarias. Mediante la observación sistemática y el procesamiento estadístico de datos epidemiológicos, es posible detectar anticipadamente quiebres, rebotes o cambios estructurales en la curva de notificación, lo que resulta indispensable para ajustar las estrategias de control y prevención.

En el caso de la TB, el análisis de tendencias adquiere especial relevancia porque facilita la evaluación de intervenciones previas, el monitoreo de avances hacia metas nacionales e internacionales —como las propuestas por la Estrategia Fin de la TB— y la identificación de poblaciones vulnerables o áreas geográficas prioritarias. Una vigilancia robusta y dinámica, que

incluya la comparación entre diferentes jurisdicciones, subgrupos y períodos históricos, es esencial para dimensionar el impacto de factores contextuales, como emergencias sanitarias (por ejemplo, la pandemia de COVID-19), migraciones o cambios socioeconómicos.

Asimismo, el análisis de tendencias orienta la asignación eficiente de recursos, la planificación de respuestas focalizadas y la adaptación de intervenciones ante desafíos emergentes. Permite cuantificar retrocesos, reconocer logros y generar evidencia sólida para la toma de decisiones programáticas.

VIII.5.B. METODOLOGÍA

Se utilizaron las bases de datos del evento tuberculosis registrados por todas las jurisdicciones en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) durante el período 2009-2024; y las estimaciones de población del INDEC del período 2010-2040 por jurisdicción y del período 2010-2025 por departamento, partido o comuna.

Se calcularon las tasas por 100.000 habitantes para el total del país, las jurisdicciones y los departamentos para el período 2009-2024; y se analizó la serie temporal del total del país y las 24 jurisdicciones siguiendo los siguientes pasos:

Se analizaron los valores de las tasas desde el valor más reciente hacia atrás utilizando modelos segmentados con un punto de quiebre. Para cada modelo se calculó el valor BIC (criterio de información bayesiano, por su sigla en inglés); y, se identificó el mínimo valor del BIC para elegir ese modelo.

Una vez elegido el modelo con el BIC más bajo se comparó la pendiente de los dos segmentos resultantes utilizando la prueba de Chow, para determinar si las dos tendencias tenían una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Si las dos pendientes tuvieron una diferencia estadísticamente significativa, se seleccionó el año en el que se identificó el punto de quiebre y se analizó el período comprendido entre ese año y el último año de la serie (2024); de lo contrario, se utilizó la serie completa, 2009-2024.

Al período seleccionado se le realizó una regresión lineal simple del logaritmo de las tasas y se calculó el coeficiente de regresión y su significación estadística; se expresó el coeficiente de regresión como variación anual promedio de la tasa, con su intervalo de confianza del 95%.

Para el análisis de las tasas por unidades subjurisdiccionales se seleccionaron, en primer lugar, aquellas que tuvieron ocurrencia del evento tuberculosis en todos los años del período 2009-2024 para las 23 provincias y del período 2016-2024 para la ciudad autónoma de Buenos Aires.

Se utilizó luego el mismo procedimiento que se describió antes para el análisis del total del país y las 24 jurisdicciones.

Se confeccionó una tabla resumiendo los resultados del análisis para el total del país y las 24 jurisdicciones y gráficos con la tendencia registrada durante todo el período; y, una tabla resumiendo los resultados del análisis de los departamentos seleccionados.

Adicionalmente, se identificaron subjurisdicciones de alta carga, definidas como aquellas que, aún sin mostrar un aumento estadísticamente significativo en la tendencia, presentaron tasas finales elevadas (\geq percentil 95 de las tasas analizadas) y/o una diferencia absoluta de casos igual o superior a 150 casos en el período analizado. Esto permitió incluir unidades territoriales que, por su magnitud epidemiológica, representan áreas críticas para la vigilancia y el control, complementando la selección basada solamente en la tendencia

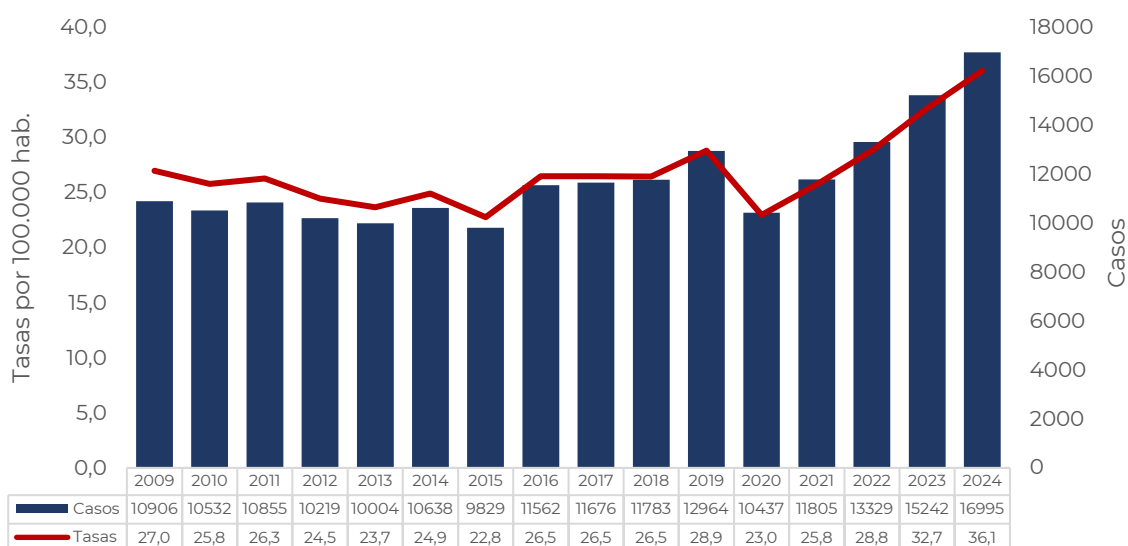
Los resultados se presentan en tablas y gráficos de tendencias elaborados con el programa R.

VIII.5.C.RESULTADOS

Total país

En el período 2009-2024 la variación anual promedio porcentual (VAP) de la tasa fue de 1,46% (IC95%: 0,25 a 2,68; $p=0.0214$). Sin embargo, el comportamiento no fue homogéneo a lo largo de todo el período. Entre 2009 y 2013 se observó una tendencia al descenso con una VAP de -3,09% (IC95%: -5,27 a -0,87; $p=0.0216$). Entre 2013 y 2019 la tendencia cambió con una VAP al aumento de 3,13% (IC95%: 0,75 a 5,56; $p=0.0195$). Entre 2019 y 2020, la tasa disminuyó un 20,3% debido principalmente a la pandemia de COVID-19, que afectó la búsqueda, diagnóstico y tratamiento de casos de TB. Desde 2020, se observó un aumento constante hasta 2024, con una VAP de 12,07% (IC95%: 11,39-12,75; $p<0,001$) y un aumento absoluto de 6.558 casos entre el inicio y el fin de ese período (Gráfico 3). Tanto la tasa como el número de casos fueron las más elevadas del período total analizado.

Gráfico 3. Tendencia del número y tasa de notificación del total de casos de TB. Argentina 2009 – 2024



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni"-ANLIS, con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

Jurisdicción de residencia

La mayoría de las jurisdicciones también presentan un cambio de pendiente en 2020, compatible con el impacto de la pandemia sobre la oferta de servicios y la dinámica de diagnóstico/transmisión. Las excepciones fueron: CABA (2015), Tierra del Fuego (2017) y Entre Ríos y Formosa (2021). Varias jurisdicciones no evidencian un quiebre puntual y por lo tanto se analizó toda la serie 2009-2024 (Tabla 2 y Mapa 1).

Las tasas finales más altas se registraron en Jujuy (65,2), Salta (64,0), CABA (60,4), Buenos Aires (50,3) Chaco (49,7) y Formosa (48,0); y, salvo Formosa ($p\approx 0,053$), el aumento es estadísticamente significativo a partir principalmente de 2020.

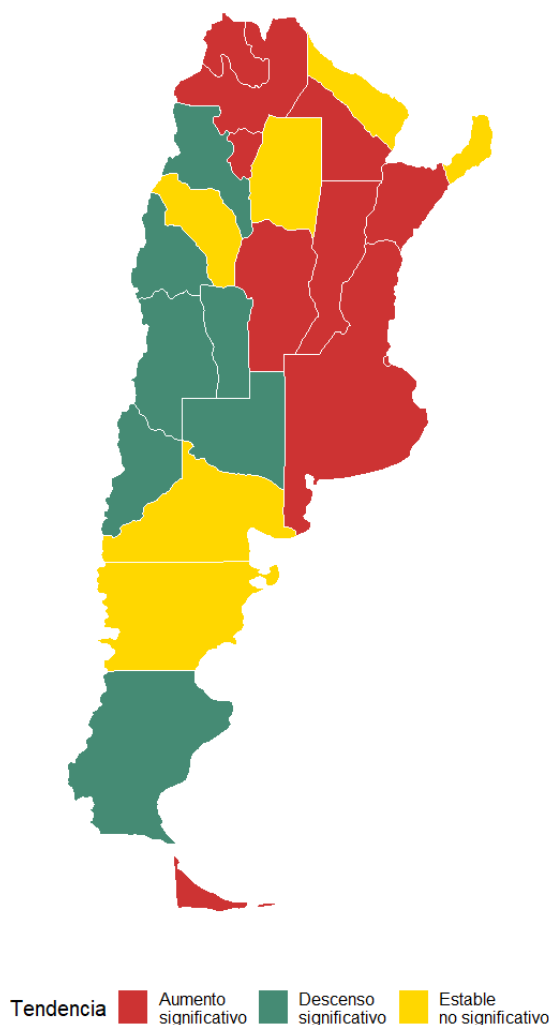
En once jurisdicciones se observó un aumento estadísticamente significativo ($p<0,05$): Buenos Aires (+12,61%; 31,2-50,3), CABA (+7,21%; 23,2-60,4; quiebre 2015), Salta (+11,10%; 41,3-64,0), Santa Fe (+12,24%; 15,9-23,9), Chaco (+16,44%; 26,5-49,7), Córdoba (+14,40%; 8,8-15,4), Jujuy (+17,47%;

34,4-65,2), Tucumán (+13,14%; 12,6-20,4), Entre Ríos (+21,71%; 11,5-20,5; quiebre 2021), Corrientes (+7,26%; 17,8-24,2) y Tierra del Fuego (+10,53%; 6,8-18,9; quiebre 2017). Entre Ríos exhibió la mayor VAP (+21,7%); y, CABA y Tierra del Fuego aumentaron notablemente su tasa final respecto de la inicial del periodo de tendencia (razón de tasas= 2,6 en comparación a 2015 y 2,7 en comparación con 2017, respectivamente).

Seis jurisdicciones tuvieron cambios que no fueron significativos ($p \geq 0,05$): Formosa (+15,9%; $p=0,053$; quiebre 2021, límite de significación), Misiones (-0,37%), Santiago del Estero (+3,24%), Chubut (-0,10%), Río Negro (+0,43%) y La Rioja (-2,98%); observándose series estables o con variaciones pequeñas/erráticas que no permiten concluir cambios sostenidos.

Por último, en siete jurisdicciones se observaron descensos estadísticamente significativos ($p < 0,05$): Neuquén (-3,43%; 12,6-10,3), La Pampa (-2,58%; 16,9-14,1), San Juan (-2,84%; 10,8-8,6), San Luis (-3,58%; 12,6-8,4), Mendoza (-2,62%; 9,1-7,1), Santa Cruz (-5,67%; 27,7-15,2) y Catamarca (-3,52%; 11,8-5,4). En ninguna de estas jurisdicciones se observó un punto de quiebre definido y se destacaron Santa Cruz y Catamarca que tuvieron un descenso del 45,3% y 54,6% en la tasa entre 2009-2024.

Mapa 1. Comportamiento de la tendencia de la tuberculosis por provincia de residencia, Argentina (2009-2024).



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni"-ANLIS, con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

Tabla 2. Análisis de tendencia del número y tasa de notificación de casos de TB por jurisdicción de residencia. Argentina 2009 - 2024.

Jurisdicción	Punto de quiebre	Periodo tendencia	Casos inicio	Tasa inicio	Casos final	Tasa final	Diferencia de casos	VAP (IC95%)	Valor p	
ARGENTINA	2020	2020-2024	10437	23,0	16995	36,1	6558	12,07 (11,39-12,75)	0.00001	↑
Buenos Aires	2020	2020-2024	5474	31,2	9152	50,3	3678	12,61 (10,68-14,58)	0.00021	↑
CABA	2015	2015-2024	708	23,2	1862	60,4	1154	7,21 (3,23-11,34)	0.00282	↑
Salta	2020	2020-2024	588	41,3	956	64,0	368	11,1 (7,67-14,63)	0.00175	↑
Santa Fe	2020	2020-2024	561	15,9	871	23,9	310	12,24 (6,17-18,65)	0.00705	↑
Chaco	2020	2020-2024	319	26,5	621	49,7	302	16,44 (6,39-27,44)	0.01267	↑
Córdoba	2020	2020-2024	329	8,8	600	15,4	271	14,4 (10,89-18,01)	0.00083	↑
Jujuy	2020	2020-2024	265	34,4	524	65,2	259	17,47 (8,74-26,89)	0.00696	↑
Tucumán	2020	2020-2024	213	12,6	362	20,4	149	13,14 (5,17-21,72)	0.01260	↑
Entre Ríos	2021	2021-2024	161	11,5	294	20,5	133	21,71 (9,6-35,16)	0.01502	↑
Corrientes	2020	2020-2024	199	17,8	280	24,2	81	7,26 (1,34-13,51)	0.02930	↑
T. del Fuego	2017	2017-2024	11	6,8	36	18,9	25	10,53 (0,4-21,68)	0.04363	↑
Formosa	2021	2021-2024	184	30,2	299	48,0	115	15,9 (-0,44-34,93)	0.05280	▬
Misiones	-	2009-2024	213	19,4	250	19,0	37	-0,37 (-1,58-0,85)	0.52508	▬
Sgo del Estero	2020	2020-2024	78	8,0	94	9,2	16	3,24 (-2,78-9,65)	0.18974	▬
Chubut	-	2009-2024	97	19,3	110	16,7	13	-0,1 (-1,95-1,79)	0.91451	▬
Río Negro	-	2009-2024	91	14,2	97	12,4	6	0,43 (-2,35-3,29)	0.74888	▬
La Rioja	-	2009-2024	27	8,0	29	7,0	2	-2,98 (-8,22-2,56)	0.26187	▬
Neuquén	-	2009-2024	71	12,6	72	10,3	1	-3,43 (-6,51--0,26)	0.03614	↓
La Pampa	-	2009-2024	55	16,9	52	14,1	-3	-2,58 (-4,39--0,73)	0.00987	↓
San Juan	-	2009-2024	74	10,8	70	8,6	-4	-2,84 (-5,4--0,22)	0.03569	↓
San Luis	-	2009-2024	55	12,6	45	8,4	-10	-3,58 (-5,79--1,31)	0.00463	↓
Mendoza	-	2009-2024	160	9,1	147	7,1	-13	-2,62 (-4,66--0,53)	0.01792	↓
Santa Cruz	-	2009-2024	74	27,7	61	15,2	-13	-5,67 (-7,68--3,62)	0.00004	↓
Catamarca	-	2009-2024	44	11,8	23	5,4	-21	-3,52 (-5,85--1,14)	0.00698	↓

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni"-ANLIS, con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

VIII.5.D. SUBJURISDICCIÓN DE RESIDENCIA

Se identificaron 65 subjurisdicciones de 14 provincias con aumento estadísticamente significativo de la tasa de TB, a las que se sumaron 14 subjurisdicciones adicionales clasificadas como de alta carga, definidas por presentar tasas finales elevadas (\geq percentil 95) y/o incrementos absolutos relevantes de casos, aun sin significancia estadística en la tendencia. Este enfoque permitió complementar el análisis basado exclusivamente en la significancia estadística y capturar territorios con alto impacto epidemiológico (Tabla 2).

Tabla 3. Número de unidades geográficas subjurisdiccionales con tendencia al aumento significativa y con alta carga de TB. Argentina 2009 – 2024.

Jurisdicción	Subjurisdicciones		
	Tendencia al aumento	Alta carga	Total
Buenos Aires	32	2	34
CABA	8	3	11
Córdoba	4	0	4
Entre Ríos	2	0	2
Santa Fe	4	0	4
Total Centro	50	5	55
San Luis	0	0	0
San Juan	1	0	1
Mendoza	0	0	0
Total Cuyo	1	0	1
Chaco	5	0	5
Corrientes	0	0	0
Formosa	1	2	3
Misiones	2	0	2
Total NEA	8	2	10
Catamarca	0	0	0
Jujuy	0	4	4
La Rioja	0	0	0
Salta	1	3	4
Santiago del Estero	0	0	0
Tucumán	3	0	3
Total NOA	4	7	11
Chubut	1	0	1
La Pampa	0	0	0
Neuquén	1	0	1
Río Negro	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0
Total Sur	2	0	2
Total País	65	14	79

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni"-ANLIS, con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

El aumento subjurisdiccional mostró una concentración geográfica, principalmente en partidos del Conurbano bonaerense, comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y departamentos de Chaco, Córdoba y Santa Fe, jurisdicciones que coinciden con aquellas que explican la mayor proporción del aumento nacional de casos. Este patrón confirma que el crecimiento de la TB en el país no es homogéneo, sino impulsado por unidades territoriales específicas (Mapa 2).

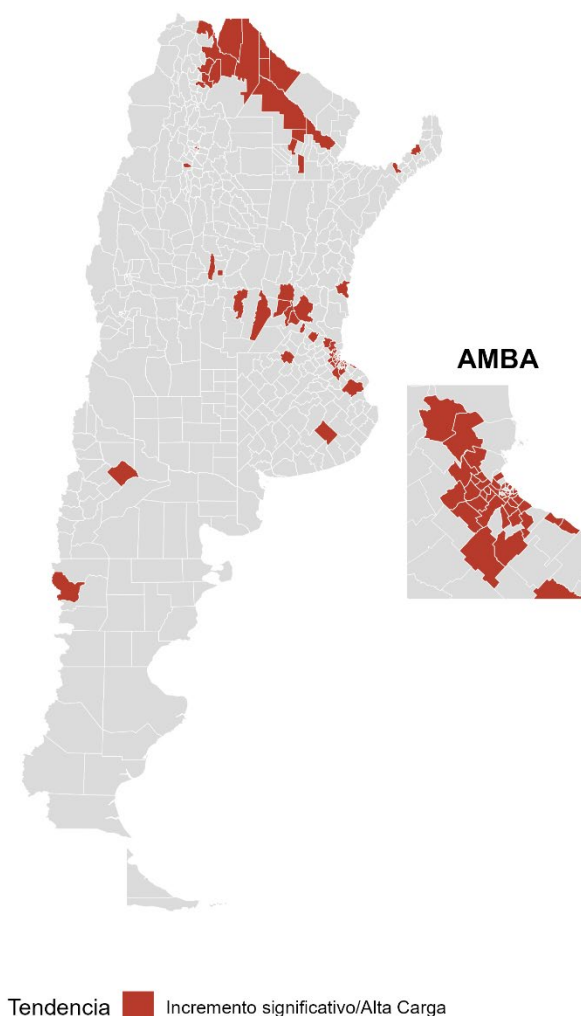
En CABA, todas las comunas analizadas entre 2016 y 2024 presentaron tendencias ascendentes significativas, con VAP que oscilaron entre valores moderados y altos. Algunas comunas combinaron incrementos absolutos importantes de casos con tasas finales elevadas, mientras que otras mostraron aumentos rápidos partiendo de niveles bajos, lo que sugiere una expansión territorial del fenómeno dentro de la ciudad.

En la provincia de Buenos Aires, el mayor número de subjurisdicciones con aumento significativo se concentró en partidos del Conurbano, caracterizados por incrementos absolutos elevados de casos y VAP sostenidas. En varios partidos se identificaron puntos de quiebre recientes (2018–2020), compatibles con una aceleración de la notificación en el período posterior. Asimismo, algunos partidos de menor tamaño poblacional presentaron VAP muy

elevadas, lo que, pese a la influencia de pequeños números, representa un impacto epidemiológico relevante a escala local.

En otras provincias, como Chaco, Formosa, Santa Fe, Córdoba, Neuquén, Salta y Tucumán, se observaron subjurisdicciones con tasas finales muy altas y VAP superiores al promedio nacional, configurando escenarios de alta transmisión activa. En particular, algunos departamentos mostraron aumentos abruptos posteriores a 2020–2021, lo que sugiere cambios recientes en la dinámica de la enfermedad o en la captación de casos.

Mapa 2. Comportamiento de la tendencia de la tuberculosis por subjurisdicción* de residencia, Argentina (2009-2024).



*Departamentos/Partido/Comuna

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni"-ANLIS, con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

VIII.5.E. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de la tendencia de la tuberculosis (TB) en Argentina para el período 2009–2024 evidencia un cambio sustantivo en la dinámica epidemiológica principalmente a partir de 2020, caracterizado por un incremento significativo de la tasa de notificación a nivel nacional; y, en un conjunto relevante de jurisdicciones y subjurisdicciones. Este patrón temporal, identificado mediante modelos segmentados y pruebas de quiebre, resulta consistente con el impacto de la pandemia de COVID-19 sobre los sistemas de salud, fenómeno que probablemente combinó

retrasos diagnósticos, interrupciones en la atención, acumulación de casos no detectados y una posterior recuperación de la capacidad de notificación. No obstante, la persistencia del aumento en los años subsiguientes sugiere que el fenómeno no puede atribuirse únicamente a un efecto transitorio, sino que refleja condiciones estructurales preexistentes que favorecen la transmisión y dificultan el control de la TB.

A nivel jurisdiccional, once provincias presentaron aumentos estadísticamente significativos de la tasa de TB, concentrando la mayor parte del incremento absoluto de casos del país. Estas jurisdicciones incluyen áreas históricamente de alta carga y otras que muestran un crecimiento acelerado en el período reciente, lo que refuerza la necesidad de interpretar los resultados no sólo en función de la significancia estadística, sino también considerando la magnitud epidemiológica y el contexto territorial. En contraste, un grupo de jurisdicciones mostró tendencias estables o descensos significativos, lo que pone de manifiesto la heterogeneidad del comportamiento de la TB en el territorio nacional y sugiere la coexistencia de realidades epidemiológicas diferenciadas.

El análisis subjurisdiccional permite identificar unidades territoriales específicas que impulsan el aumento observado a nivel provincial y nacional. La identificación de 65 subjurisdicciones con incremento significativo de la tasa y de 14 adicionales clasificadas como de alta carga demuestra que el crecimiento de la TB no es uniforme, sino que se concentra principalmente en partidos del Conurbano bonaerense, comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y departamentos de provincias como Chaco, Córdoba y Santa Fe. En estos territorios se combinan incrementos absolutos elevados de casos, tasas finales altas y, en muchos casos, variaciones anuales promedio superiores al promedio nacional.

La inclusión de subjurisdicciones de alta carga sin tendencia estadísticamente significativa permitió ampliar el enfoque analítico. Estas áreas, si bien no muestran un aumento sostenido en la pendiente, concentran un volumen de casos o tasas finales que las convierten en territorios críticos desde el punto de vista programático. Este hallazgo subraya la importancia de integrar criterios de carga epidemiológica en la priorización de intervenciones.

Desde el punto de vista programático, estos hallazgos refuerzan la necesidad de orientar estrategias de control focalizadas, priorizando las subjurisdicciones identificadas como de alta carga y/o rápido crecimiento. La evidencia generada permite optimizar la asignación de recursos, fortalecer la búsqueda activa de casos, mejorar la oportunidad diagnóstica y adecuar las intervenciones según el perfil epidemiológico local. La focalización territorial resulta especialmente relevante en contextos de recursos limitados, donde maximizar el impacto de las acciones es un objetivo central de la política sanitaria.

En cuanto a las limitaciones del análisis, los resultados deben interpretarse considerando posibles variaciones en la calidad y oportunidad de la notificación a lo largo del período, especialmente durante los años afectados por la pandemia. Asimismo, en algunas subjurisdicciones de menor tamaño poblacional, las estimaciones de la VAP pueden verse influenciadas por pequeños números, generando valores elevados que requieren una lectura cautelosa. No obstante, la combinación de análisis de tendencia con criterios de carga epidemiológica permite mitigar parcialmente estas limitaciones y ofrecer una visión más integral del fenómeno.

En conjunto, los resultados confirman que la TB en Argentina presenta una distribución territorial altamente desigual, y que las estrategias de control basadas exclusivamente en promedios nacionales o jurisdiccionales pueden subestimar focos locales de transmisión. La integración sistemática del análisis en unidades geográficas más pequeñas constituye una herramienta clave para mejorar la toma de decisiones programáticas, para orientar estrategias

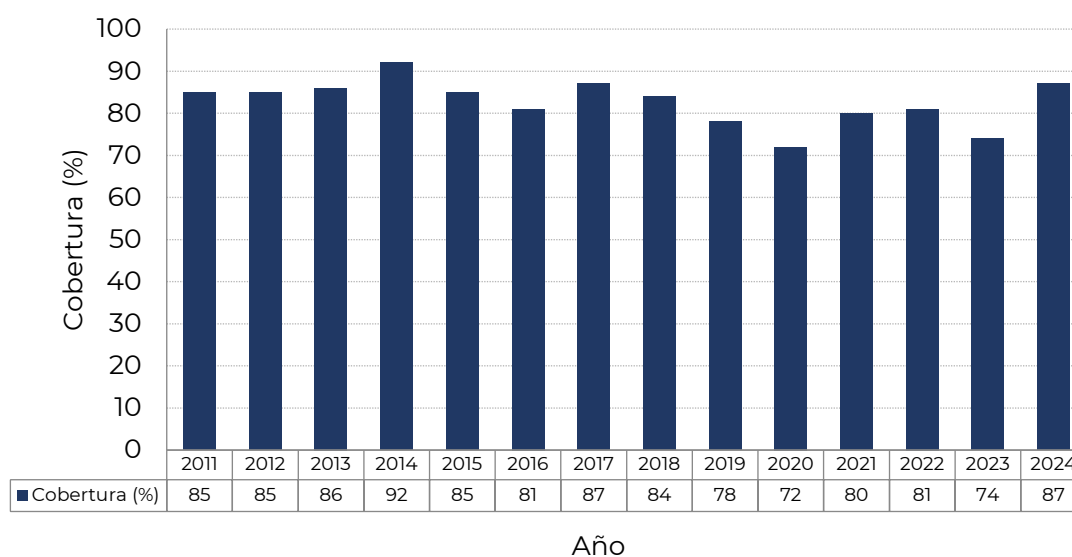
focalizadas de búsqueda activa de casos, fortalecimiento del diagnóstico, mejora del seguimiento de los tratamientos y asignación eficiente de recursos.

Como conclusión final, el análisis de tendencias a diferentes escalas geográficas confirma la necesidad de profundizar la vigilancia epidemiológica territorial, incorporando sistemáticamente el nivel subjurisdiccional en la planificación y evaluación de las acciones de control de la TB. Este enfoque permite avanzar hacia intervenciones más precisas y equitativas, orientadas a los territorios que concentran la mayor carga y el mayor crecimiento de la enfermedad, contribuyendo así a fortalecer la respuesta nacional frente a la tuberculosis.

VIII.6. Sobre la cobertura de vacunación para TB

La vacunación con BCG constituye una herramienta preventiva complementaria dentro de la respuesta nacional frente a la tuberculosis. Su principal impacto se vincula a la prevención de formas graves de la enfermedad en la infancia, particularmente meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar, sin efecto significativo sobre la transmisión ni sobre la incidencia de tuberculosis pulmonar en adolescentes y adultos. Por este motivo, su contribución debe interpretarse en términos de reducción de gravedad y mortalidad infantil, y no como un determinante directo de las tendencias epidemiológicas observadas.

Gráfico 4. Cobertura vacunación BCG- Argentina 2011-2024



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

La cobertura total país de BCG en menores de 7 días al 7/01/2026 es de **83,42%**

Indicada como dosis única al nacimiento según el Calendario Nacional de Vacunación, presenta históricamente coberturas elevadas a nivel nacional, con variaciones interanuales y heterogeneidad entre jurisdicciones. El análisis del histórico muestra fluctuaciones en las coberturas informadas a lo largo del período analizado, con una tendencia general a la estabilidad en los últimos años. El seguimiento de este indicador permite contextualizar la situación de la tuberculosis pediátrica y constituye un insumo complementario para el monitoreo programático.

VIII.7. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Como se expuso en este informe y se viene presentando en diferentes Boletines Epidemiológicos Nacionales, la tuberculosis continúa representando un desafío sanitario de primer orden a nivel global y regional, en un contexto en el que la incidencia muestra un aumento sostenido tras los años de pandemia y, en muchos casos, antes de ella.

El rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación resulta central 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 diálogo continuo con las jurisdicciones para el monitoreo de las acciones concretas de prevención, tratamiento y seguimiento de las personas afectadas.

A partir de la información epidemiológica analizada, la cartera sanitaria nacional viene implementando una serie de acciones articuladas que abarcan desde la expansión del diagnóstico molecular y el seguimiento nominalizado de casos hasta el fortalecimiento del abordaje pediátrico y adolescente, la gestión de tratamientos para formas resistentes y la mejora continua de los sistemas de información. Estas iniciativas buscan fortalecer la detección temprana y mejorar la continuidad de los tratamientos.

VIII.7.A. IMPLEMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR

Ampliación del diagnóstico molecular de tuberculosis mediante la distribución de equipos *GeneXpert* e insumos de laboratorio a distintas jurisdicciones del país, incrementando la capacidad instalada para la detección rápida, sensible y descentralizada de *Mycobacterium tuberculosis*. Esta estrategia permite:

- reducir los tiempos diagnósticos, ya que permite obtener un diagnóstico en menos de dos horas.
- mejorar la confirmación en casos con baciloscopia negativa,
- identificar tempranamente resistencia a rifampicina
- fortalecer la respuesta local en territorios con alta carga de enfermedad.

Asimismo, se acompaña de procesos de capacitación técnica y fortalecimiento de la red de laboratorios, garantizando el uso adecuado de los equipos y la sostenibilidad operativa.

Actualmente la Red de Laboratorios cuenta 21 equipos de *GeneXpert* ubicados en diferentes puntos del país. La DRVIHyT se encarga de la gestión, distribución y monitoreo de los cartuchos ULTRA y XDR que dan respuesta a la mayor demanda de diagnóstico. Del total de equipos, 15 de ellos fueron donados por el Ministerio de Salud de Nación a jurisdicciones seleccionadas de acuerdo a la evaluación epidemiológica y de gestión programática.

Tabla 4. Distribución de cartuchos ULTRA y XDR entregados durante 2025 según establecimiento.

Jurisdicción	Establecimiento	Cantidad de cartuchos ULTRA entregados durante 2025	Cantidad de cartuchos XDR entregados durante 2025
Buenos Aires	Hospital San Juan de Dios	3000	0
Buenos Aires	Hospital Cetrángolo	3000	250
Buenos Aires	Hospital Presidente Perón	3000	100
Buenos Aires	Hospital Balestrini	1000	50
Buenos Aires	Hospital Posadas	1400	0
Buenos Aires	Hospital Mi Pueblo	1400	200
Buenos Aires	INE "Dr. Juan H. Jara"	1800	0
CABA	ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"	2000	100
CABA	Hospital Tornú	300	10
CABA	Hospital Piñero	300	10
CABA	Hospital Muñiz	400	20
Chaco	Hospital Bicentenario	1000	
Jujuy	Hospital San Roque	2000	100
Salta	Hospital Señor del Milagro	2000	0
Santa Fé	INER "Dr. Emilio Coni"	1600	100
Santa Fé	CREBIOT	3000	
CABA	Hospital de Niños Pedro Elizalde	600	0
Chaco	Hospital Perrando	500	
CABA	Hospital Fernández	600	0
Buenos Aires	Hospital Vicente López	1000	50
T. del Fuego	Laboratorio Río Grande	100	10
	Total	30000	1000

Fuente: Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis

En cuanto a la distribución de cartuchos de GeneXpert, durante el año 2025 se distribuyeron un total de 31000 dónde se incluyeron equipos que no fueron instalados por el Ministerio de Salud de la Nación, como parte de la oportunidad de ampliaciones de la red de diagnóstico. A fin de 2025, se entregaron 3 nuevos equipos en la Ciudad de Buenos Aires, que ya forman parte de la Red de Laboratorios (Hospital Tornú, Piñero y Muñiz) y serán destinos de entrega de cartuchos para su funcionamiento.

Para la cobertura del año 2026 se distribuyó un total de 40.000 cartuchos con el siguiente detalle:

Tabla 5. Distribución de cartuchos ULTRA y XDR para 2026 según establecimiento.

Jurisdicción	Establecimiento	N° Cartuchos ULTRA	N° cartuchos XDR
Buenos Aires	HIGA Presidente Perón	2500	0
Buenos Aires	Hospital Cetrángolo Vicente López	3600	250
Buenos Aires	Hospital Balestrini	1100	200
Buenos Aires	Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios	2500	0
Buenos Aires	INE Jara	2500	0
Buenos Aires	Hospital Posadas	2300	120
Buenos Aires	Hospital Mi Pueblo	1500	400
Buenos Aires	Hospital Interzonal de Agudos Vicente López y Planes	1500	180
CABA	Hospital de Niños Pedro Elizalde	1000	30
CABA	Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas-Servicio Micobacterias	2000	120
CABA	Hospital Fernandez	1000	0
CABA	Hospital Muñiz	1500	150
CABA	Hospital Tornu	1000	80
CABA	Hospital Piñero	1000	80
Chaco	Hospital Perrando	600	0
Chaco	Hospital Bicentenario	700	30
Jujuy	Hospital San Roque	4000	300
Salta	Hospital Señor del Milagro	2500	0
Santa Fe	CREBioT	3000	0
Santa Fe	INER Emilio Coni	2000	50
Tierra de Fuego	Río Grande	200	10
	Total	38000	2000

VIII.7.B. FORTALECIMIENTO DEL ABORDAJE PEDIÁTRICO Y ADOLESCENTE

Conformación de la **Red Nacional de Referentes Pediátricos en Tuberculosis**, destinada a fortalecer el seguimiento integral, oportuno y de calidad de los casos en población infantil y adolescente. Esta red articula equipos clínicos y programáticos de todo el país, promoviendo la detección precoz, el manejo adecuado de las formas graves y la continuidad del cuidado en grupos etarios con mayor vulnerabilidad. La Red Pediátrica en TB promueve un abordaje integral desde un enfoque colaborativo, interdisciplinario e intersectorial convocando a referentes jurisdiccionales y nacionales, instituciones académicas, sociedades científicas, organizaciones comunitarias y expertos individuales para compartir información, recursos educativos y mejores prácticas.

En esta línea programática, se avanzó junto con DICEI para el cruce sistemático de información entre los dos registros principales del SISA involucrados en este evento: el SNVS 2.0 y NOMIVAC, con el propósito de mejorar la calidad y completitud de los registros de vacunación con BCG en niños expuestos a tuberculosis. Esta articulación permite contar con datos más precisos, optimizar la vigilancia, orientar acciones de prevención y garantizar el acceso oportuno a intervenciones críticas en la primera infancia.

VIII.7.C. SEGUIMIENTO NOMINALIZADO DE PERSONAS CON TB EN TRÁNSITO

Control nominal de los casos de tuberculosis con antecedentes de transferencias internacionales o traslados interprovinciales, garantizando la continuidad del tratamiento, el seguimiento clínico y el acceso efectivo a los servicios de salud en cada nueva jurisdicción. Este proceso incluye la verificación activa de la situación terapéutica, la articulación entre programas provinciales y nacionales, y la coordinación con equipos de frontera y organismos internacionales cuando corresponda. De este modo, se asegura que las personas en movilidad no experimenten interrupciones en su atención, se reduzca el riesgo de abandono y se prevengan recaídas o la generación de resistencias farmacológicas.

VIII.7.D. AUTORIZACIÓN NOMINAL DE TRATAMIENTOS PARA FORMAS COMPLEJAS

Se lleva adelante la gestión y autorización nominalizada de los tratamientos destinados a tuberculosis resistente o a formas complejas de la enfermedad, asegurando que cada paciente cuente con la medicación de segunda línea adecuada según su perfil clínico y resultados de sensibilidad. Este proceso incluye la revisión caso por caso, la coordinación con los programas provinciales, la verificación de los esquemas indicados y la disponibilidad de fármacos específicos, así como el seguimiento del acceso oportuno a los mismos. De esta manera se garantiza la continuidad terapéutica, se minimiza el riesgo de errores de prescripción y se contribuye a prevenir la progresión de la resistencia, fortaleciendo la respuesta nacional frente a la TB-MDR y TB-RR.

VIII.7.E. ASISTENCIA EXPERTA PARA CASOS COMPLEJOS

Derivación y seguimiento de interconsultas dirigidas al Grupo Asesor Técnico en Tuberculosis, integrado por expertos nacionales y especialistas hospitalarios con amplia trayectoria en el manejo clínico y programático de la enfermedad. Este grupo recibe y analiza casos complejos provenientes de todas las jurisdicciones del país —incluyendo formas graves, pediátricas, resistentes o con comorbilidades— y emite recomendaciones clínicas y terapéuticas. Asimismo, se realiza el seguimiento de cada interconsulta para acompañar a los equipos tratantes, favorecer la toma de decisiones y asegurar la continuidad del cuidado en situaciones de alta complejidad. A su vez, se propone reuniones virtuales de capacitación en formato de ateneo donde profesionales de la salud presentan y discuten casos clínicos complejos o de interés para generar conocimiento, compartir experiencias y mejorar el manejo de la TB mediante un enfoque interdisciplinario y basado en la evidencia.

VIII.7.F. BÚSQUEDA ACTIVA EN POBLACIÓN PRIORIZADA

Acciones focalizadas de capacitación, sensibilización, pesquisa y toma de muestras en: población pediátrica y adolescente, embarazadas, personas privadas de libertad, comunidades indígenas, población migrante, personas en situación de calle, personas con consumo problemático y áreas de alta carga de enfermedad. Durante este año se priorizó el trabajo intersectorial, intercultural, integral y territorial en zonas rurales de la comunidad Qom de la Provincia de Chaco que se llevó adelante junto con el programa provincial y organizaciones sociales de referencia local.

VIII.7.G. TRATAMIENTO

Se promueve que el tratamiento se realice en centros de salud cercanos al domicilio de las personas, lo que facilita el seguimiento, mejora la adherencia y reduce la pérdida de pacientes durante el proceso terapéutico.

Disponibilidad de medicamentos esenciales. El país asegura la provisión gratuita de:

- Fármacos de primera línea, utilizados para la mayoría de los casos sensibles
- Fármacos de segunda línea, destinados a personas con tuberculosis resistente a los medicamentos primarios

Esto garantiza la continuidad del tratamiento y la capacidad de respuesta frente a formas más complejas de la enfermedad.

VIII.7.H. ACTUALIZACIÓN DE LAS PAUTAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA:

Se encuentra en su revisión final una actualización nacional de las pautas técnicas del manejo de la TB por parte de expertos en la temática. Se incorporaron criterios diagnósticos más precisos, mejoras en el enfoque de riesgo, lineamientos para métodos moleculares y definiciones actualizadas para la tuberculosis resistente. Esta actualización permite unificar criterios en todo el país y mejorar la calidad de la atención.

VIII.7.I. MEJORAS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Se continúa con el fortalecimiento de la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS), promoviendo la nominalización progresiva de los datos y la mejora sostenida de la calidad de los registros en todas las jurisdicciones. Este proceso incluye la revisión activa de inconsistencias, el acompañamiento técnico a los equipos provinciales, la actualización de definiciones operativas y la capacitación en carga oportuna y completa. El objetivo es contar con información más precisa y trazable, especialmente en las provincias con mayor carga de enfermedad, para orientar la toma de decisiones, mejorar la vigilancia epidemiológica y optimizar las intervenciones de control y prevención.

INFORMES
ESPECIALES

IX. Paludismo

IX.1. Introducción

El paludismo es la principal enfermedad transmitida por mosquitos en el mundo. Esta enfermedad parasitaria se transmite al ser humano por la picadura de mosquitos hembra del género *Anopheles*, infectados por protozoarios parásitos del género *Plasmodium*. Este género comprende cinco especies: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. knowlesi*, *P. malariae* y *P. ovale*. De estas, *P. falciparum* y *P. vivax* causan la mayoría de los casos y *P. falciparum* es la responsable de la mayoría de las muertes vinculadas. Se cuenta con tratamiento específico eficaz siempre y cuando sea diagnosticada e iniciado oportunamente, asimismo continúa siendo una de las principales causas de muerte infecciosa a nivel global

Gracias a los esfuerzos adicionales realizados en el actual contexto mundial, la carga de la enfermedad se está reduciendo notablemente en muchos países. Argentina es uno de los países donde se encuentra libre de transmisión autóctona de la enfermedad, certificada como País libre de paludismo en 2019. En este escenario de certificación es importante sostener las acciones de vigilancia epidemiológica y entomológica, control vectorial, capacidad diagnóstica laboratorial y el manejo de casos importados, que incluye el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de estos para prevenir la reintroducción del paludismo en Argentina.

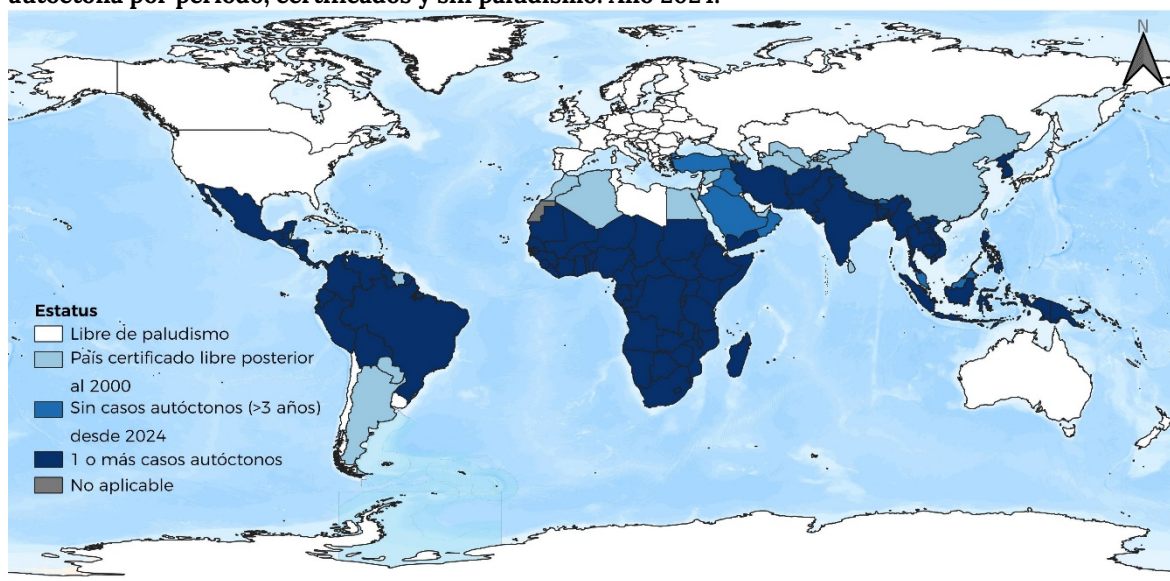
IX.2. Situación epidemiológica internacional

Según el Informe mundial sobre el paludismo 2025, en 2024 se estimaron 282 millones de casos de malaria en 80 países endémicos (incluido el territorio de la Guayana Francesa) (Mapa 1), lo que representa un aumento de aproximadamente 9 millones de casos (3 %) en comparación con 2023. Tres países —Etiopía (+2,9 millones), Madagascar (+1,9 millones) y Yemen (+378 000)— representaron el 58 % del aumento estimado de casos entre 2023 y 2024. (Ver mapa 1).

Asimismo, en base a información de organismos internacionales, el acceso a herramientas y estrategias de prevención del paludismo, como son los medicamentos y acciones de control vectorial, han contribuido a reducir la carga histórica mundial de morbilidad. Frente a ello, muchos países han comenzado procesos de certificación de la eliminación del paludismo autóctono. De 2015 a 2025, se ha certificado la ausencia de paludismo en catorce países: Maldivas (2015), Sri Lanka y Kirguistán (2016), Paraguay y Uzbekistán (2018), Argentina y Argelia (2019), China y El Salvador (2021), Azerbaiyán, Tayikistán, Belice (2023), Timor Oriental y Surinam (2025).

En las Américas el paludismo ha disminuido de forma sustantiva desde el año 2000, con éxitos claros de eliminación en varios países, pero el progreso se ha ralentizado desde 2015 y países como Colombia, Costa Rica, Bolivia, entre otros han tenido un aumento en su incidencia. Al año 2023 la carga en el continente se concentra en la región de la Amazonia (Brasil, Venezuela, Colombia, Guyana, Perú) y en poblaciones específicas (comunidades indígenas, migrantes, trabajadores de agricultura y minería), con un peso predominante de *P. vivax*.

Mapa 1. Distribución del paludismo en el mundo. Países con presencia autóctona de casos, sin presencia autóctona por periodo, certificados y sin paludismo. Año 2024.



Fuente: Elaboración a partir de datos obtenidos en el **siguiente** enlace: <https://www.cdc.gov/malaria/data-research/index.html>

IX.3. Estratificación del riesgo de restablecimiento de la transmisión

Luego de declarada la interrupción de la transmisión vectorial autóctona en el país, se utiliza la herramienta de estratificación de riesgo de restablecimiento de la transmisión. Se utilizó una clasificación basada en receptividad y vulnerabilidad: la receptividad refiere a la idoneidad del ecosistema local —presencia de vectores competentes y condiciones ambientales— para permitir la transmisión, mientras que la vulnerabilidad describe la probabilidad de introducción del parásito, determinada por la entrada de personas infectadas (p. ej., flujos migratorios) o de mosquitos anofelinos infectados.

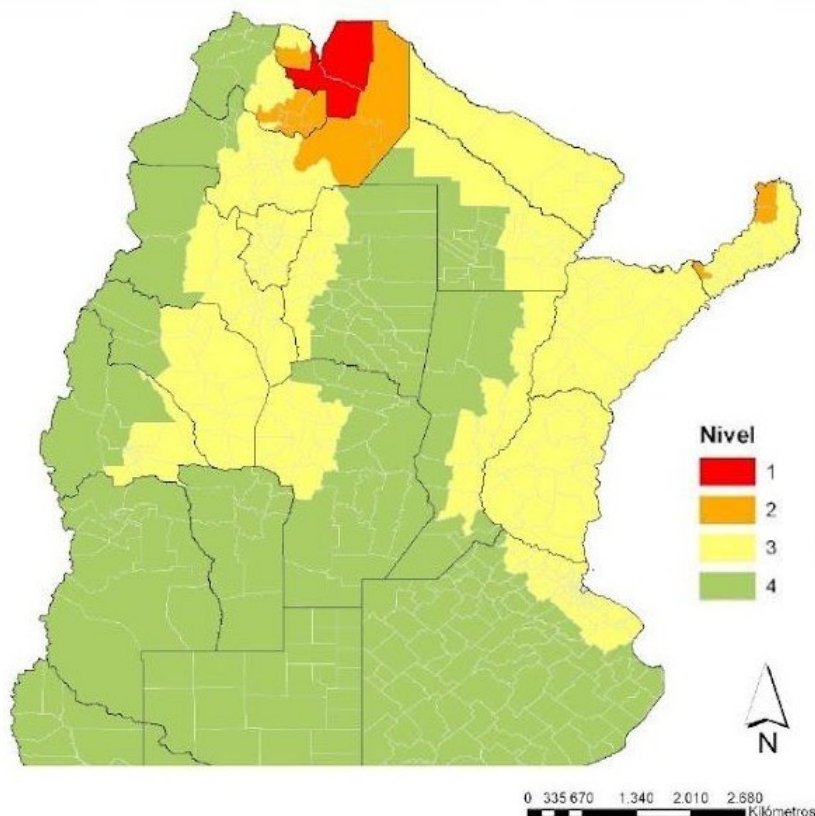
En base al análisis de ambos aspectos y del comportamiento histórico de la enfermedad, en Argentina se han identificado cuatro escenarios con diferente riesgo de restablecimiento de paludismo (Mapa 1):

- ✓ **Escenario de Riesgo Nivel I:** Este escenario es considerado de mayor riesgo, donde se produjeron la mayor cantidad de los casos históricos (desde 2000-2010), involucra los departamentos de Orán y General José de San Martín en la provincia de Salta. Tiene alta receptividad por presencia de anofelinos y alta vulnerabilidad por la población migrante transfronteriza.
- ✓ **Escenario de Riesgo Nivel II:** Este escenario comprende departamentos de las provincias de:
 - Salta: Anta, Iruya y Rivadavia
 - Jujuy: Ledesma, San Pedro, Santa Bárbara, El Carmen, Palpalá y Belgrano
 - Misiones: Puerto Iguazú, Eldorado y Capital

Estos departamentos presentan condiciones ecológicas similares a las mencionadas en el escenario I, por lo cual tienen una receptividad similar, pero una menor vulnerabilidad debido a la afluencia esporádica de la población migrante transfronteriza.

- ✓ **Escenario de Riesgo Nivel III:** corresponde a las áreas con presencia del vector, sin antecedentes de transmisión autóctona por más de 40 años e incluye las provincias de Catamarca, La Rioja y partes de Tucumán, Santiago del Estero, San Juan, Córdoba, Corrientes, Chaco, Formosa, Entre Ríos y norte de Buenos Aires. Tienen receptividad baja y vulnerabilidad media/baja.
- ✓ **• Escenario de Riesgo Nivel IV:** corresponde al resto de la Argentina, que es un área no receptiva y sin antecedentes de transmisión palúdica, con algunas ciudades muy turísticas por lo cual existe la posibilidad de detectar casos importados, por consiguiente, siempre será necesario una vigilancia y manejo de casos eficaz.

Mapa 1. Escenarios de riesgo para la reintroducción del paludismo en Argentina.

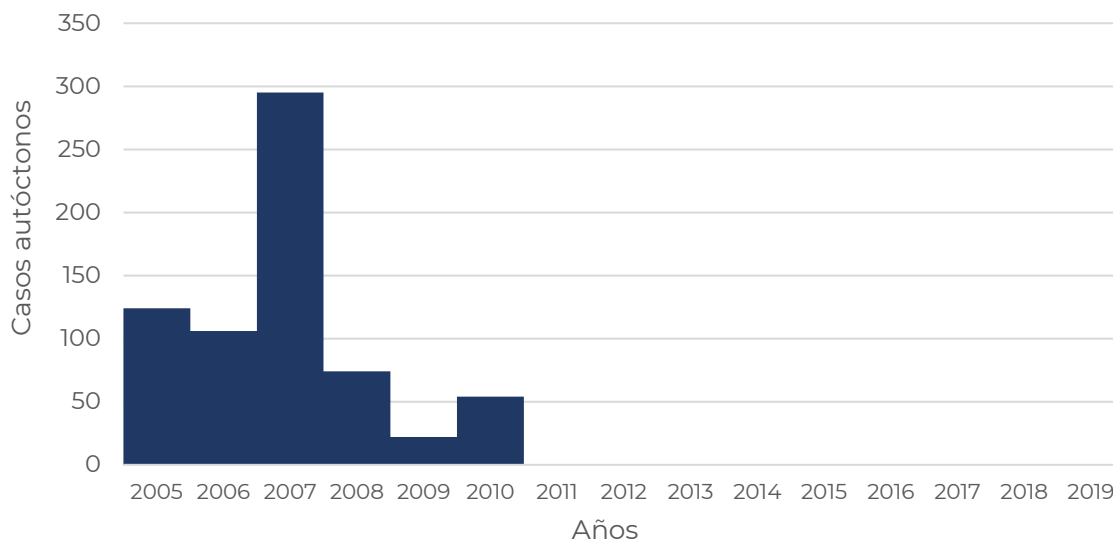


Fuente: Plan de prevención del restablecimiento del paludismo en Argentina (MSYDS, 2018a)

IX.4. Situación epidemiológica argentina

IX.4.A. HISTÓRICO

A partir del 2005 la tendencia de casos de paludismo por *P. vivax* en Argentina se mantuvo descendente hasta 2007. En este año se registró un brote con 281 casos en el departamento de Iguazú, provincia de Misiones. Luego, la tendencia continuó en descenso progresivamente hasta los últimos casos de transmisión local, contraídos en Jujuy y Salta, en el 2010 (Ver Gráfico 1). Como resultado de las acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación, en estrecha colaboración con las provincias y los servicios de salud, no se han vuelto a tener registros de transmisión vectorial autóctona, lo que conlleva a la certificación de País libre de paludismo por organismos internacionales en 2019.

Gráfico 1. Casos autóctonos de Paludismo según año. Argentina. Periodo 2005 a 2019 (n=675).

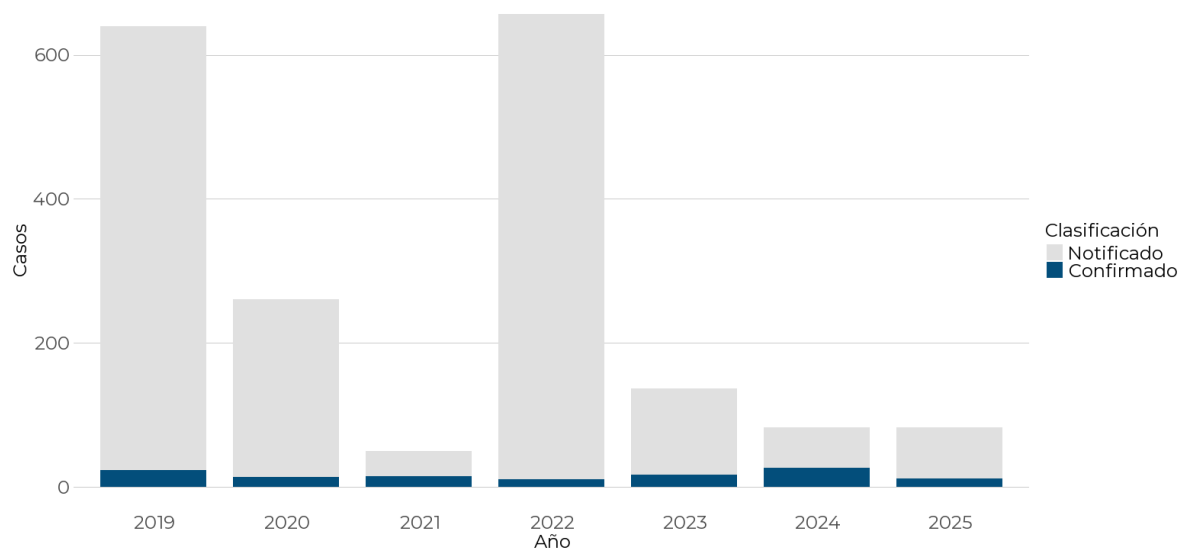
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de zoonosis y control de enfermedades transmitidas por vectores (DZYCETV) en base a datos de SIVILA, C2 y SNVS 2.0.

IX.4.B. SITUACIÓN ACTUAL

Casos notificados y confirmados

Como se puede observar en el gráfico 2, desde el 2019 hasta SE 52 de 2025 se notificaron en el SNVS 2.0 un total de 1.902 casos sospechosos de paludismo. De los cuales 110 (5,7%) de ellos resultaron confirmados. Los años 2019 y 2022 presentaron la mayor cantidad de notificaciones (640 y 657 respectivamente).

En el transcurso de 2025, hasta la semana epidemiológica 39 se han notificado 64 sospechas de paludismo, 8 de las cuales resultaron confirmadas (8%). El número de confirmados es menor al mismo periodo en años anteriores.

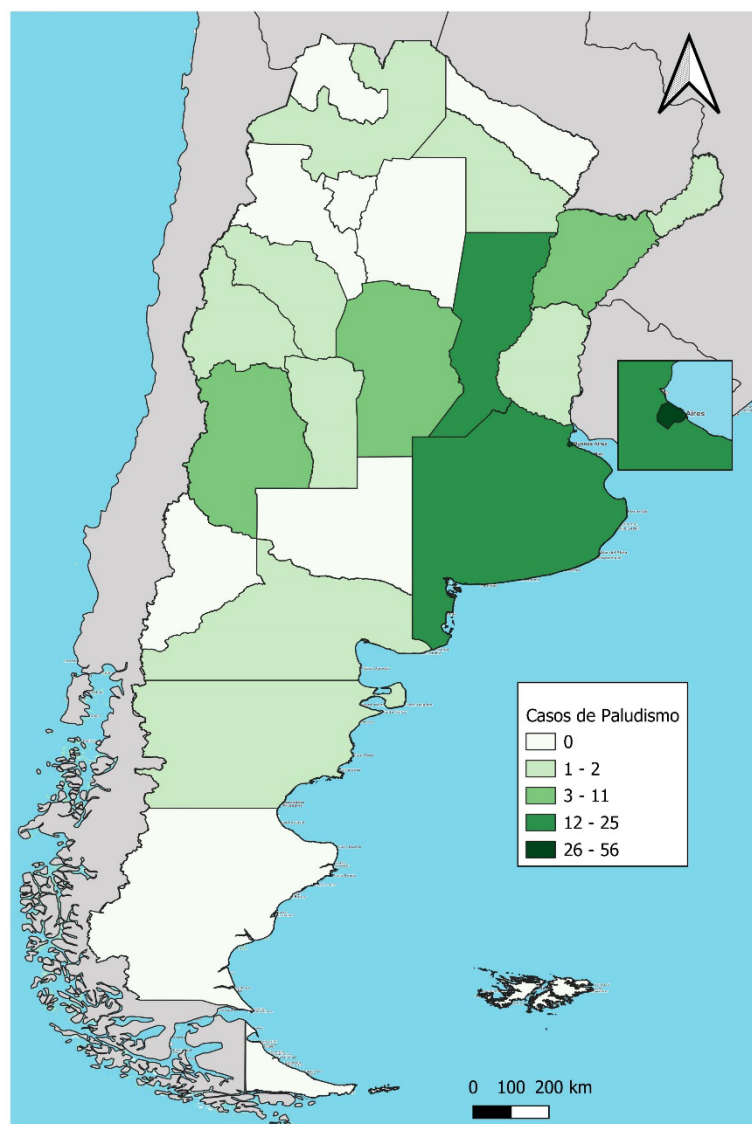
Gráfico 2. Casos notificados y confirmados de paludismo por año, Argentina. SE 1 de 2019 a SE 52 de 2025 (n= 1.902).

Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV en base a datos de SIVILA, C2 y SNVS 2.0.

Vigilancia de casos importados

En relación a los casos importados, entre la SE 1 de 2005 y la SE 52 de 2025 se notificaron 574 casos importados. La tendencia es descendente presentando un pico importante en el 2009 (64 casos) y otro en 2010 (55 casos) El mapa presentado a continuación muestra la distribución espacial de los casos importados de paludismo notificados en Argentina entre la SE 1 de 2018 y la SE 52 de 2025. Se observa que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) es la jurisdicción que mayor cantidad de casos registrados durante este período, 56 (42,42%), seguido de Buenos Aires con 25 casos (18,94%), Santa Fe con 17 casos (12,88%) y Córdoba con 11 casos (8,33%).

Mapa 3. Casos importados de paludismo según jurisdicción de carga, Argentina, SE 1 de 2018 a SE 52 de 2025 (n=132).

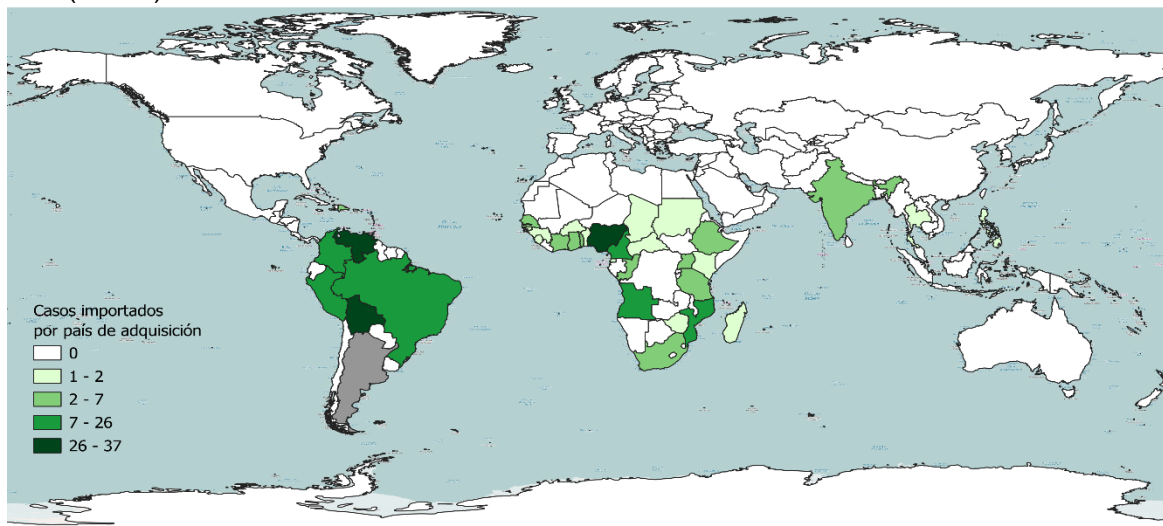


Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV en base a datos de SIVILA, C2 y SNVS 2.0.

En cuanto al país de procedencia de los casos importados, en el mapa 4 se observa que desde la SE 1 de 2011 hasta la SE 52 de 2025 se han identificado para los casos de paludismo 35 países distintos como antecedente epidemiológico y lugar de adquisición de la enfermedad. Los países de procedencia que más casos registraron fueron Bolivia (37 casos), Venezuela (35 casos), Nigeria (27 casos) y Perú (14 casos) (Ver Gráfico 3 y Mapa 2). Durante el período 2005-2017 se han reportado cuatro fallecimientos en casos importados, tres por *P. falciparum* y uno por *P. malariae*, notificados en Santa Fe, Buenos Aires y CABA, en los años 2005, 2011, 2012 y 2017

respectivamente, procedentes de Nigeria (2), Costa de Marfil (1) y Uganda. Del período 2017-2025 hubo 3 fallecidos, 1 en el año 2020 oriundo de Uganda, y en el año 2024 hubo 2 ambos provenientes de Etiopía.

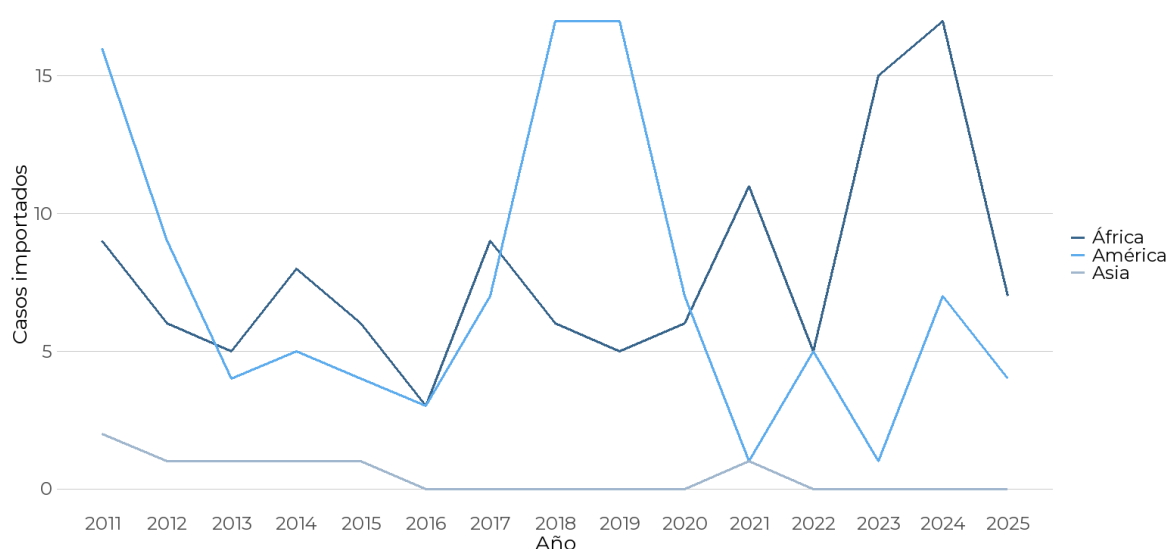
Mapa 4. Casos importados de Paludismo a Argentina según país de adquisición, SE 1 de 2011 a SE 52 de 2025 (n=232*)



Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV en base a datos de SIVILA, C2 y SNVS 2.0.

* Se excluyeron 2 casos cuyo país de adquisición no se encuentra registrado.

Gráfico 3. Casos importados de Paludismo en Argentina desglosado por continente de adquisición, SE 1 2011 a SE 52 2025 (n=232*).

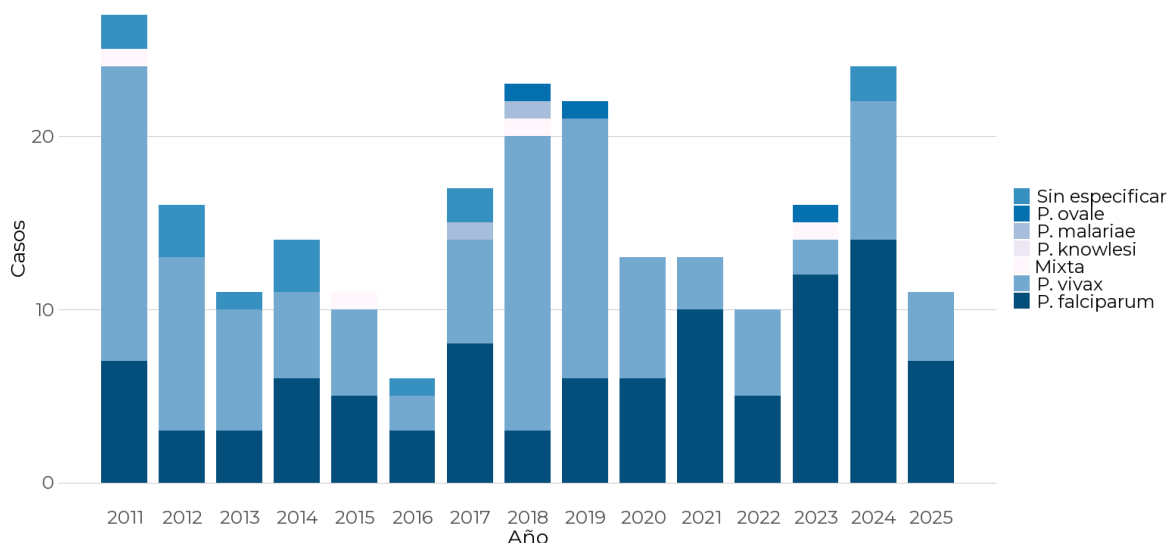


Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV en base a datos de SIVILA, C2 y SNVS 2.0.

*Se excluyeron 2 casos cuyo país de adquisición no se encuentra registrado.

Entre 2011 y 2025 se notificaron **234 casos de paludismo** en total. Las especies predominantes fueron *Plasmodium vivax* (48.3%) y *Plasmodium falciparum* (41.8%). Se puede observar que *P. vivax* predomina en casi todos los años, con picos en 2011, 2018 y 2019.

En el período 2021 - 2025 se observa un cambio en la predominancia de casos registrados en el país, donde *P. falciparum* representó el **68,5%** en contraposición con *P. vivax* (**31,4%**) para el mismo período, a diferencia de años (Ver tabla 1 y Gráfico 4).

Gráfico 4. Casos confirmados de paludismo según especie identificada por año, Argentina, SE 1 2011 a SE 52 2025 (n=234).

Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV en base a datos de SIVILA, C2 y SNVS 2.0.

Tabla 1. Casos confirmados importados en Argentina desde SE 1 2011 a SE 31 2025 por especie parasitaria según año.

Especie parasitaria	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	TOT.
<i>P. vivax</i>	17	10	7	5	5	2	6	17	15	7	3	5	2	8	4	113
<i>P. falciparum</i>	7	3	3	6	5	3	8	3	6	6	10	5	12	14	7	98
<i>P. malariae</i>	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
<i>P. ovale</i>	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	3
<i>P. knowlesi</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mixta	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	4
Sin especif.	2	3	1	3	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0	14
Total	27	16	11	14	11	6	17	23	22	13	13	10	16	24	8	234

Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV en base a datos de SIVILA, C2 y SNVS 2.0.

IX.5. Importancia de la sospecha clínica y la vigilancia en el sistema de salud

Dado que nuestro país se encuentra libre de la transmisión autóctona de la enfermedad, la vigilancia epidemiológica sostenida y, en particular, la **sospecha clínica oportuna por parte de los equipos de salud** continúa siendo el pilar fundamental para prevenir el restablecimiento de la transmisión. La ocurrencia de casos importados, provenientes en su mayoría de países con transmisión activa, representa un riesgo permanente, especialmente en áreas con presencia de vectores competentes y condiciones ecológicas favorables.

Resulta clave que los equipos de salud, en especial en los escenarios de riesgo nivel I y II, mantengan un **alto índice de sospecha ante cuadros febriles**, independientemente del tiempo transcurrido desde el ingreso al país o del motivo de consulta, incorporando de manera sistemática el **antecedente epidemiológico de viaje, residencia o tránsito por zonas endémicas**. La detección precoz, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de los

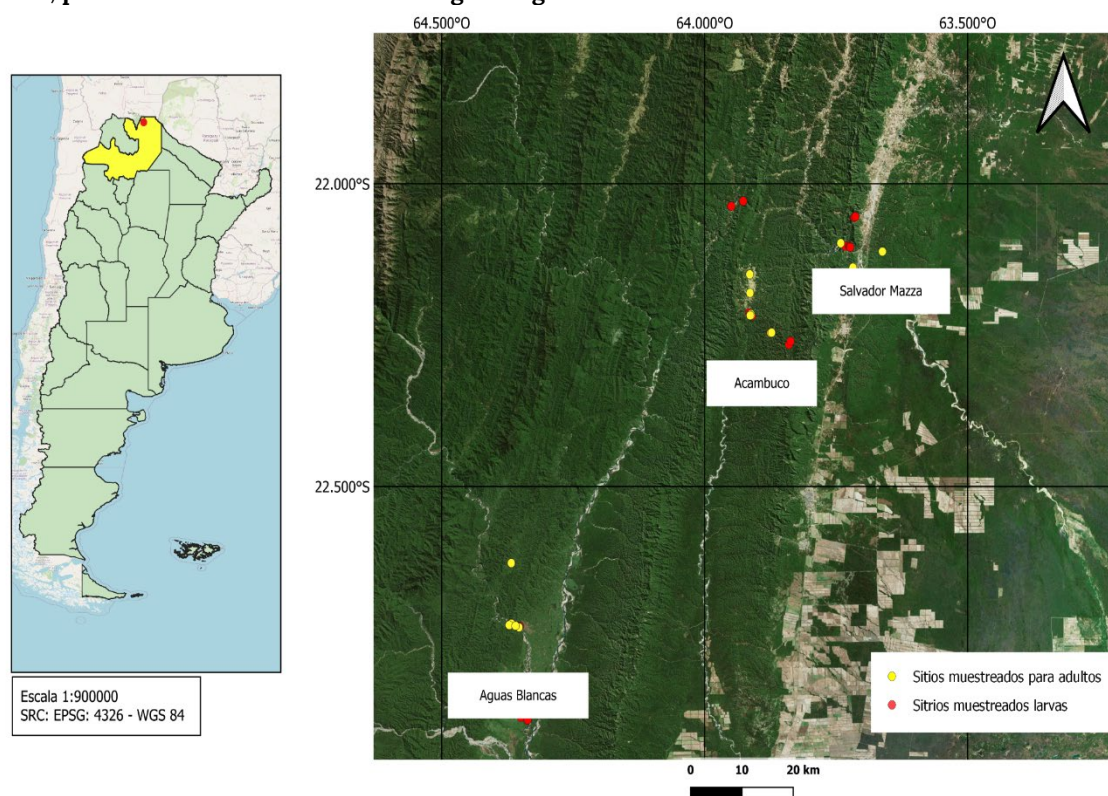
casos importados no solo impactan en la evolución clínica de las personas afectadas, sino que constituyen una medida esencial para evitar la reintroducción de la transmisión vectorial.

En este sentido, el fortalecimiento continuo de las capacidades del sistema de salud — incluyendo la capacitación del personal, la disponibilidad de métodos diagnósticos, la notificación inmediata y la articulación entre los niveles asistenciales y de vigilancia— es indispensable para sostener los logros alcanzados y consolidar la condición de país libre de paludismo.

IX.6. Acciones de vigilancia entomológica y control vectorial

Desde las acciones contempladas en el Plan de Prevención de reintroducción del paludismo en Argentina, durante el mes de agosto del 2025 se realizó la campaña de vigilancia entomológica en 3 localidades de la provincia de Salta, (escenarios de riesgo 1), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a partir de la cual se logró obtener información de la dinámica de las poblaciones de anofelinos mediante muestreos entomológicos. Estas evaluaciones nos permiten planificar las acciones a llevar a cabo para la prevención de la reintroducción del paludismo autóctono. Con el objetivo de determinar la composición, abundancia y horarios de actividad de los mosquitos en las localidades de Salvador Mazza, Aguas Blancas y Acambuco, con énfasis en *Anopheles. sp* (Mapa 3).

Mapa 3. El área de estudio abarcó las localidades de Salvador Mazza, Aguas Blancas, Acambuco y en Salta, perteneciente al escenario de riesgo I. Argentina



Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV

IX.6.A. MATERIALES Y MÉTODOS

La campaña se llevó a cabo en el mes de agosto, estructurando los muestreos por día y localidad de la siguiente forma: Salvador Mazza (5–8 de agosto), Acambuco (8–13 de agosto) y Aguas Blancas (13–16 de agosto).

Se realizaron capturas de adultos y de formas inmaduras. Para la primera, se seleccionaron sitios de captura en la zona rural, urbana y periurbana cercanas a las viviendas, en viviendas o lugares con alto tránsito de personas (lugares de descanso, laborales o recreativos) cercanos a los sitios identificados como potenciales criaderos.

Las colectas se realizaron en el exterior o peridomicilio dependiendo el sitio de muestreo con dos técnicas de capturas de acuerdo con la guía de vigilancia entomológica para los ejemplares adultos: captura a través de trampas CDC y captura con cebo humano protegido (CHP). Para el segundo tipo de captura uno de los técnicos cumplió el rol de ser “cebo humano protegido” y el resto como colector. El rol de humanos protegidos se intercambiaba cada hora, para minimizar las posibles diferencias en su atractivo para los mosquitos. La captura duró entre 3 y 4 hs en la franja horaria de las 18 - 00 dependiendo las posibilidades técnicas por las complejidades de los lugares donde se trabajó. En los casos donde las temperaturas mínimas llegarán a los 7 grados (temperaturas inferiores al umbral de actividad de los vectores) se suspendieron los muestreos. Para la conservación de ejemplares, los adultos capturados fueron sacrificados en frío y luego encapsulados en cajas de Petri, separados o rotulados con la hora y lugar de captura para su traslado y posterior determinación de especie por un entomólogo calificado.

Con respecto a la captura de formas inmaduras, las diferentes localidades que comprendieron el área de estudio fueron prospectadas para localizar acumulaciones de aguas, márgenes de ríos y arroyos, así como cualquier potencial criadero de anofelinos.

Esta actividad se llevó a cabo durante las mañanas. El personal técnico se distribuyó en el área a muestrear seleccionando un metro cuadrado donde cada uno realizó 10 cucharonadas al azar y se contaron la cantidad de larvas por estadio y de ser posible, se determinó el género. Luego, cada uno seleccionaba otro metro cuadrado para muestrear y repetían el procedimiento hasta cubrir toda el área de muestreo o, si los espacios eran muy extensos, hasta 6 mts². Toda esta información era registrada en la planilla de terreno. Para la conservación de ejemplares, las larvas de cuarto estadio colectadas fueron conservadas en alcohol al 80% para su posterior identificación.

IX.6.B. RESULTADOS

Ejemplares inmaduros

Con respecto a la colecta de ejemplares inmaduros, se registraron capturas en todas las localidades muestreadas. En total, se colectaron 977 larvas de *Anopheles .sp* en distintos estadios de desarrollo, con mayor abundancia en Acambuco (426 larvas), seguida por Salvador Mazza (356) y Aguas Blancas (195). En todas las zonas, la mayoría de las larvas corresponden a los primeros estadios larvales.

Tabla 1. Ejemplares inmaduros colectados durante la campaña. Agosto 2025. Argentina

Inmaduros colectados	Acambuco	Aguas Blancas	Salvador Mazza	Total
Estadio L1 y L2	234	125	203	562
Estadio L3	102	26	102	230
Estadio L4	90	44	51	185
Total	426	195	356	977

Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV

Ejemplares adultos

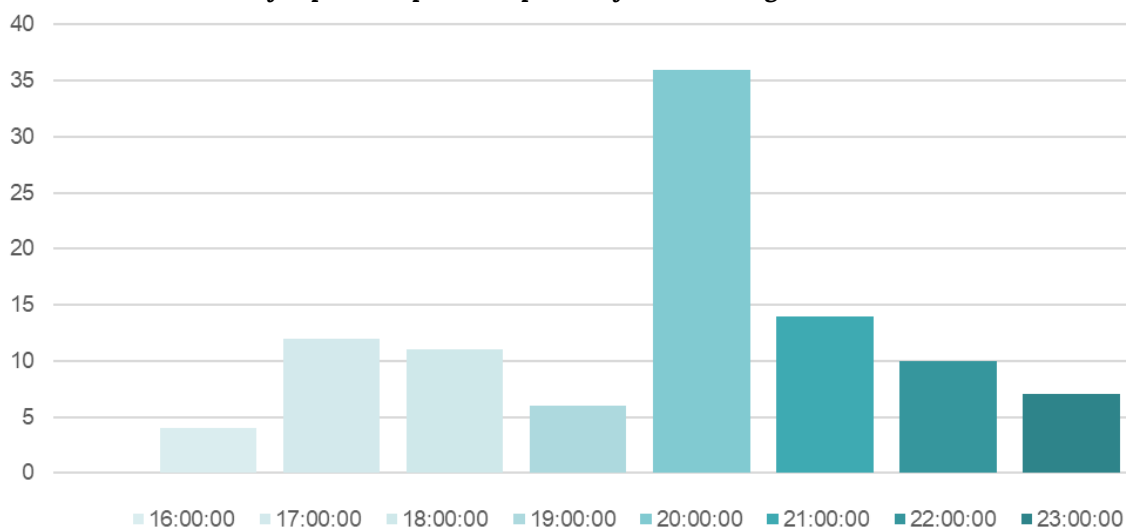
En cuanto a la colecta de adultos, hubo captura en todas las localidades. Debido a que en los días de muestreo programados para la localidad de Acambuco las temperaturas llegaron a valores mínimos, no pudieron completarse las bandas horarias de muestreo programadas, por lo que las capturas registradas fueron menores.

Se capturaron ejemplares adultos de los géneros *Anopheles* y *Culex*, así como individuos de las familias Ceratopogonidae y Phlebotominae.

La captura con CHP mostró una mayor proporción de Culicidae, con representación similar de los géneros *Anopheles* y *Culex*. En cambio, mediante trampas CDC, el grupo más abundante fue el de los flebotomos, seguido por culícidos (*Anopheles* y *Culex*).

El mayor número de capturas se registró entre las 20:00 y las 22:00 horas, con picos de abundancia en los intervalos 20:00–21:00 y 21:00–22:00. Como se observa en el gráfico, la franja horaria de las 20:00 horas presentó la mayor cantidad de ejemplares colectados de todos los grupos. Siendo la localidad con mayor número de capturas, Aguas Blancas, seguida por Salvador Mazza.

Gráfico 5. Cantidad de ejemplares capturados por franja horaria. Argentina



Fuente: Elaboración propia de la DZYCETV.

En la identificación de especie de anofelinos adultos se determinaron *Anopheles triannulatus* y *Anopheles argentinus* (ex *pseudopunctipennis*), siendo esta última la más abundante y reconocida como responsable de los últimos brotes de paludismo en Salta.

Análisis de Laboratorio

En cuanto a las capturas de ejemplares adultos de anofelinos realizadas durante la campaña, 56 muestras divididas en 6 pools fueron analizadas por el Departamento de Parasitología del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” con el objetivo de detectar la presencia de parásitos *Plasmodium* en los vectores. Como resultado, no se detectó ADN correspondiente a especies de *Plasmodium* en ninguno de los seis pools en los que fueron agrupadas las muestras según el sitio de colecta.

Como reflexión final, se destaca que todos los sitios seleccionados, a pesar de ser silvestres en algunos casos, son de alto tránsito de personas en horarios críticos de actividad de estos mosquitos vectores. Por todo lo descrito, resulta pertinente continuar vigilando las poblaciones de anofelinos de importancia sanitaria en las diferentes localidades centinelas, para estudiar en

profundidad su fluctuación a lo largo de las estaciones climáticas y definir e implementar, de ser necesario, las estrategias de control pertinentes.

IX.7. Vigilancia epidemiológica

De acuerdo con el Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria (2022), la estrategia de vigilancia del paludismo o malaria es universal, de modalidad nominal y periodicidad inmediata.

IX.7.A. DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso: toda persona que presente fiebre (> de 38° C) o historia de fiebre, sin etiología definida y que refiera al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:

- Que haya viajado a una zona con transmisión activa de paludismo en el último año (extendido a 3 años para las áreas en riesgo de *P. vivax*).
- Antecedente personal de haber padecido la enfermedad en los últimos 5 años.
- Que resida o haya viajado a zonas receptoras de Argentina en las que se hayan presentado casos de paludismo en el último mes.

O:

Paciente que presente anemia, hepatomegalia y/o esplenomegalia de causa desconocida (con o sin referencia de fiebre) y antecedente de viaje a zona con transmisión de paludismo.

Receptores de donaciones de sangre o trasplantes que presenten fiebre sin etiología conocida durante los 3 meses posteriores a la recepción.

Recién nacidos de madres que hayan presentado infección palúdica durante el embarazo.

Caso sospechoso no conclusivo: caso sospechoso con resultado de laboratorio no conclusivo.

Caso confirmado: toda persona con detección de parásitos palúdicos por microscopía en frotis de sangre o en gota gruesa, o PCR positiva, o prueba rápida positiva. Se podrá notificar en el SNVS 2.0 bajo la clasificación “Caso confirmado autóctono”, “Caso confirmado importado”, “Caso confirmado inducido”, “Caso confirmado introducido”, “Caso confirmado sin especificar lugar o mecanismo de adquisición”.

Caso descartado: caso sospechoso en el cual no se detectaron parásitos palúdicos por microscopía debiendo efectuarse al menos una gota gruesa y frotis diario, durante 3 días.

Objetivos de la vigilancia

En el marco del Plan de Prevención del Restablecimiento de la Transmisión de Paludismo en Argentina es imperativo mantener un sistema de vigilancia que garantice la detección temprana de los casos importados, el diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de los casos confirmados, la vigilancia y control vectorial focalizado, así como también el monitoreo de las acciones realizadas.

- Identificar de forma temprana los casos importados para procurar la atención adecuada.
- Monitorear el riesgo de restablecimiento del paludismo en el país.
- Direccional las acciones de prevención y control.

- Identificar de manera oportuna los casos sospechosos, permitiendo monitorear las acciones de diagnóstico, investigación y control.
- Monitorear el cumplimiento del tratamiento y seguimiento adecuado de los casos confirmados.
- Posibilitar la difusión, el uso y el análisis de la información de paludismo relevante en tiempo real en todos los niveles y sectores con responsabilidad en la prevención, detección y control de la enfermedad.
- Facilitar la articulación con los equipos de control vectorial para la realización de acciones de prevención y control.
- Clasificar de manera precisa los casos de paludismo.
- Efectuar la caracterización epidemiológica de los casos de paludismo detectados.
- Identificar grupos poblacionales vulnerables o en situación de riesgo.
- Relevar los datos requeridos para la construcción de los diferentes indicadores programáticos: epidemiológicos, operacionales y de respuesta a los esquemas de tratamiento.
- Reconocer las brechas en el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

IX.8. Medidas preventivas

Las actividades de prevención, investigación y control de paludismo se definen según escenarios epidemiológicos de riesgo para el restablecimiento de la transmisión de paludismo (antecedentes históricos, receptividad y vulnerabilidad) que permiten orientar acciones específicas.

- ✓ Vigilancia entomológica: En E.R I y II se realiza siempre registro de criaderos, monitoreo de rutina en puntos centinela dos veces al año. En E.R I, II y II se realizan monitoreos puntuales para evaluar presencia de Anofelinos y actualizar los mapas de distribución.
- ✓ Rociado residual: En E.R. I se rocía se realiza el Rociado Residual Intradomiciliario en localidades fronterizas de difícil acceso (sujeto a evaluación de la situación epidemiológica de paludismo en el país limítrofe). En E.R I y II, si en base a la vigilancia entomológica se identifica presencia del vector se hace RRI 250 mts alrededor del domicilio del caso (500 mts. de diámetro) en población concentrada o entre 1 y 2 km. en población dispersa
- ✓ Búsqueda pasiva permanente en todos los E.R y búsqueda proactiva en localidades definidas por la provincia en E.R. I y II.
- ✓ Recomendaciones especiales para Viajeros: Existen varios fármacos para realizar quimioprofilaxis de paludismo. La elección de cada uno de ellos se realizará en función de las contraindicaciones del fármaco según los antecedentes del viajero y la sensibilidad del parásito en el área a visitar. Es importante realizar una correcta prescripción de la Quimioprofilaxis en función del riesgo/beneficio de la persona. Es importante mencionar que ninguna profilaxis es 100% efectiva, por lo cual se deben tomar medidas de prevención para evitar la picadura de mosquitos y recomendar la consulta médica inmediata ante la aparición de fiebre y/u otros síntomas compatibles con paludismo durante o al regreso de un viaje a zonas endémicas.
- ✓ Las drogas que se sugieren para ser utilizadas en el país para quimioprofilaxis de viajeros a zonas endémicas de paludismo son: la doxiciclina. Para mayor detalle se recomienda

ver la Guía para el manejo clínico de casos de paludismo en Argentina en contexto de eliminación en: Enfermedades transmisibles por vectores Evento: Paludismo (malaria) (MSYDS, 2018b)

- ✓ Medidas a adoptar ante casos sospechosos. Notificar de forma inmediata (ver vigilancia).

IX.9. Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. (2024). World malaria report 2024: Addressing inequity in the global malaria response. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2024>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2018a). Guía de vigilancia para la prevención del restablecimiento del paludismo en Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_vigilancia_para_la_prevepcion_del_restablecimiento_del_paludismo_en_argentina_preliminar.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2018b). Guía para el manejo clínico de casos de paludismo en Argentina en contexto de eliminación (Guía de tratamiento y vigilancia). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_tratamiento_paludismo_2018_-_2.pdf

ALERTAS
EPIDEMIOLOGICAS
INTERNACIONALES

X. 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) y otros organismos de salud a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE).

X.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

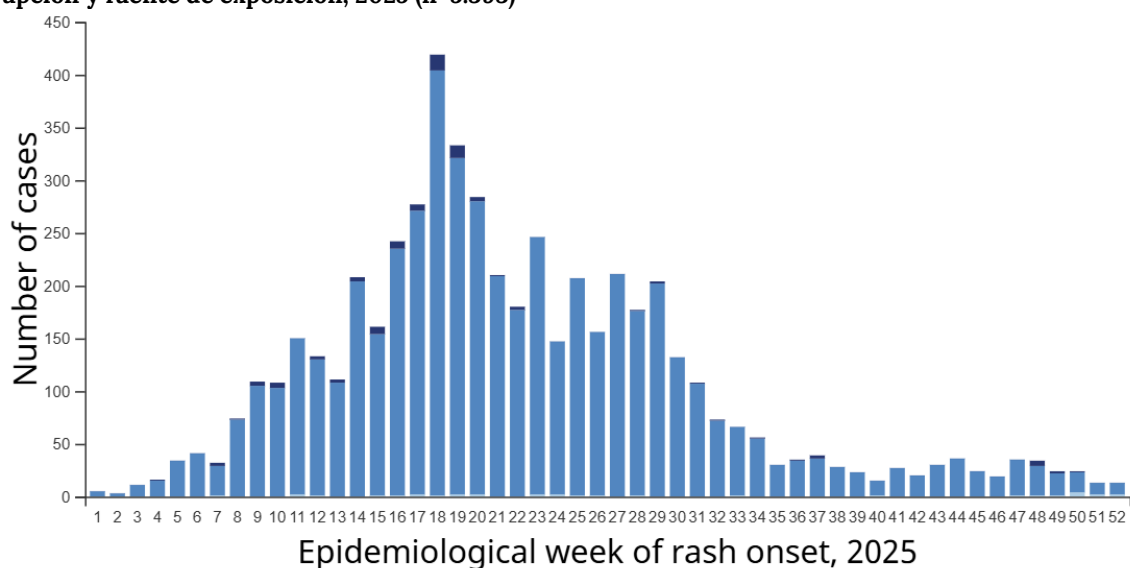
X.1.A. CANADÁ³³

En 2025, se han notificado un total de 5.393 casos de sarampión (5.013 confirmados, 380 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 27 de diciembre de 2025.

En la semana 52 (del 21 al 27 de diciembre de 2025), se notificaron 16 nuevos casos de sarampión (15 confirmados y 1 probables) en 3 jurisdicciones (Columbia Británica, Manitoba y Ontario).

³³ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.393)



X.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA³⁴

Al 6 de enero de 2026, se notificaron 3 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 3 casos fueron reportados por 2 jurisdicciones: Carolina del Norte y Carolina del Sur. No se notificaron casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

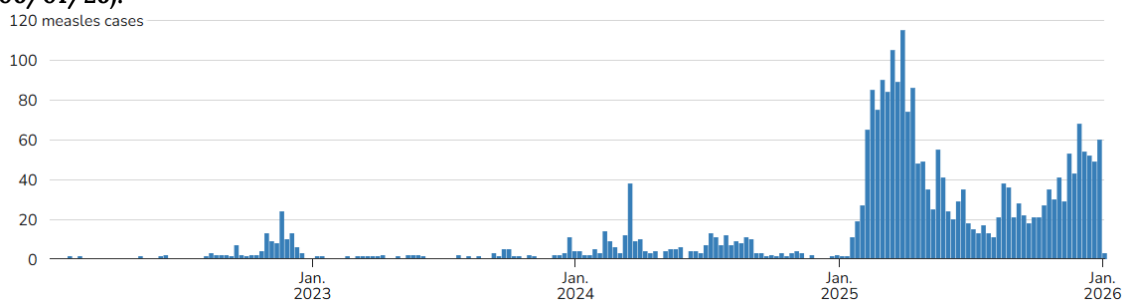
En el año 2025, se notificaron un total de 2.144 casos confirmados de sarampión. De ellos, 2.199 casos han sido confirmados en 45 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, 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, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin, Wyoming y Alabama.. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 49 brotes, y el 88% de los casos confirmados (1.884 de 2.144) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

³⁴ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2026 (hasta 06/01/26).

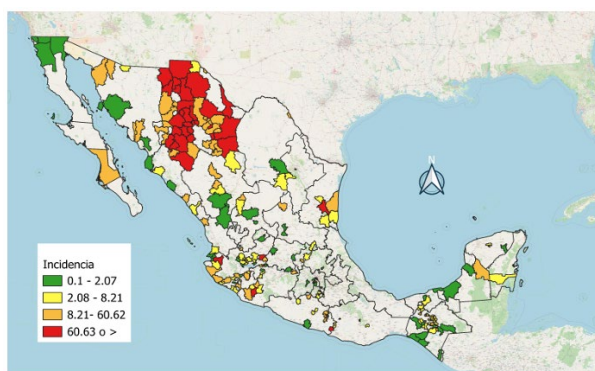


X.1.C. MÉXICO³⁵

Al 02 de enero, se han reportado 6.266 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 53 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 29 estados y 223 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 24 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 19 de diciembre de 2025, México.



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

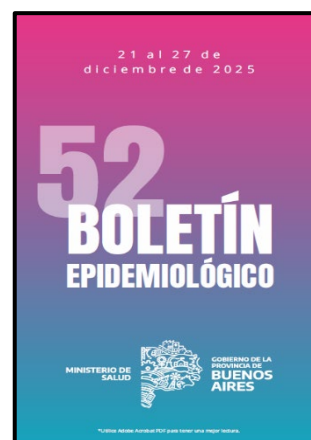
³⁵ <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

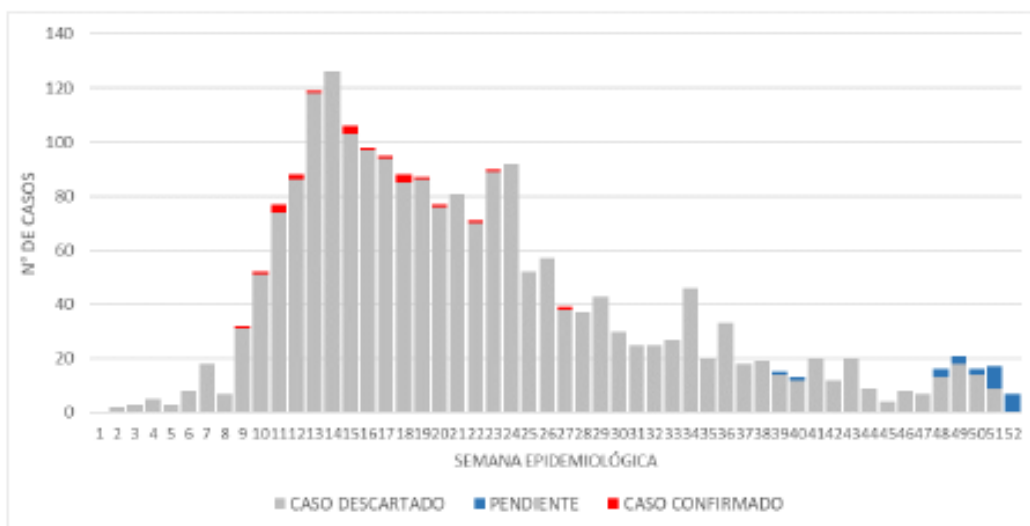
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Sarampión

No se han detectado nuevos casos confirmados durante 27 semanas en la provincia. Hasta el 27/12 de 2025 (SE 52) se notificaron en la PBA 2.081 casos sospechosos de EFE. De estos, 21 fueron casos confirmados de sarampión, 2.035 fueron descartados y 25 permanecen en estudio.



Casos de EFE notificados al Sistema Nacional de Vigilancia, según clasificación, por semana epidemiológica (SE) de apertura. PBA, Año 2025 (n=2.081), hasta SE 52 (parcial).



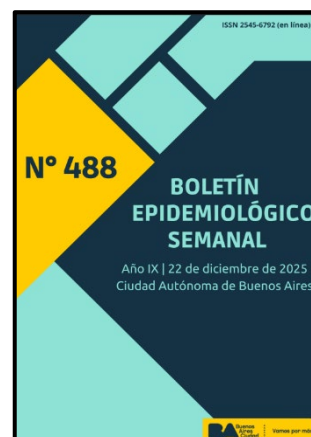
Fuente: SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

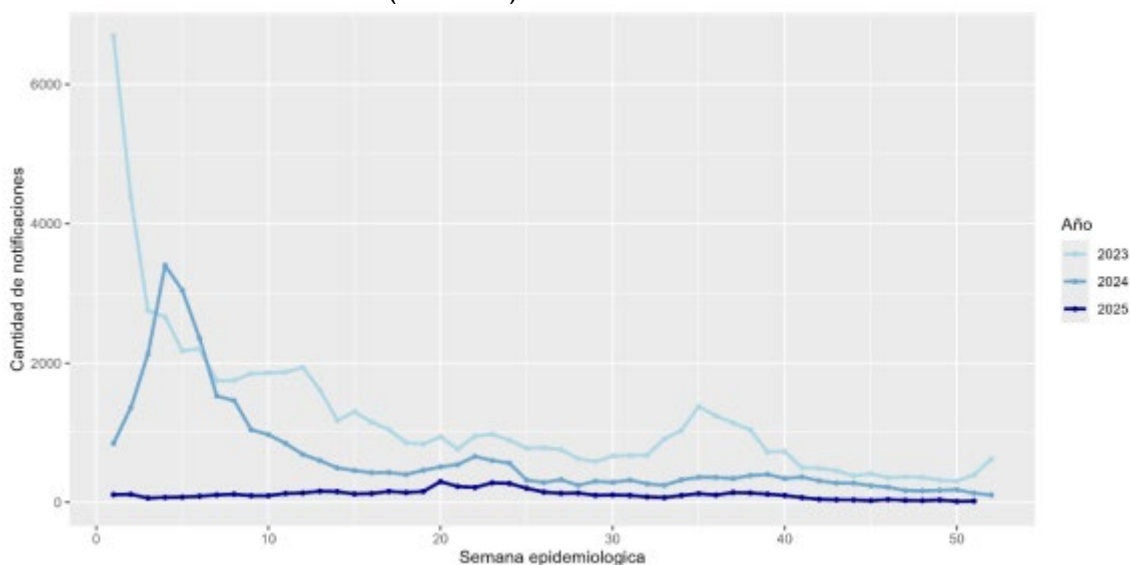
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio

Se observa, tanto al inicio de 2023 como de 2024 un incremento de la notificación. En ambos casos estuvo asociado a la circulación de SARS – COV-2. Esta dinámica es mucho menos pronunciada en 2025. En 2025 se ha observado un incremento de las notificaciones a partir de la SE19, que luego ha tenido una disminución gradual a partir de la SE 20.



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias nominales en eventos ambulatorios. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 102151)



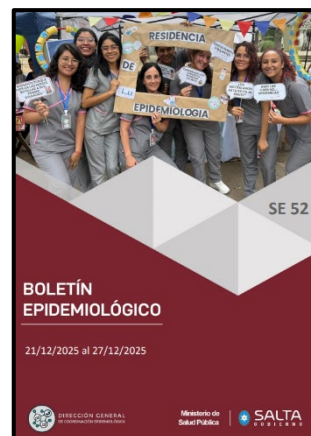
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0.

Para más información:

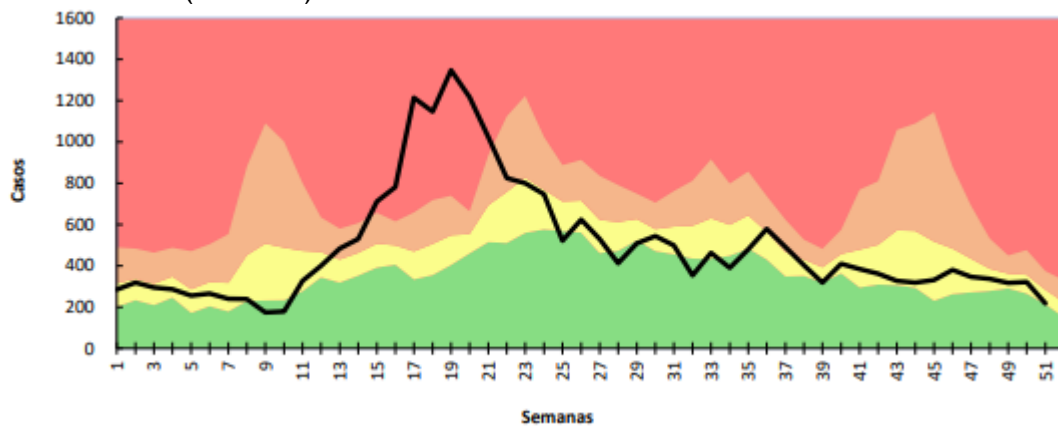
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025>

XI.3. Salta: Enfermedad tipo influenza (ETI)

En las notificaciones de casos de ETI se observa, un leve ascenso de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico se encuentra en zona de seguridad.



Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (ETI) - años: 2018 a 2024. Se 51 de 2025. Provincia de Salta. (n=25.250*)



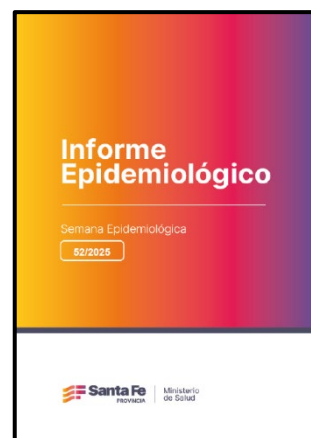
Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). () Nota: Para la confección del parte semanal, se usará la clasificación resumen de la base de datos procedente del SNVS 2.0.*

Para más información:

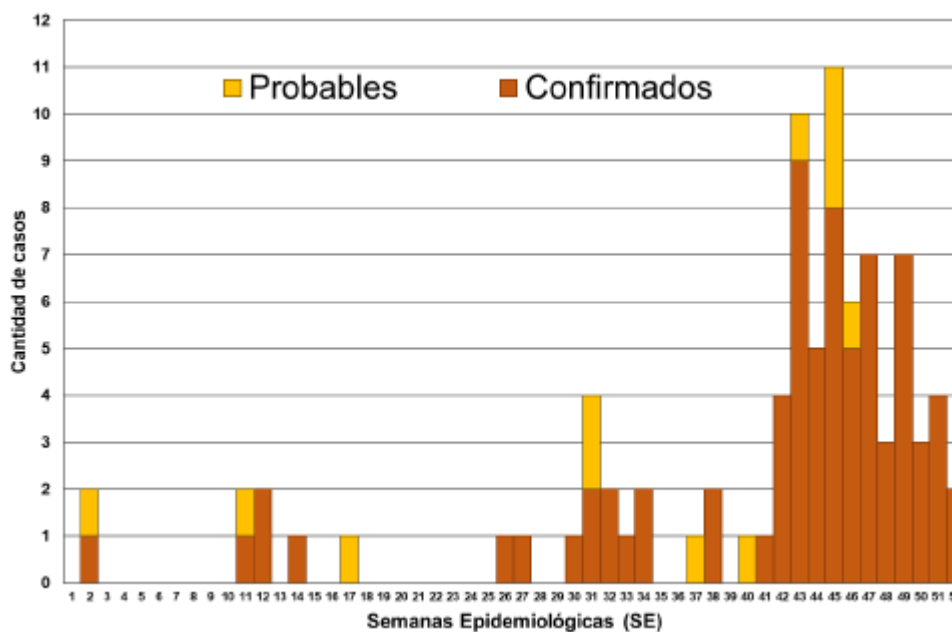
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.4. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 52 de 2025, se notificaron un total de 372 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 75 se confirmaron y 12 se clasificaron como probables. De los 75 casos confirmados, 58 casos (77,3%) corresponden al departamento Rosario, 4 casos (5,3%) al departamento La Capital, 3 casos (4,0%) al departamento General López, 2 casos (2,7%) al departamento Caseros, 2 casos (2,7%) al departamento Constitución, 2 casos (2,7%) al departamento San Lorenzo, un caso (1,3%) al departamento Belgrano, un caso (1,3%) al departamento Castellanos, un caso (1,3%) al departamento General Obligado y un caso (1,3%) al departamento Iriondo. A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados y probables según clasificación manual.



Distribución de casos confirmados (n= 75) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 52. Año 2025. N= 87.



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:

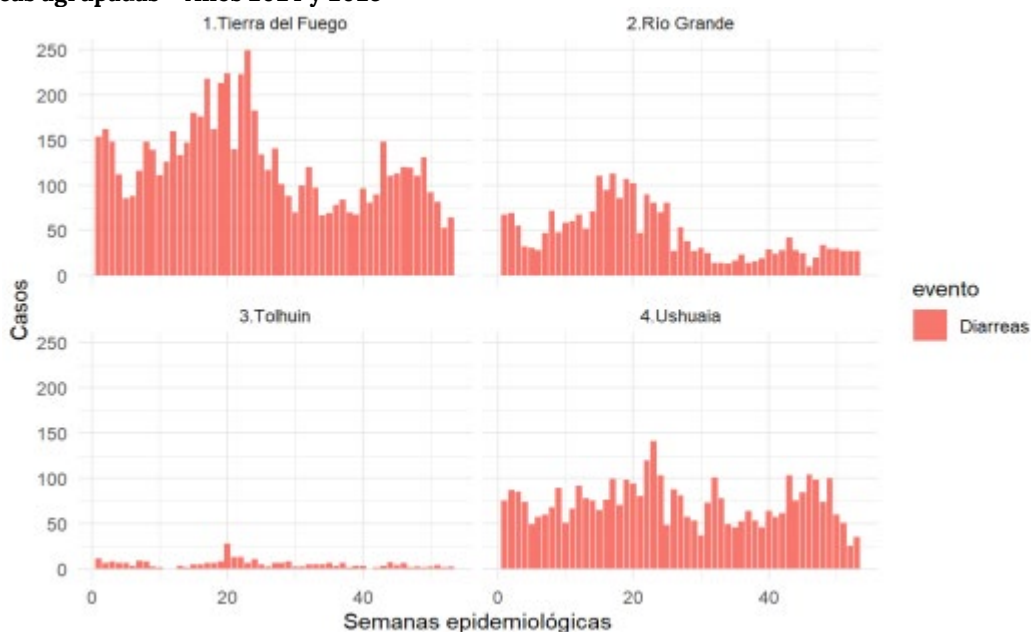
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802>

XI.5. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana 53 en 2025 se notificaron 6.952 casos de diarreas agudas en el SNVS 2.0 en la modalidad agrupada. Con respecto al mismo periodo del 2024, se observa una disminución del 24,4% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas – Años 2024 y 2025



Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

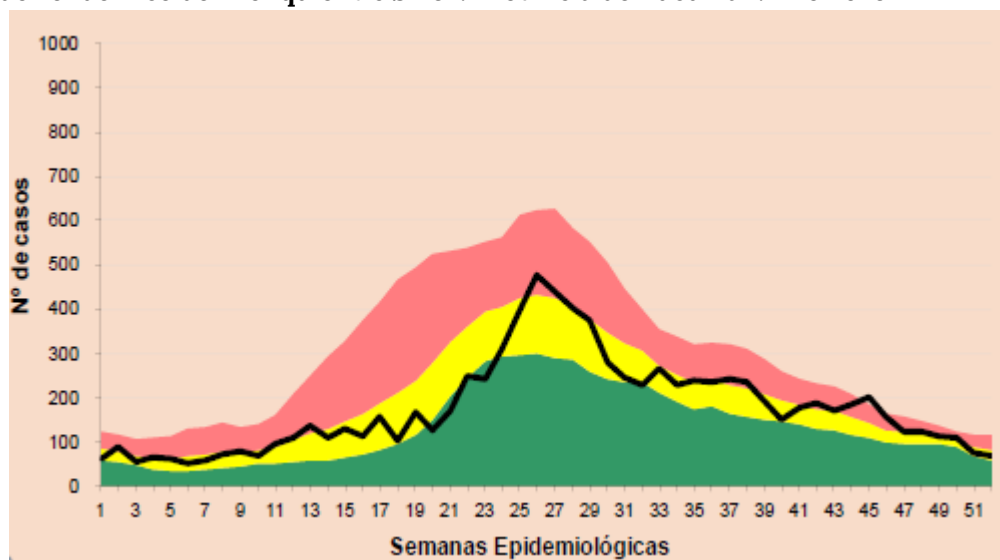
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/>

XI.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 52 se notificaron 68 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis SE 52. Provincia de Tucumán. Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

XII. 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 **enero** 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 2024 remitirse al siguiente documento:

[Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#)

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Enero	Lepidopterismo - Accidente por Lonomía obliqua	Evento	Nombre	Se cambia el nombre del evento: "Lepidopterismo - Accidente por Lonomía obliqua" por "Lonomismo - Envenenamiento por Lonomia."