



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 814

Semana epidemiológica 24
AÑO 2026
Desde 14/06 al 20/06
Fecha de publicación
29/06/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Dengue y otras arbovirosis

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

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

El Servicio Meteorológico Nacional.

Infecciones respiratorias

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

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

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

Epi-AR-Nivel inicial es una estrategia de fortalecimiento de las capacidades de vigilancia y respuesta del país a través de un programa de capacitación en servicio, con supervisión en el lugar de trabajo y basado en competencias, para la formación en epidemiología de campo, dirigido a todos los niveles del sistema de salud del país, pero priorizando el nivel local. Imagen tomada por la Dirección de Epidemiología en el EPI-AR realizado en Neuquén durante junio 2026.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°814, SE 24.

I. Editorial del BEN 811

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

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

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

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



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

La presente edición del Boletín Epidemiológico Nacional presenta una actualización de los principales eventos bajo vigilancia, junto con informes epidemiológicos, alertas internacionales y herramientas destinadas al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica. Entre sus novedades, se destaca la actualización de la tabla de eventos priorizados, que incorpora modificaciones en la metodología de análisis, los criterios de clasificación de la situación epidemiológica y la visualización de los casos según semanas epidemiológicas para el período 2022-2026.

Dentro de los eventos priorizados, se incluyen las actualizaciones sobre infecciones respiratorias agudas, con información proveniente de la vigilancia centinela y de laboratorio, datos de subtipificación y caracterización genómica de influenza, y recomendaciones para la prevención y el control, incluyendo vacunación antigripal y tratamiento antiviral. Asimismo, se presenta la actualización de dengue y otros arbovirus, con información sobre la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026 y la situación de dengue, fiebre chikungunya y otros arbovirus en Argentina.

Como contenido destacado de esta edición, se incorpora un informe sobre el caso descartado de enfermedad por virus del Ébola (virus Bundibugyo) en Argentina, que describe la situación internacional, las acciones implementadas y la respuesta del sistema nacional de vigilancia ante un evento de alto impacto sanitario.

La sección de alertas y comunicaciones internacionales reúne actualizaciones sobre la situación epidemiológica del sarampión en la Región de las Américas, la enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo y Uganda, la situación global de la fiebre amarilla y la evolución del brote de enfermedad por virus Nipah en India.

La edición se completa con contenidos destacados de boletines jurisdiccionales, actualizaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, la presentación del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo y Acciones de Salud Pública (EpiAR), materiales para la implementación de salas de situación de salud y el curso de vigilancia y notificación de dengue.

En conjunto, este BEN brinda información organizada y actualizada para el seguimiento de los eventos de notificación obligatoria, la retroalimentación de los equipos de vigilancia y el acompañamiento de los procesos de análisis y toma de decisiones en salud pública.

Contenido

I. Editorial del BEN 811	5
II. Sobre este BEN	6
TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS.....	9
III. Actualización de la tabla de eventos priorizados	10
III.1. Fundamentación	10
III.2. Metodología de análisis	10
III.2.A. Sobre la construcción de la tabla	10
III.2.B. Clasificación de la situación epidemiológica	10
III.2.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026	11
III.2.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos	11
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica	11
EVENTOS PRIORIZADOS	13
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	14
IV.1. Nota Metodológica	14
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	14
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada	14
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	15
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	15
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	18
IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia	21
IV.5.A. Secuenciación genómica de influenza A(H3N2) 2025-2026	21
IV.5.B. Caracterización de casos de influenza recibidos en el Inr desde se1 a se 22/2026.	22
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas	26
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud	26
IV.7. Vigilancia epidemiológica	26
IV.8. Recomendaciones para la población	28
IV.9. Vacunación antigripal	28
IV.10. Tratamiento antiviral	29
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	31
V.1. Situación regional	31
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	32
V.2.A. Nota metodológica	32
V.3. Situación de dengue en Argentina	34
V.3.A. Temporada 2025/2026	34
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada.	35
V.3.C. Casos Probables	35
V.3.D. Caracterización clínica de los casos de dengue	36
V.3.E. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	36
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina	37
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya.	41
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina	41
V.5.A. Encefalitis arbovirales	41
V.5.B. Otros arbovirus	43
ALERTAS.....	46
NACIONALES	46
VI. Informe sobre caso descartado de Enfermedad por virus Ébola (EVE, Virus Bundibugyo) en Argentina	47

VI.1. Introducción	47
VI.2. Situación Internacional	47
VI.3. Situación nacional	48
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES	50
VII. Introducción	51
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional	52
VII.1.A. Canadá	52
VII.1.B. Estados Unidos de América	52
VII.1.C. Guatemala	53
VII.1.D. México ^{3F}	53
VII.1.E. Perú ^{3F}	54
VII.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda.	55
VII.3. Fiebre amarilla. Situación global	59
VII.4. Enfermedad por virus Nipah - India	60
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES	61
VIII. Boletines Jurisdiccionales	62
VIII.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	62
VIII.2. Salta: Chikungunya	63
VIII.3. Santa Fe: Psitacosis	64
VIII.4. Tierra del Fuego: Varicela	65
VIII.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	66
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA	67
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	68
X. Comenzó en Neuquén el Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo y Acciones de Salud Pública (EpiAR)	72
XI. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición	74
XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue	75

TABLA DE **EVENTOS**
DE NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Actualización de la tabla de eventos prioritizados

III.1. Fundamentación

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

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

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

III.2. Metodología de análisis

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

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

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

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

III.2.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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

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

A continuación, se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 24 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE24	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	84	308	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	2	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	325	352	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	44	23	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	70	87	En aumento	Por encima de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	6213	9137	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	211	172	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	96	91	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	4	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	2905	3657	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	406	518	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	26	23	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	53	67	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hantavirusis	29	50	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	87	160	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Psitacosis	69	72	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.		
Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE24	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	18	14	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	363	415	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	649	521	Por debajo de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	3770	4982	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	22	8	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	23	50	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	242	296	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	482	559	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	2	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infec. de trans. sexual	Sífilis en población general	11731	22037	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infec. Resp. agudas	Legionelosis	12	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	602	580	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	9	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	17	29	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	4	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	356	608	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	3261	5443	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	152	225	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	31	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	4333	5224	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	

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

EVENTOS
PRIORIZADOS

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

En la semana epidemiológica 22, la actividad de influenza en la Región de las Américas se mantiene estable. En América del Norte y el Caribe se observa una tendencia descendente, con niveles bajos de circulación. En contraste, en Brasil y el Cono Sur se registra un incremento sostenido de la actividad, con un aumento progresivo en el número de detecciones y un porcentaje de positividad del 13,9% en la SE22. Centroamérica mantiene una actividad moderada, con un porcentaje de positividad del 10%, mientras que la Región Andina continúa en descenso, con una positividad del 5,5%. A nivel regional, influenza A sigue siendo el virus predominante entre las muestras subtipificadas, con A(H3N2) como el subtipo dominante en el hemisferio sur. El VSR muestra una tendencia ascendente en la mayoría de las subregiones, con excepción de América del Norte. Por su parte, la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene estable y en niveles bajos. En cuanto a las hospitalizaciones por IRAG y las consultas por ETI muestran una tendencia descendente en el hemisferio norte. En contraste, se mantienen elevadas en la Región Andina, Brasil y el Cono Sur, asociadas principalmente a la circulación de influenza y VSR.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) y presentan un ascenso desde la SE 9, que superan los niveles esperados desde la SE11 a la SE20. Los casos de neumonía se encuentran en aumento desde la SE7, oscilando entre valores esperados y de alerta desde la SE14 a la SE21. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados.

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

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las primeras 22 SE de 2026 se registraron 3.081 internaciones,

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>

con tendencia ascendente a partir de la SE11, en coincidencia temporal con el aumento de casos positivos de influenza A(H3N2). En las últimas cuatro semanas analizadas se observó un predominio de detecciones de influenza, con 274 casos positivos entre los 741 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por VSR (n=45) y SARS-CoV-2 (n=1).

En 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de la SE 10 se registra un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Predomina A(H3N2), que comenzó su circulación en las últimas SE de 2025. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior, continuando en niveles bajos en lo que va de 2026.

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

Entre las personas internadas, predominan las detecciones de influenza, con un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 12. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un leve aumento a partir de la SE 13. En la presente semana no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 63 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

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

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

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

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

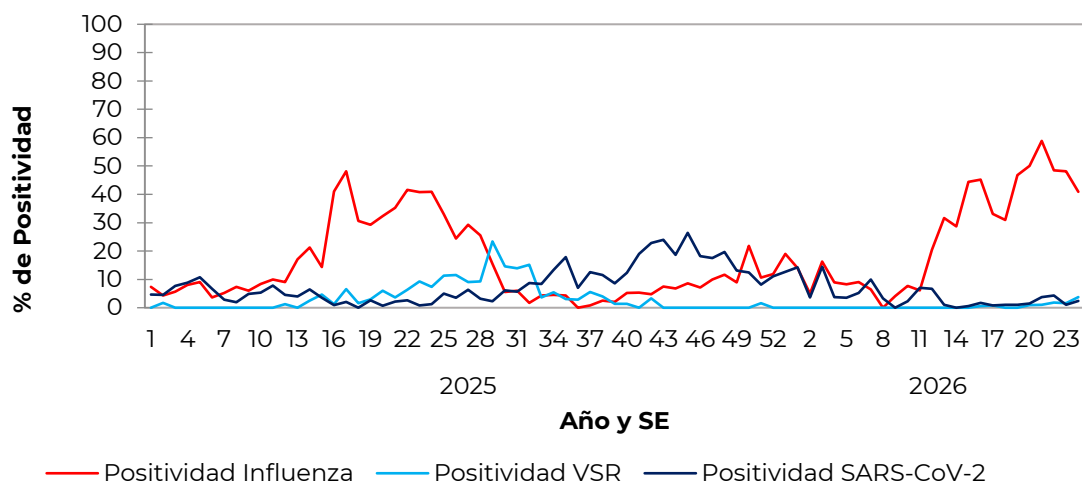
² Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

influenza B linaje Victoria y, en las últimas semanas del año, un mayor número de detecciones de influenza A, aunque con valores bajos.

En lo que va de 2026, se observa un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). En las SE23 y 24 de 2026 se notificaron 149 casos de influenza entre las 325 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 41,0%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En 2026, las detecciones se registraron de manera aislada hasta la SE 20. Luego se presentaron casos todas las semanas en baja magnitud. En las 24 semanas de 2026 se registraron 14 casos positivos de VSR entre las 2.228 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE24/2026. Argentina.

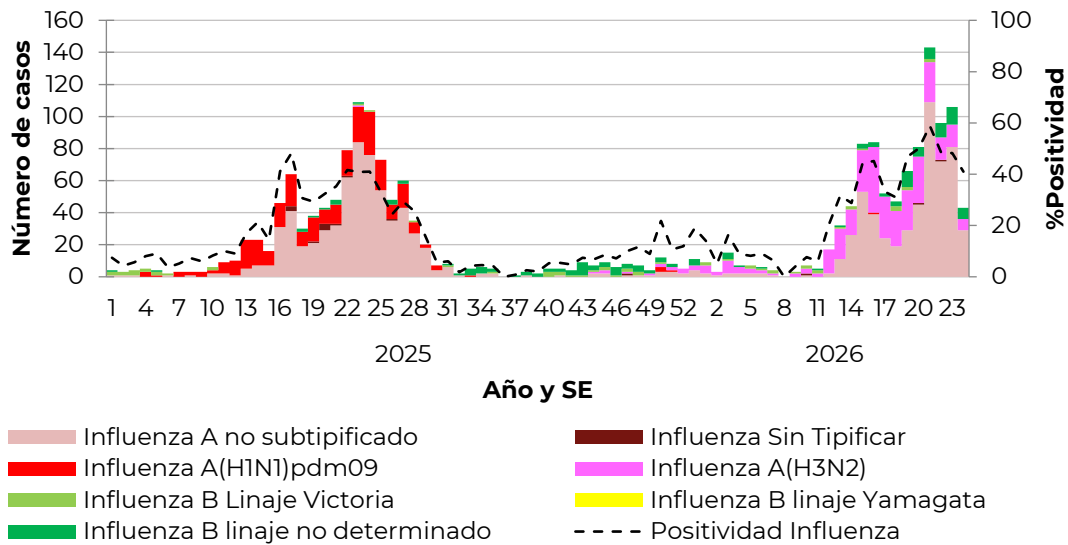


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

En las primeras 24 SE de 2026, se detectaron 864 casos de influenza A. Entre estos, 312 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 93 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 24 de ellos.

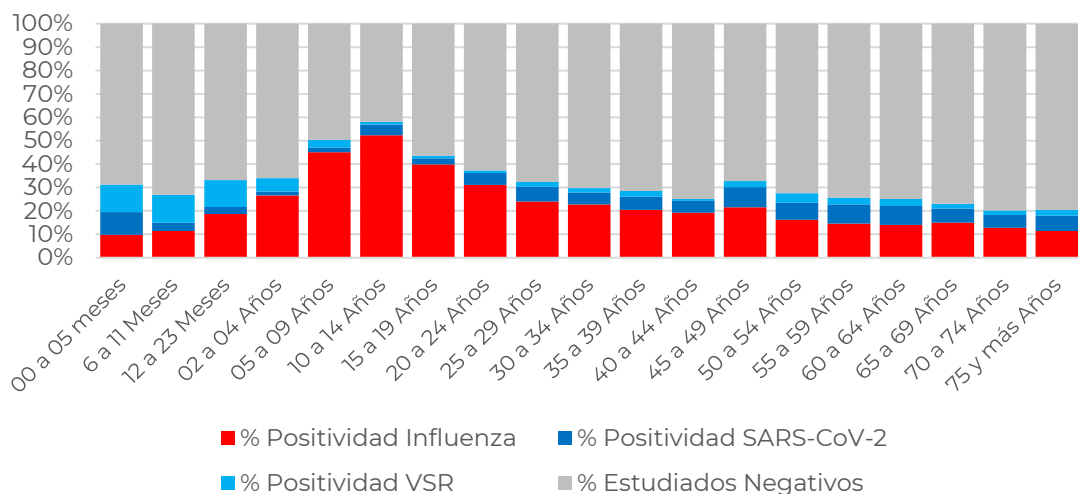
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE24/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE24/2026. Estrategia UMA. Argentina³.



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

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

IV.4.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

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

Definiciones de caso Vigentes

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

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

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

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

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

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

En las 24 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total 2.672 internaciones con diagnóstico de IRAG y 999 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG⁹.

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

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

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

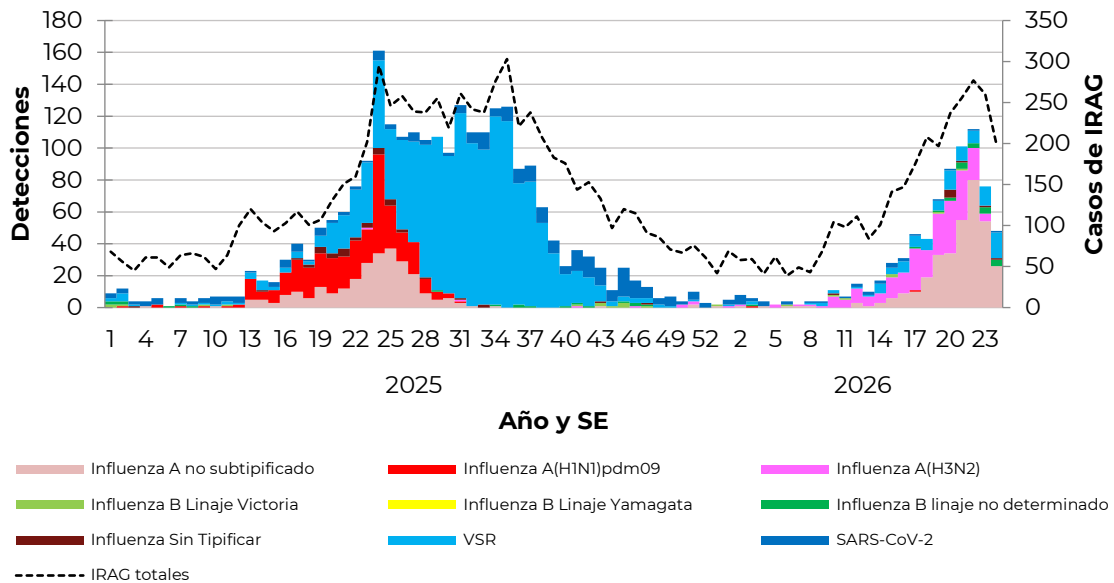
⁶ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

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

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

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

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE1/2025 a SE24/2026. Argentina

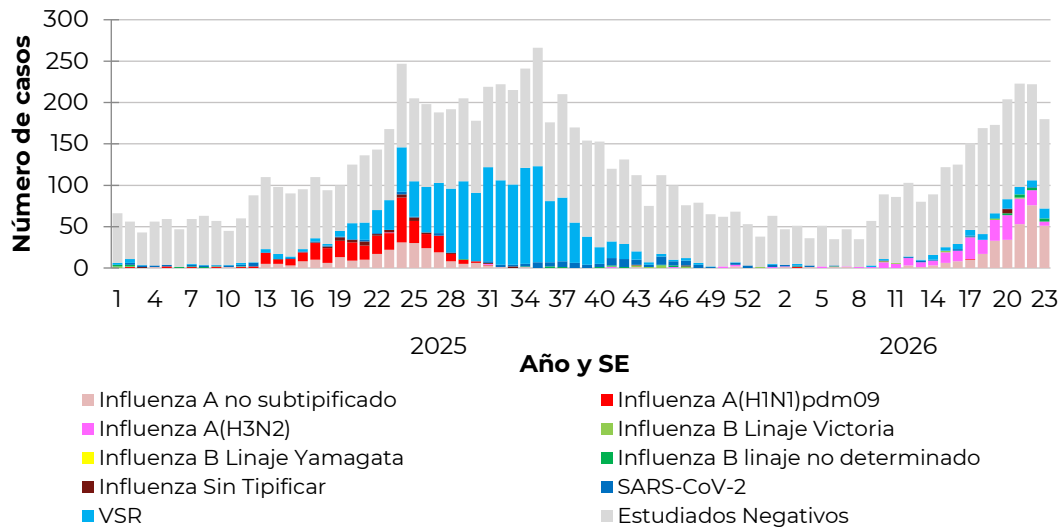


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

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

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todas las semanas de 2025, se observó un incremento en las detecciones a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor detección de H1N1 y en menor medida H3N2. Además, se detectaron en menor número casos de influenza B/linaje Victoria. En las 24 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 600 casos de influenza. Se tipificaron 564 casos de influenza A, y de éstos 226 cuentan con subtipificación: 224 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registraron 27 casos, de los cuales 7 corresponden a linaje Victoria, mientras que los restantes permanecen sin identificación de linaje.

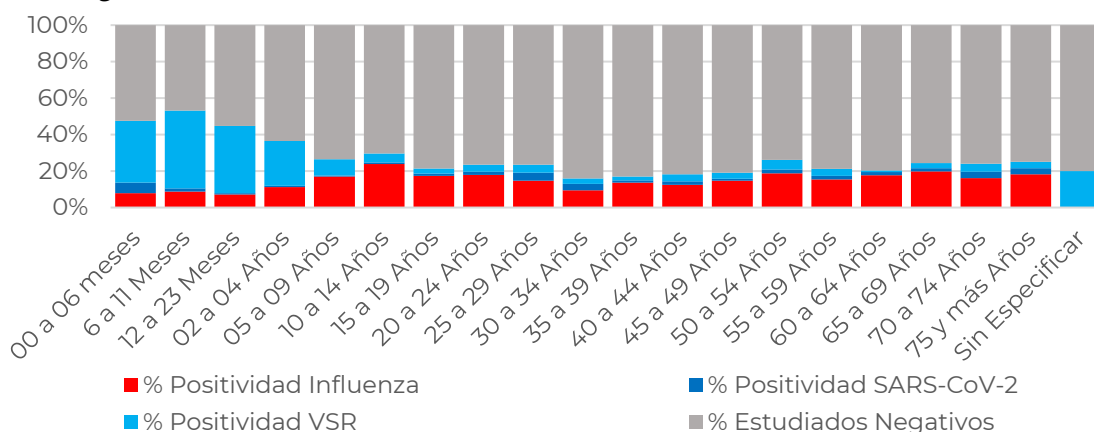
En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de VSR, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las 24 semanas transcurridas del año 2026, si bien los casos permanecen en niveles bajos, se registran 104 casos acumulados de IRAG con detección de VSR y un ligero aumento de casos positivos en las últimas semanas.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE24/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina ¹⁰.

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

En las últimas 4 semanas, entre 766 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 codetección influenza SARS-CoV-2 y VSR, 2 codetecciones de influenza y VSR, 269 casos de influenza y 42 casos de VSR. Los restantes 426 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE1/2025 a SE24/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina¹¹

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

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

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

IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia

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

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

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

A continuación, se describe, para el período SE1 a SE22 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de casos recibidos en el LNR con fecha de toma de muestra en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación del muestreo aplicado.

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

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

Entre la SE1/2025 y la SE22/2026, el LNR secuenció 343 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales 302 (88%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (8%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

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

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 22/2026 (N =343).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1 /K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1 /K	
Centro	1	0	3	0	13	0	0	0	6	100	123
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	47	57
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	33	39
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	4	7
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	3	5
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	13	15
Cuyo	0	1	3	0	2	0	0	0	0	33	39
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	20	26
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
NEA	1	0	0	0	2	0	0	1	0	14	18
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	11
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NOA	0	0	1	0	1	0	0	1	3	99	105
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	12	16
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	6
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	28	29
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	47	47
Sur	1	0	16	0	15	0	0	3	0	23	58
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	4	7
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	5
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	8	11
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	5
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	2	17
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	3	13
Total	3	1	23	0	33	0	0	5	9	269	343

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

IV.5.B. CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 22/2026.

En términos acumulados hasta el 24/06/2026 el LNR recibió 1611 muestras positivas para Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 hasta la SE22/2026, de las cuales 1592 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 94% correspondió a Influenza A y el 6% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 99% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 1% al subtipo A(H1N1). En cuanto a Influenza B, en 98 de los 96 casos se pudo identificar el linaje y todos correspondieron al linaje Victoria.

En el análisis regional se verifica que todas las regiones derivaron muestras positivas de Influenza al LNR (Centro, 40%; NOA, 33%; Cuyo, 16%, Sur, 7%; y NEA, 4%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A, entre 92% y 97% de los casos según región, y dentro de Influenza A el subtipo H3N2 representó entre el 93% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B oscilaron entre 3% y 8% de los casos según la región.

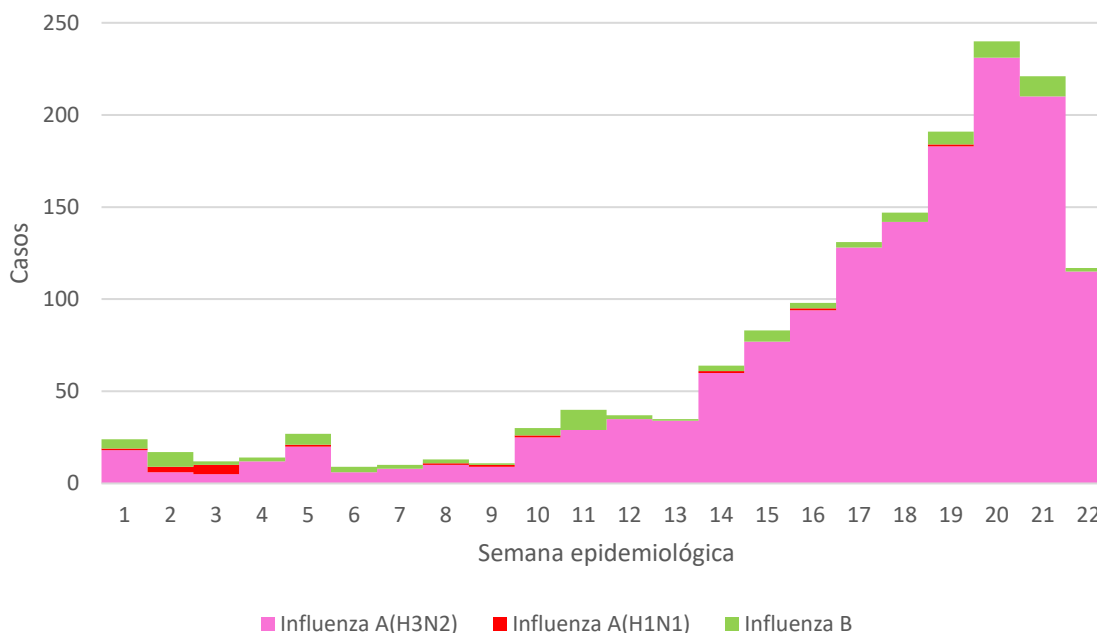
Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE22, Año 2026 (N = 1611).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B					Influenza sp	Total	
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)			Victoria							
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.	Sin subtip	Subclado C.3.1	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Sin esp.			Sin linaje
Centro	0	100	6	482	1	7	10	4	2	3	2	21	0	7	645
Buenos Aires	0	47	5	263	0	1	3	1	1	1	1	10	0	4	337
CABA	0	33	1	122	0	4	5	0	1	0	0	3	0	1	170
Córdoba	0	4	0	27	1	1	0	3	0	2	0	3	0	1	42
Entre Ríos	0	3	0	6	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	12
Santa Fe	0	13	0	64	0	1	2	0	0	0	1	2	0	1	84
Cuyo	0	33	0	197	0	0	1	0	0	0	0	21	0	2	254
Mendoza	0	20	0	127	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	163
San Juan	0	9	0	65	0	0	1	0	0	0	0	4	0	2	81
San Luis	0	4	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10
NEA	1	14	0	40	1	3	1	0	0	0	0	2	0	1	63
Chaco	1	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	8
Corrientes	0	2	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
Formosa	0	11	0	28	1	3	1	0	0	0	0	1	0	0	45
Misiones															
NOA	1	99	3	379	0	3	6	1	2	3	0	31	2	8	538
Catamarca	0	6	0	20	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	31
Jujuy	0	12	3	112	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1	131
La Rioja	0	5	0	8	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	15
Salta	1	28	0	113	0	2	3	0	2	0	0	12	1	6	168
Santiago del Estero	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	28
Tucumán	0	47	0	109	0	0	0	0	0	3	0	5	1	0	165
Sur	3	23	0	76	0	1	3	1	0	0	0	3	0	1	111
Chubut	0	4	0	11	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	18
La Pampa	0	4	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Neuquén	0	8	0	31	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	42
Río Negro	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Santa Cruz	3	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	9
Tierra del Fuego	0	3	0	13	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	17
Total general	5	269	9	1174	2	14	21	6	4	6	2	78	2	19	1611

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

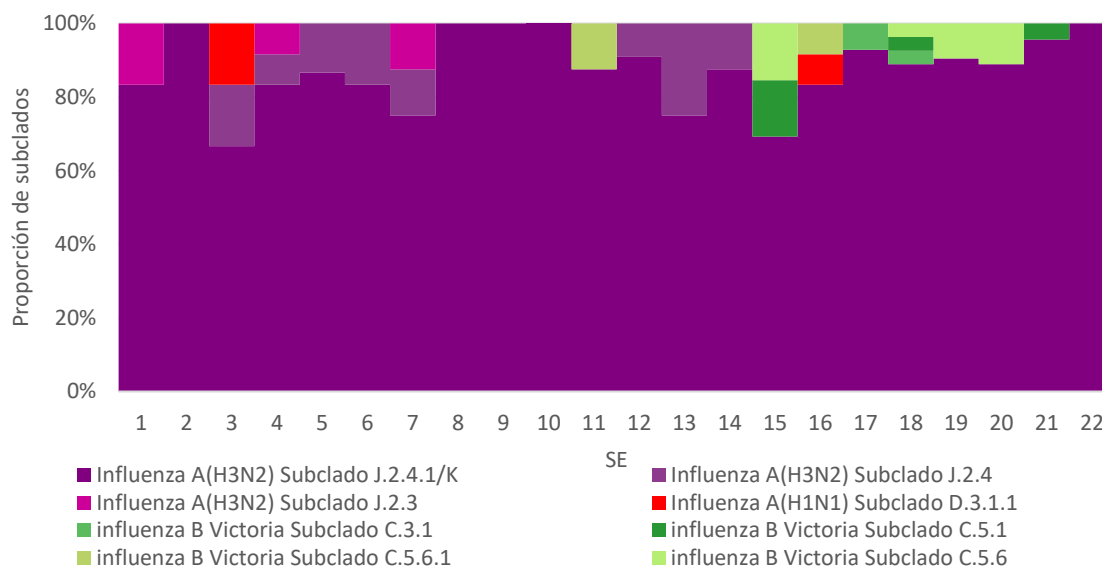
En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de Influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas analizadas. Entre las SE 17 y 22 se concentró 67% de los casos, superándose los 100 casos semanales recibidos durante todo ese período y alcanzando un máximo de 235 en SE 20.

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

Gráfico 7. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE22, Año 2026¹²

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

Se realizó la caracterización genómica de 303 casos de Influenza, 283 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 18 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) (95%), seguido del subclado J.2.4 (3%) y J.2.3 (2%). Los dos casos secuenciados de Influenza A(H1N1) correspondieron al subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria se identificó una heterogeneidad de subclados: C.5.6 (6), C.3.1 (6), C.5.1 (4) y C.5.6.1 (2).

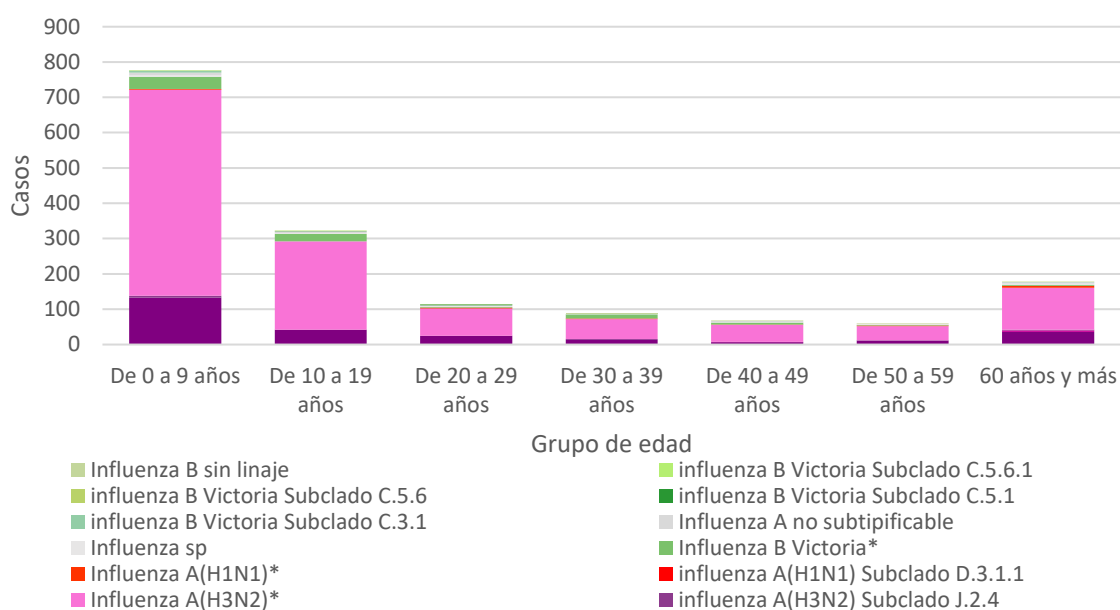
Gráfico 8. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE22. Año 2026.

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

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

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 48% de los casos; dentro de este grupo, el 32% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (20%) y 60 años y más (11%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2), específicamente el subclado J.2.4.1/(K). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 67% en los menores de 20 años.

Gráfico 9. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE22, Año 2026.

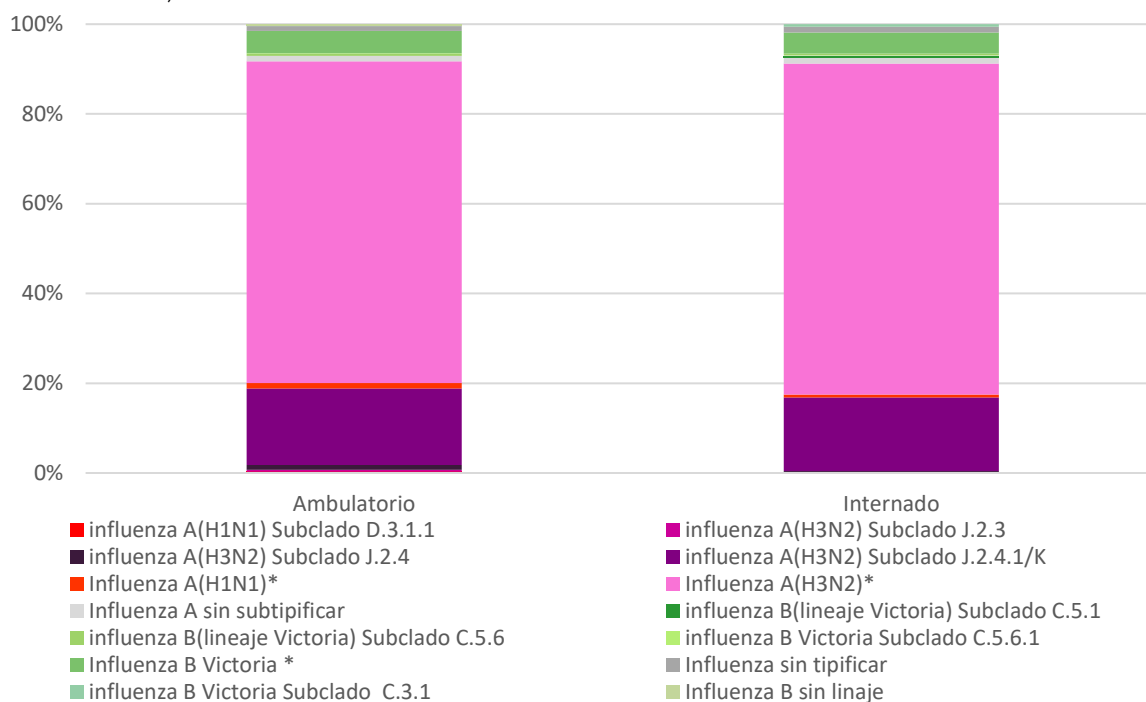


*sin subclado asignado

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

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, se observó un predominio de Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios (90%) como internados (91%). En ambos grupos, el subclado predominante fue Influenza A(H3N2) J.2.4.1/(K).

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

Gráfico 10. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE22, Año 2026.

*sin subclado asignado

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

IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.7. 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.8. 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.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.10. 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.^{13,14} 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.^{15,16} En Argentina, durante el año 2024, el

¹³ 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

¹⁶ Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. *Int J Infect Dis*. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.

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

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

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

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

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

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

*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_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)¹⁷ y el ARBO-portal¹⁸ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 25/06/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 23 de 2026 se notificaron 966.558 casos de dengue, de los cuales 236.033 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 82% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 198 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 91.457 casos. De ellos, 35.022 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 60% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 38 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 22, se registraron 6.752 casos, de los cuales 342 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 74%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 15/2026 se confirmaron 10 casos por laboratorio, en comparación con los 9.477 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 23/2026, se reportaron un total de 50.778 casos de dengue, de los cuales 562 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 52% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 41.354 casos, de los cuales 11.180 fueron confirmados por laboratorio, 4 veces más que los registrados para la misma semana epidemiológica de 2025, y se notificaron 27 fallecidos. Asimismo, se notificaron 1.445 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 22/2026 se registraron un total de 8.552 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 222 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 83% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 16 casos confirmados por laboratorio, un 54% menos que lo registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 22/2026 se reportaron un total de 27.130 casos de dengue, de los cuales 20.322 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 23% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 28 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, se notificaron 8 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, se notificaron 8 casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se observó un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: <https://www.paho.org/en/arbo-portal>

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia¹⁹.

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

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

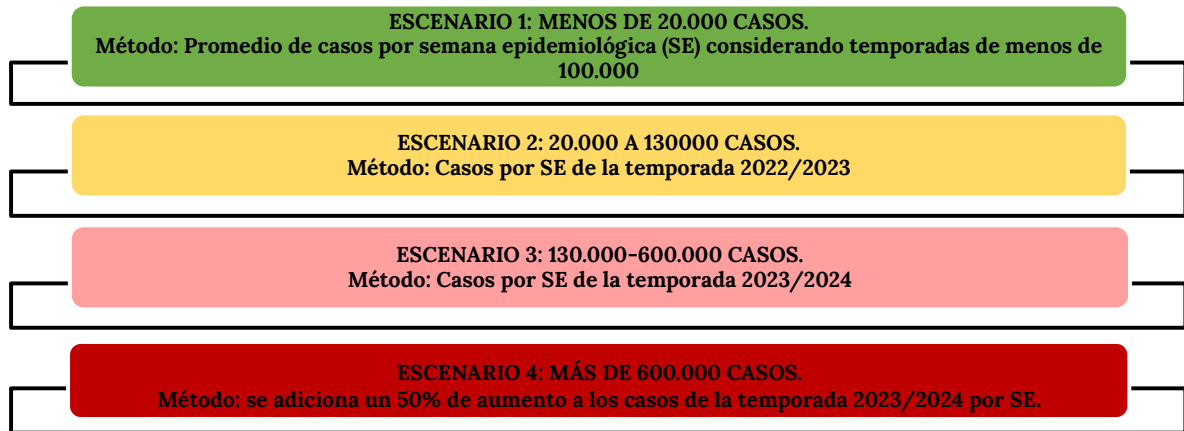
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Chikungunya, 10 de febrero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-10-febrero-2026>

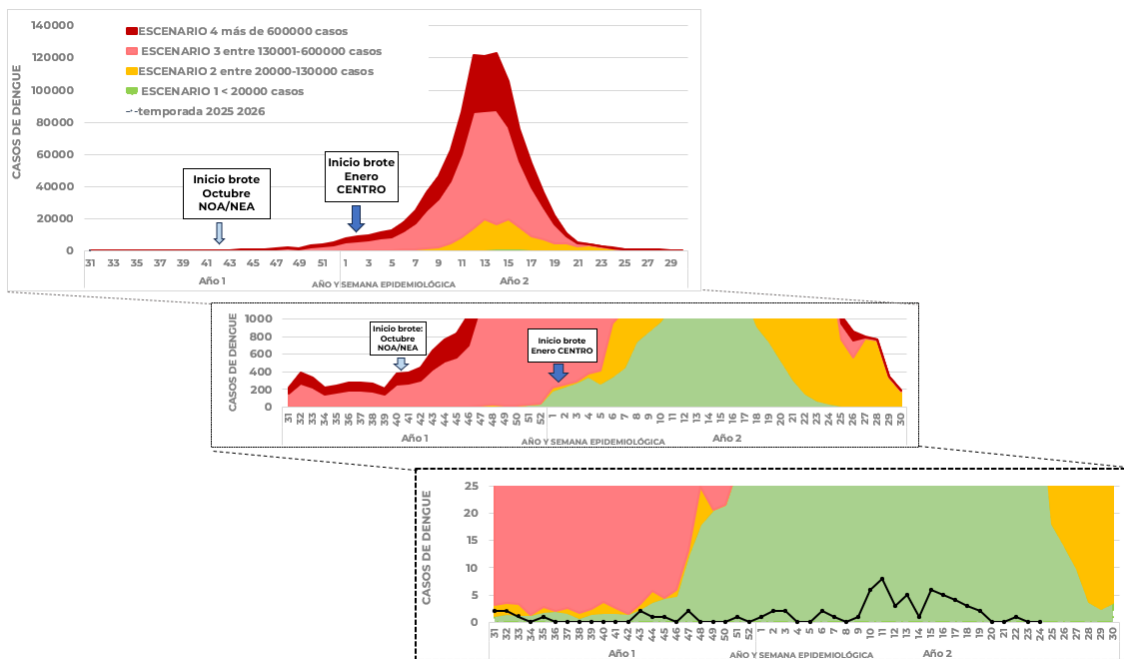
temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=69). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. TEMPORADA 2025/2026

De acuerdo con la fecha mínima²⁰, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **27.178** casos sospechosos de dengue, de los cuales **69** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El **55%** corresponden a casos **sin** antecedente de viaje (Tabla 1). Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 24/2026 se notificaron **206** casos sospechosos sin casos confirmados. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE24/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	10	60	6	10	DENV-1,-2	1424	389	1899	16
CABA	22	25	9	3	DENV-1,2,3	463	190	712	31
Córdoba	2	8	2	0	DENV-2	2688	155	2855	4
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	329	6	344	4
Santa Fe	0	27	2	2	DENV-3	1270	72	1373	2
Total Centro	34	124	23	16		6174	812	7183	57
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	139	3	145	2
San Juan	0	0	0	0		42	0	42	0
San Luis	0	0	0	0		83	18	101	0
Total Cuyo	0	0	2	1		264	21	288	2
Chaco	0	8	0	0		1003	7	1018	0
Corrientes	0	1	0	0		154	40	195	0
Formosa	2	3	1	0	DENV-2	5300	40	5346	3
Misiones	0	4	1	0		894	0	899	1
Total NEA	2	16	2	0		7351	87	7458	4
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	479	4	490	1
Jujuy	1	2	1	0	DENV-3	1420	39	1463	2
La Rioja	0	6	0	0		256	3	265	0
Salta	0	35	0	0		3265	1143	4443	0
S. del Estero	0	8	0	0		308	577	893	0
Tucumán	0	118	0	1		4277	95	4491	0
Total NOA	2	175	1	1		10005	1861	12045	3
Chubut	0	0	0	0		17	2	19	0
La Pampa	0	0	0	1		88	9	98	0
Neuquén	0	0	3	0		27	4	34	3
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		31	3	34	0
T. del Fuego	0	0	0	0		15	0	15	0
Total Sur	0	0	3	1		182	18	204	3
Total País	38	315	31	19	DENV-1,2,3	23976	2799	27178	69

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).

²⁰Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

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

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

V.3.C. CASOS PROBABLES

Si bien en la actualidad la circulación de dengue en el país es baja y los casos confirmados continúan siendo escasos, aislados y concentrados principalmente en las jurisdicciones de Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe, se han notificado **334 casos probables** que permanecen en investigación.

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

Este abordaje cobra particular relevancia considerando que distintos Arbovirus pueden circular de forma simultánea y generar cuadros clínicos compatibles con **síndrome febril**

agudo inespecífico (SFAI). Por ello, además de confirmar o descartar dengue, es importante continuar el estudio de otros virus de la misma familia viral, como el de la Encefalitis de San Luis, para el cual se registra un aumento de notificaciones en las últimas semanas en la provincia de Buenos Aires y que podría estar causando reacciones cruzadas. Recordemos también que la detección de anticuerpos IgM/IgG puede deberse a infecciones por dengue previas, vacunación o incluso reacciones inespecíficas que deben evaluarse y aclararse a los fines de la vigilancia de salud pública y el diagnóstico individual.

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

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

La mediana de edad fue de 41 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 25 a 34 años. El 58% de los casos notificados corresponde al sexo legal femenino.

De los 69 casos confirmados de dengue, 68 cuentan con información completa con respecto a la evolución clínica. Trece casos (19%) requirieron hospitalización, sin necesidad de ingreso a cuidados intensivos; uno de ellos fue clasificado como dengue con signos de alarma (B2) en la SE 16. Se trató de un caso de 50 años, con residencia en Villa Real (CABA), confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2, permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego fue dado de alta.

En el 54% de los casos que requirieron internación se determinó el serotipo DENV-2 (n=7). No se han notificado casos graves ni fallecimientos.

V.3.E. CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

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

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

temprano que oriente adecuadamente la implementación de medidas de prevención y control.

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

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

Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales. Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los Arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

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

V.4.Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **12.847** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2785** corresponden a casos confirmados y probables. Los casos notificados con antecedente de viaje son importados de **Bolivia**, Brasil, Paraguay y Cuba. En la provincia de Salta se identificaron los primeros casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, confirmando la presencia de transmisión local.

Si se compara la SE24 con la SE 23, se notificaron 27 casos de Fiebre Chikungunya de los cuales **3** casos corresponden a la SE22 por fecha mínima²¹. 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.

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

²¹Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

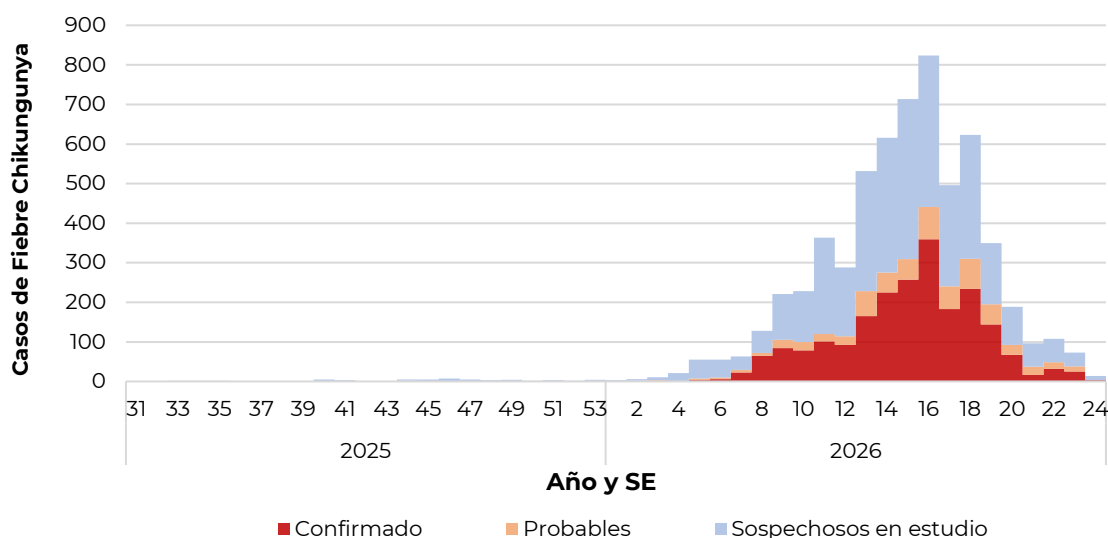
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE24/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje		Con antecedente de viaje		Con laboratorio negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	12	24	6	6	145	16	15	224	48
CABA	5	1	4	3	16	9	6	44	13
Córdoba	27	6	2	2	1895	7	14	1953	37
Entre Ríos	5	0	0	0	37	2	4	48	5
Santa Fe	0	0	0	1	288	5	2	296	1
Total Centro	49	31	12	12	2381	39	41	2565	104
Mendoza	0	0	0	0	25	0	1	26	0
San Juan	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	16	0	0	18	2
Total Cuyo	0	0	2	0	43	0	1	46	2
Chaco	0	2	0	0	225	0	0	227	2
Corrientes	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	174	0	1	175	0
Misiones	0	0	0	0	60	1	0	61	0
Total NEA	0	2	0	0	461	1	2	466	2
Catamarca	13	11	0	0	224	0	32	280	24
Jujuy	120	75	5	2	854	115	2	1173	202
La Rioja	0	0	0	0	74	0	1	75	0
Salta	1092	308	119	15	471	1490	726	4221	1534
S. del Estero	187	46	0	0	131	148	12	524	233
Tucumán	571	112	0	0	178	80	2535	3476	683
Total NOA	1983	552	124	17	1932	1833	3308	9749	2676
Chubut	0	0	0	0	2	0	0	2	0
La Pampa	0	0	0	0	4	0	0	4	0
Neuquén	0	0	0	1	0	3	1	5	1
Río Negro	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	0	1	5	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Total Sur	0	0	0	1	12	3	5	21	1
Total País	2032	585	138	30	4829	1876	3357	12847	2785

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

Durante la temporada se observó una aceleración sostenida de los casos de Fiebre Chikungunya hasta la SE16, tanto a expensas del aumento de confirmados como de probables lo que evidenció un escenario de intensificación de la transmisión junto con una mayor detección. Luego del pico de casos en la SE16 (N=441), se observa un descenso progresivo y sostenido, tanto de casos confirmados como probables y en estudio. Se observan además leves fluctuaciones que pueden explicarse por retrasos en la notificación al SNVS 2.0. **(Ver gráfico 3).**

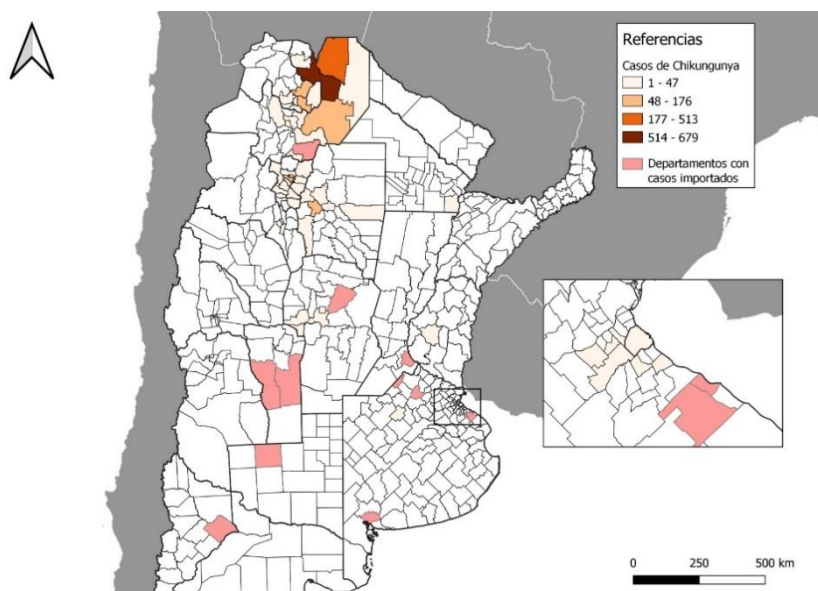
Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima²². SE31/2025 a SE24/2026. Argentina.



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

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=2676; 96% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidan los principales focos de transmisión. En paralelo, se notificaron brotes en otras jurisdicciones como Catamarca (Capital), Santiago del Estero (Capital) y Buenos Aires (Lomas de Zamora, Merlo, Quilmes) junto con la detección de casos en CABA y Córdoba (**Ver mapa 1**), lo que evidencia la expansión reciente del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas.

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE24/2026. Argentina.



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

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).

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

La mediana de edad fue de 33 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de **45 a 65 años**, seguido por los grupos de **25 a 34** años y de 35 a 44 años. El 55% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

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

Del total de casos, 1869 cuentan con información sobre requerimiento de internación (si/no), de los cuales el 10% (n=182) requirió hospitalización.

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

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

V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.5.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

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

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **484 casos** sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui”, se confirmaron **seis** casos de Encefalitis de San Luis: 5 en Provincia de Buenos Aires y 1 en Entre Ríos.

Confirmados y probables Flavivirus sin especificar

Para el mismo período, se notificaron **15** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por **flavivirus**, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se

utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros). Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso.

En este contexto, se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente la posible circulación o introducción de arbovirus neuroinvasivos y fortalecer la sospecha clínica y la notificación oportuna por parte de los equipos de salud. Los casos corresponden a las jurisdicciones: **Buenos Aires**, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Jujuy.

Casos de Encefalitis en Provincia de Buenos Aires

Durante la SE19, se confirmaron 2 nuevos casos de Encefalitis de San Luis, que previamente habían sido notificados como *confirmados flavivirus sin especificar* y, luego de las determinaciones finales, se confirmó el diagnóstico. En total, hay 5 casos confirmados de Encefalitis de San Luis y 7 casos confirmados/3 probables flavivirus sin especificar. Los **15** casos residen en: **Tres de Febrero, La Plata, Florencio Varela, Lobos, Cañuelas, Brandsen, Bragado, Arrecifes, 25 de mayo y Ezeiza**²³. Los casos iniciaron con síntomas entre SE3 y SE15 (fines de enero y principio de abril). La mediana de edad de 16 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. Seis casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha. Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final.

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **125** casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó **un** caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE24/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE24/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Estudiados	Confirmado	Estudiados	Probable	Confirmado
Buenos Aires	5	50	1	40	3	7
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	348	0	6	1	1
Entre Ríos	1	19	0	6	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	6	446	1	72	6	8
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	8	0	7	0	0
Total Cuyo	0	14	0	7	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	1	0	4	0	0
Total NEA	0	1	0	4	0	0
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	9	0	34	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	7	0	3	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0
Total NOA	0	20	0	41	1	0
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	0	3	0	1	0	0
Total País	6	484	1	125	7	8

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.5.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros Arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE24/2026).

Tabla 5. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla. SE31/2025 a SE24/2026. Argentina.

Evento Jurisdicción	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	99	0	49	0	16
CABA	0	13	0	6	0	0
Córdoba	0	104	0	66	0	1
Entre Ríos	0	9	0	3	0	2
Santa Fe	0	174	0	41	0	10
Total Centro	0	399	0	165	0	29
Mendoza	0	27	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	5	0	10	0	0
Total Cuyo	0	32	0	14	0	0
Chaco	0	101	0	164	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	31	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	49	0	8
Total NEA	0	136	0	251	0	10
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	35	0	134	0	0
La Rioja	0	10	0	49	0	9
Salta	0	282	0	1016	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	234	0	1
Tucumán	0	235	0	24	0	89
Total NOA	0	570	0	1457	0	99
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	2	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	3	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	0	6	0	2	0	0
Total País	0	1143	0	1889	0	138

*Pos: positivas / Est: estudiadas**Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).*

Fiebre de Oropouche

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **1143** casos, sin registrarse resultados positivos.

Enfermedad por virus Zika

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron **1889** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

Fiebre Amarilla

Durante la temporada en curso se notificaron **138** casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

ALERTAS

NACIONALES

VI. Informe sobre caso descartado de Enfermedad por virus Ébola (EVE, Virus Bundibugyo) en Argentina

VI.1. Introducción

En mayo de 2026 se confirmó un brote de ébola en la República Democrática del Congo (RDC) y Uganda causado por la cepa Bundibugyo, contra la cual aún no se cuenta con vacuna preventiva ni tratamiento específico. Al 18 de junio, la evaluación del brote concluye que el riesgo que este evento supone para la Región de las Américas se clasifica como "Bajo" con un nivel de confianza "Alto" según la información disponible.

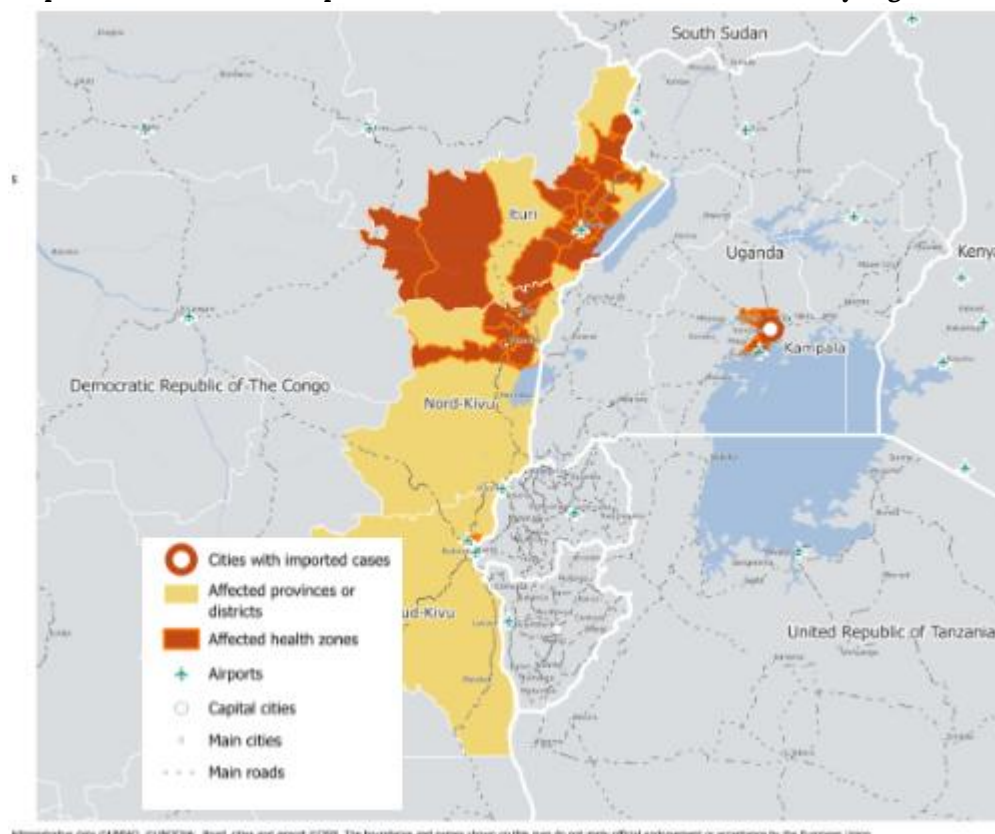
La enfermedad por el virus del Ébola (EVE) es una enfermedad viral grave, con alta letalidad que constituye un evento de importancia para la salud internacional. Se transmite por contacto directo con sangre, secreciones u otros fluidos corporales de personas infectadas, así como con superficies y materiales contaminados. Se caracteriza clínicamente por un cuadro agudo que puede incluir fiebre, debilidad, síntomas gastrointestinales y, en algunos casos, manifestaciones hemorrágicas. La confirmación diagnóstica se realiza mediante técnicas de laboratorio específicas, incluyendo RT-PCR para detección del genoma viral en muestras clínicas.

VI.2. Situación Internacional

El 25 de junio, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo (RDC) informó un total de 1155 casos confirmados, incluyendo 304 fallecimientos relacionados y 385 personas hospitalizadas en aislamiento. Por su parte, Uganda reportó 20 casos confirmados, incluyendo dos fallecimientos. El caso más reciente se informó el 21 de junio, y desde entonces no se han reportado nuevos casos. Entre los casos confirmados, 15 personas tenían vínculos de viaje con la RDC y 5 estaban asociadas con eventos de transmisión local. De las 9 personas con información geográfica conocida, 8 fueron reportadas en Kampala y 1 en el distrito vecino de Wakiso.

Dentro de la Unión Europea, el Ministerio de Salud de Francia notificó un caso confirmado de enfermedad por el virus del Ébola el 24 de junio. Este caso se suma a otro caso confirmado notificado el 19 de mayo en un ciudadano estadounidense que fue evacuado a Alemania para recibir tratamiento médico. Ambos casos fueron importados de zonas afectadas por el brote en curso en RDC.

Finalmente, en el continente americano, el Ministerio de Salud de Brasil descartó 2 casos sospechosos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) a finales de mayo. Uno de ellos en Río de Janeiro y el otro en São Paulo, ambos con antecedentes de viaje a República Democrática del Congo y a Uganda.

Mapa 1: Zonas afectadas por el brote de ébola en curso en RDC y Uganda. 21 junio 2026

VI.3. Situación nacional

El 23 de junio, la Gerencia de Epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) notificó en el SNVS 2.0 un caso sospechoso de EVE. Se trata de una mujer argentina, mayor de 60 años, que arribó al Aeropuerto Internacional de Ezeiza el 22 de junio vía San Pablo, Brasil. Ese mismo día comenzó a manifestar síntomas caracterizados por confusión, cefalea, fiebre y diarrea. La paciente manifestó tener antecedentes de viaje a Uganda, con visitas a los parques nacionales de Bwindi y Kibale, entre el 8 y 22 de junio.

Frente al cuadro y al antecedente, la paciente fue dejada en aislamiento y el caso se notificó para evaluación de sospecha de paludismo y de EVE. Las muestras primeramente inactivadas fueron procesadas por los Laboratorios Nacionales de Referencia del INEI-ANLIS, realizando pruebas de RT-PCR en tiempo real para virus Bundibugyo y panfilovirus, así como pruebas rápidas y moleculares para paludismo. Ambos análisis dieron resultados negativos en la primera y segunda muestras, permitiendo descartar la presencia de ambas enfermedades.

En el marco del abordaje diagnóstico integral, también se realizaron pruebas adicionales para confirmar o descartar otras enfermedades. Para meningitis y encefalitis se efectuó un panel molecular sobre muestra de líquido cefalorraquídeo, con resultados negativos para todos los patógenos evaluados. Para evaluar infecciones entéricas se utilizó primeramente un panel molecular gastrointestinal realizado sobre una muestra de materia fecal detectando *Escherichia coli enteropatógena* (EPEC), y posteriormente PCR en tiempo real para el gen *eae*. Para evaluar infección por rickettsias, se realizó ensayo de Inmunofluorescencia Indirecta para la detección y semicuantificación de anticuerpos IgG, con resultados negativos.

Actualmente, la paciente continúa internada con evolución clínica favorable. Se le continúan haciendo estudios para determinar el diagnóstico, de acuerdo con los protocolos vigentes y la evolución de la paciente.

La investigación epidemiológica incluyó la identificación y el seguimiento de los contactos del caso. Los contactos internacionales fueron oportunamente notificados a través del Centro Nacional de Enlace (CNE) de Argentina a sus países de residencia y al Punto de Contacto Regional de la OMS para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), en cumplimiento de lo establecido en el Art. 6 del RSI. Por su parte, los contactos residentes en el país fueron notificados a través de la Dirección de Epidemiología de la cartera sanitaria nacional a las jurisdicciones correspondientes (CABA, Provincia de Buenos Aires y Mendoza) a las jurisdicciones correspondientes para su seguimiento. Tras el descarte de enfermedad por virus del Ébola (EVE), se discontinuó el seguimiento de contactos.

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

VII. Introducción

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

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

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

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

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

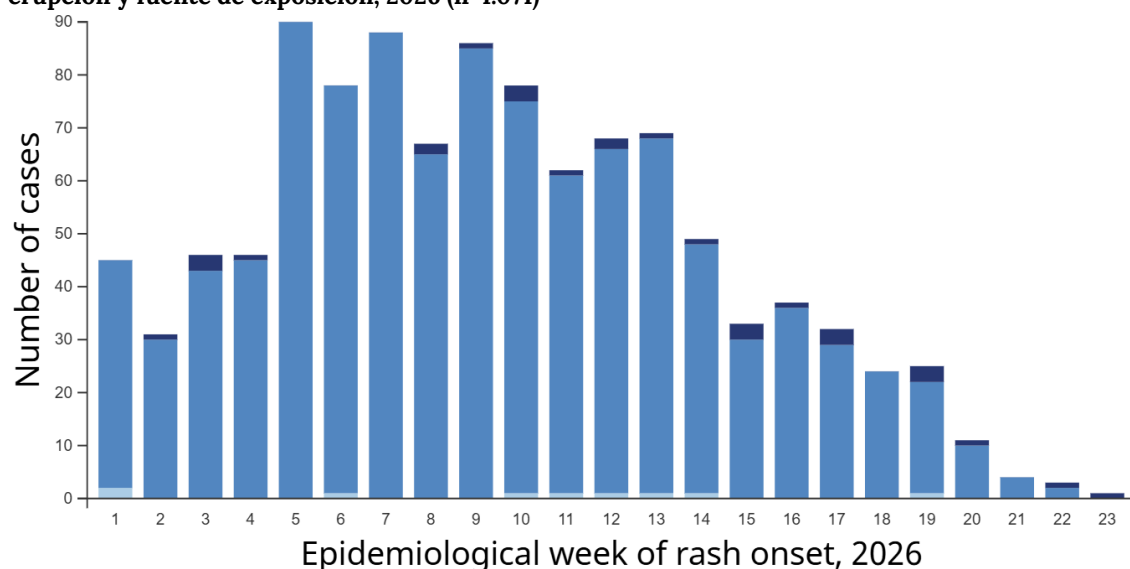
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

VII.1.A. CANADÁ²⁴

En 2026, se han notificado un total de 1.073 casos de sarampión (992 confirmados, 81 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 13 de junio del 2026.

En la semana 23 (del 7 al 13 de junio del 2026), se notificaron 3 nuevos casos de sarampión (3 confirmados y 0 probables).

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



VII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA²⁵

Al 25 de junio de 2026, se notificaron 2.134 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 2.122 casos fueron reportados por 41 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 12 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

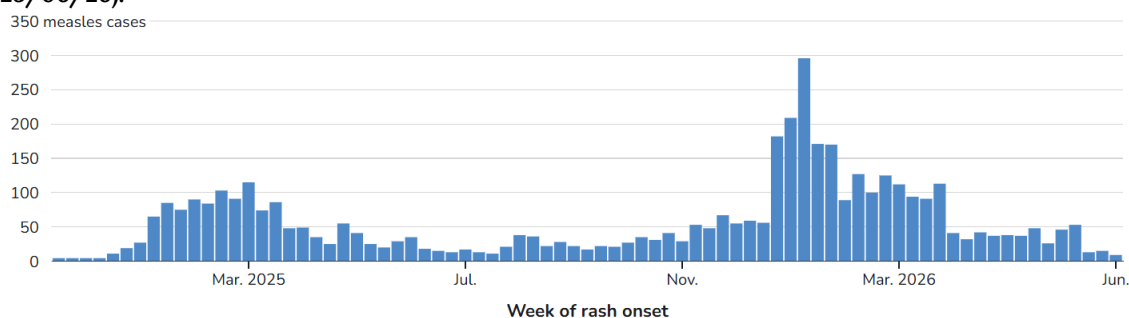
Se han notificado 30 **nuevos brotes** en 2026, y el 93% de los casos confirmados (1.982 de 2.134) están asociados a brotes (629 correspondientes a brotes en 2026 y 1.353 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.288 casos confirmados de sarampión. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

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

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

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

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 25/06/26).

VII.1.C. GUATEMALA²⁶

Al 16 de junio de 2026 se han confirmado 7.075 casos de sarampión y se encuentra vigente la “Alerta roja a nivel nacional por sarampión”, indicando que hay un brote activo y alto riesgo de expansión. Se registran 16.350 casos probables (por definición clínica o nexa epidemiológico).

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

VII.1.D. MÉXICO²⁷

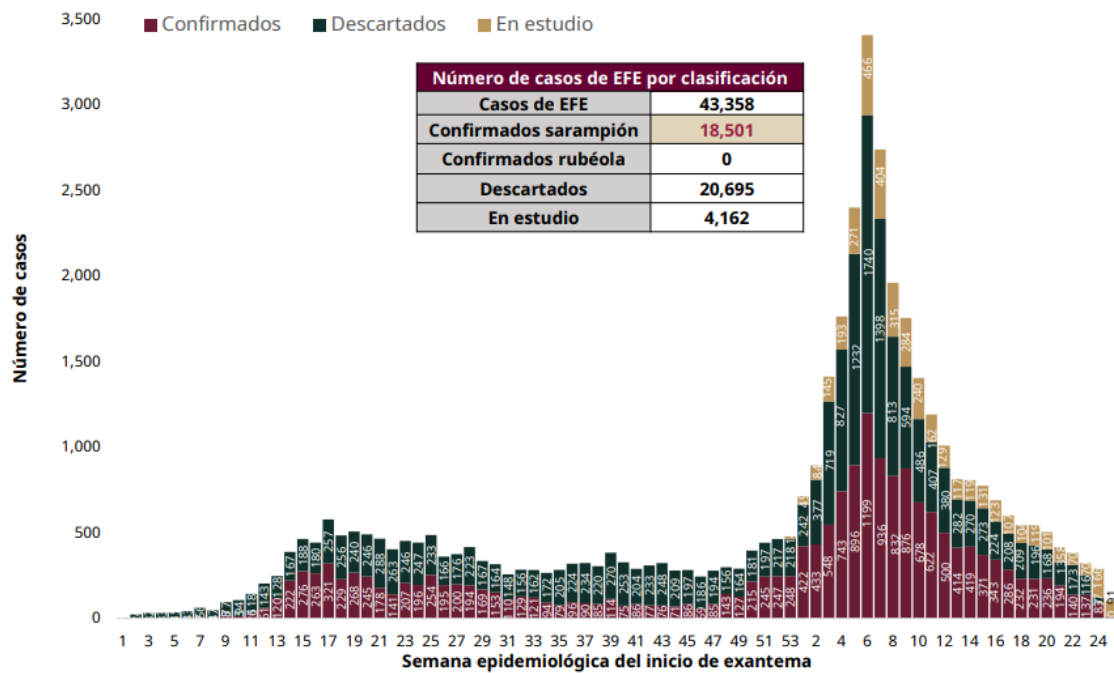
Al 11 de junio, se han reportado 18.501 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.436 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.157 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.113 casos).

Se han reportado 43 fallecimientos a la fecha.

²⁶ <https://saludjuntos.gt/>

²⁷ <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026?idiom=es>

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

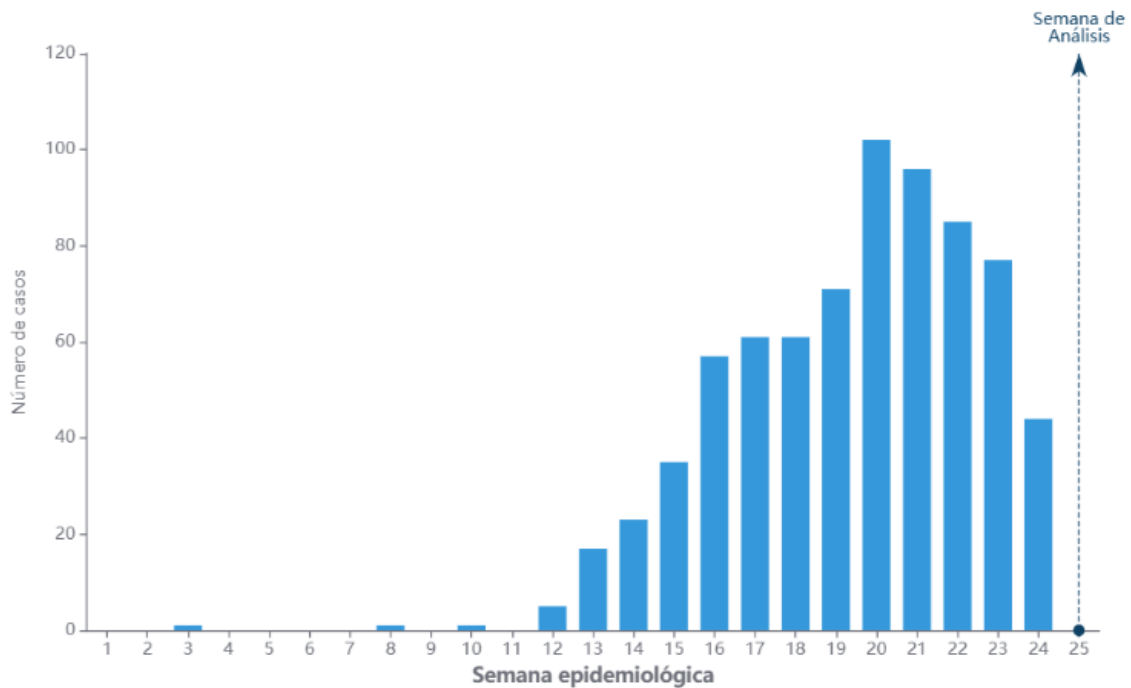


Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática.

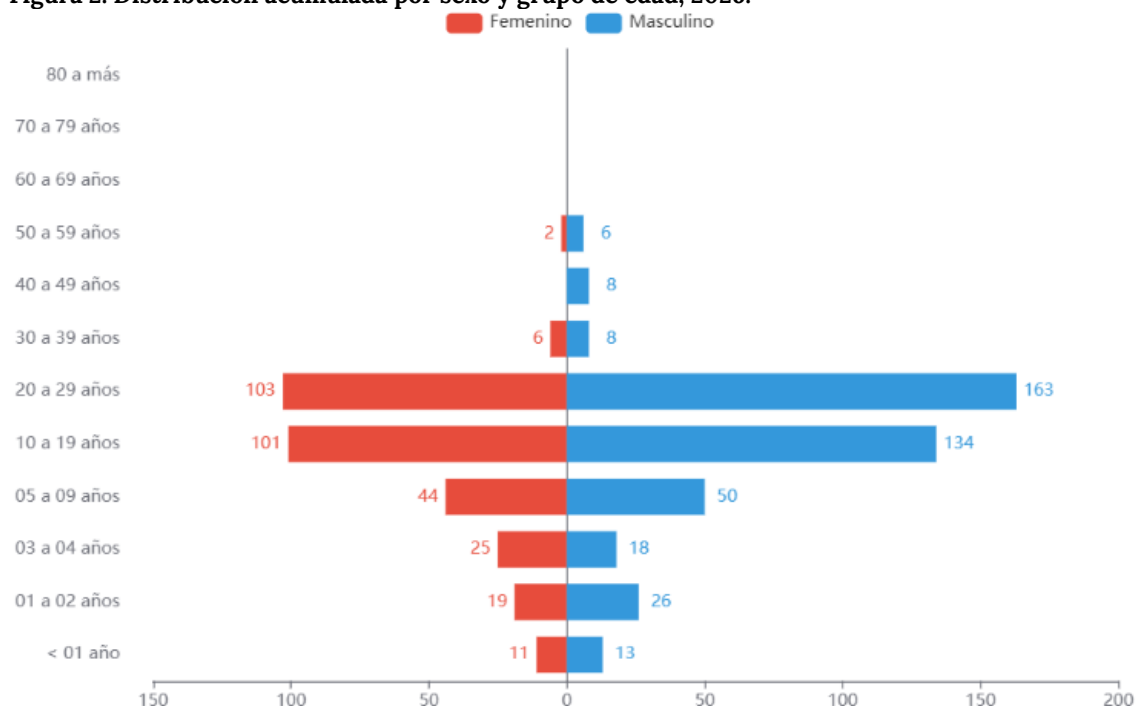
VII.1.E. PERÚ²⁸

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

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=737)



²⁸ https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/

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

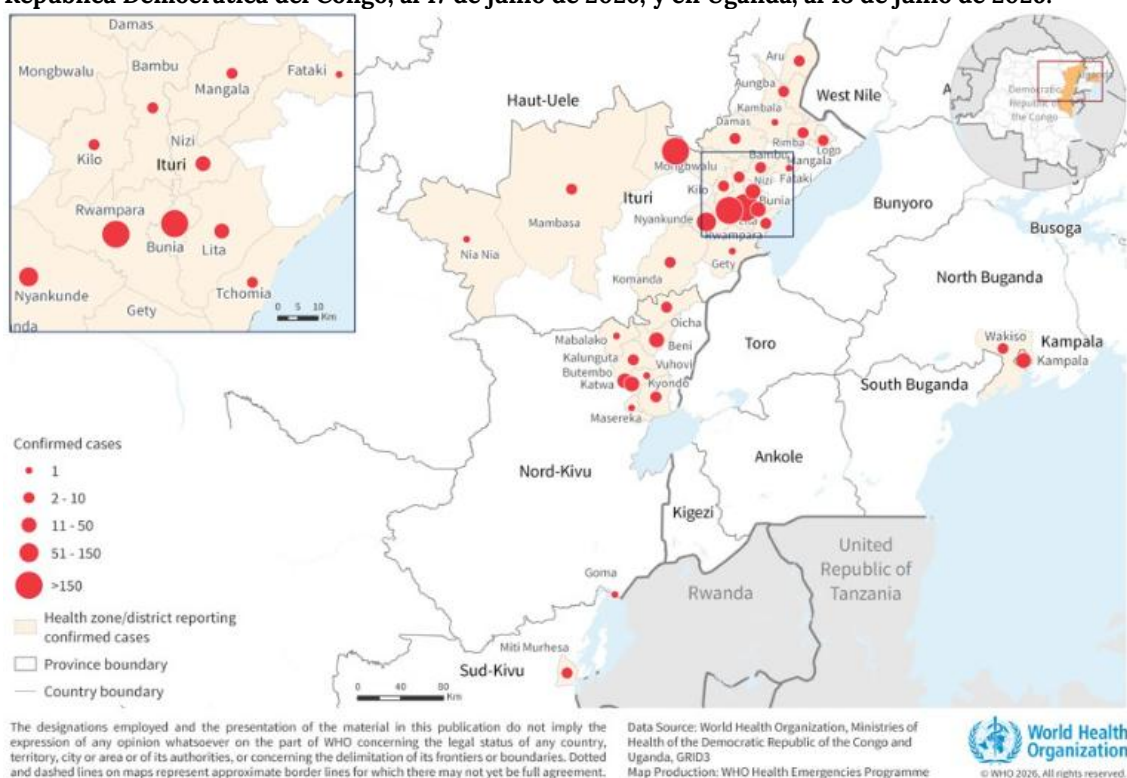
VII.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo, República Democrática del Congo y Uganda.

Recibido a través del CNE el 19/06/2026

Desde la publicación de la última actualización de Disease Outbreak News el 13 de junio de 2026, el número de casos confirmados y fallecimientos ha aumentado rápidamente en la República Democrática del Congo. En total, se han notificado 915 casos confirmados: 896 en la República Democrática del Congo y 19 en Uganda, así como 234 fallecimientos, incluidos dos en Uganda.

Al menos 88 pacientes se han recuperado de la enfermedad: 78 en la República Democrática del Congo y 10 en Uganda.

Figura 1. Distribución de los casos confirmados de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, al 17 de junio de 2026, y en Uganda, al 18 de junio de 2026.



República Democrática del Congo

Desde el 13 de junio, fecha en que se publicó la última actualización de Disease Outbreak News, se han notificado 220 casos confirmados adicionales, incluidos 96 fallecimientos confirmados, en la República Democrática del Congo. Este aumento se debe en parte a la ampliación de las capacidades de diagnóstico y pruebas de laboratorio, lo que ha permitido procesar muestras acumuladas que habían sido recolectadas previamente.

Al 17 de junio de 2026, se habían notificado un total de 896 casos confirmados, incluidos 232 fallecimientos (tasa de letalidad [TL] del 26%). La tasa de letalidad reportada probablemente esté subestimada, ya que muchas muertes ocurridas antes de la declaración del brote continúan bajo investigación. Hasta el momento, 78 pacientes se han recuperado.

Se han registrado casos en 33 zonas de salud de las provincias de Ituri (21 de 36 zonas de salud), Kivu del Norte (11 de 35 zonas de salud) y Kivu del Sur (1 de 34 zonas de salud).

El brote continúa concentrado en la provincia de Ituri, que representa el 91,1% (817) de los casos confirmados, con una tasa de letalidad del 22,7% (186/817). El mayor número de casos confirmados en esta provincia se ha notificado en las zonas de salud de Bunia (247 casos), Rwampara (195 casos), Mongbwalu (189 casos) y Nyankunde (68 casos).

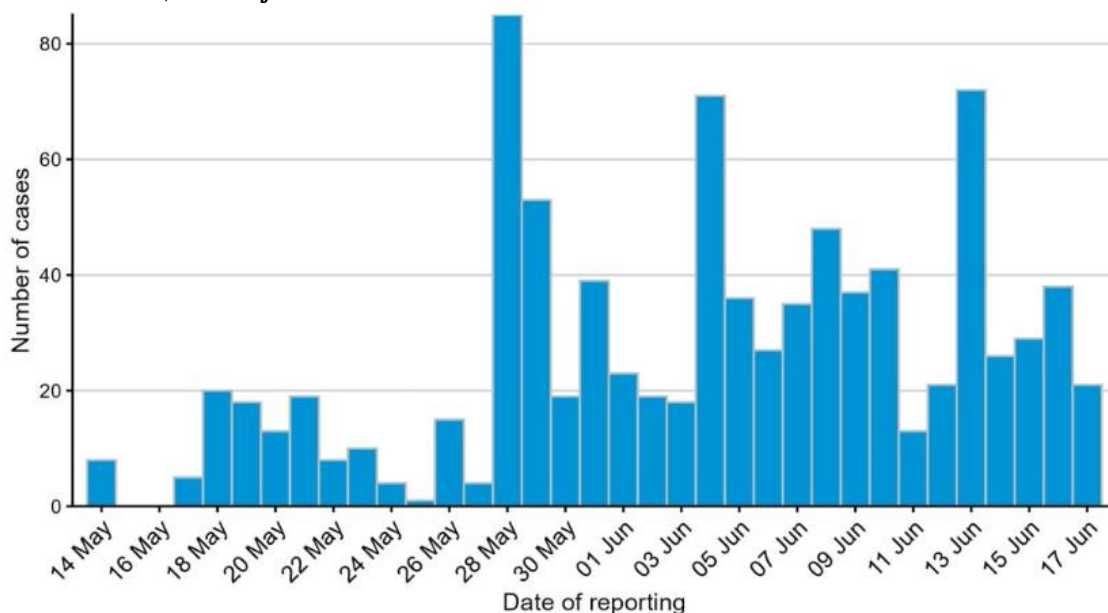
Hasta el momento, el epicentro del brote sigue siendo Ituri, donde al 17 de junio se notificaron nuevos casos confirmados en cuatro zonas de salud adicionales. Sin embargo, la identificación de casos en algunas de estas zonas recientemente afectadas podría reflejar una transmisión previamente no detectada más que una introducción reciente del virus. Las investigaciones epidemiológicas indican que la transmisión probablemente estaba ocurriendo en algunas de estas áreas varias semanas antes de que los primeros casos fueran confirmados y notificados. De los casos confirmados totales, 17 aún están pendientes de asignación a una zona de salud específica.

Al 17 de junio, se habían identificado 6367 contactos y se encontraban bajo seguimiento en las provincias de Ituri (4659), Kivu del Norte (1628) y Kivu del Sur (80). De ellos, 4525 contactos habían sido efectivamente monitoreados, lo que corresponde a tasas de seguimiento del 70,8 % en Ituri, 70,5% en Kivu del Norte y 100% en Kivu del Sur.

El brote se desarrolla en un entorno humanitario complejo y afectado por conflictos, caracterizado por poblaciones altamente móviles y frecuentemente desplazadas, que a menudo carecen de acceso a servicios básicos como alimentos, agua potable, refugio, atención sanitaria y protección. Esta situación incrementa el riesgo para las poblaciones que viven en campamentos de desplazados internos con condiciones de hacinamiento.

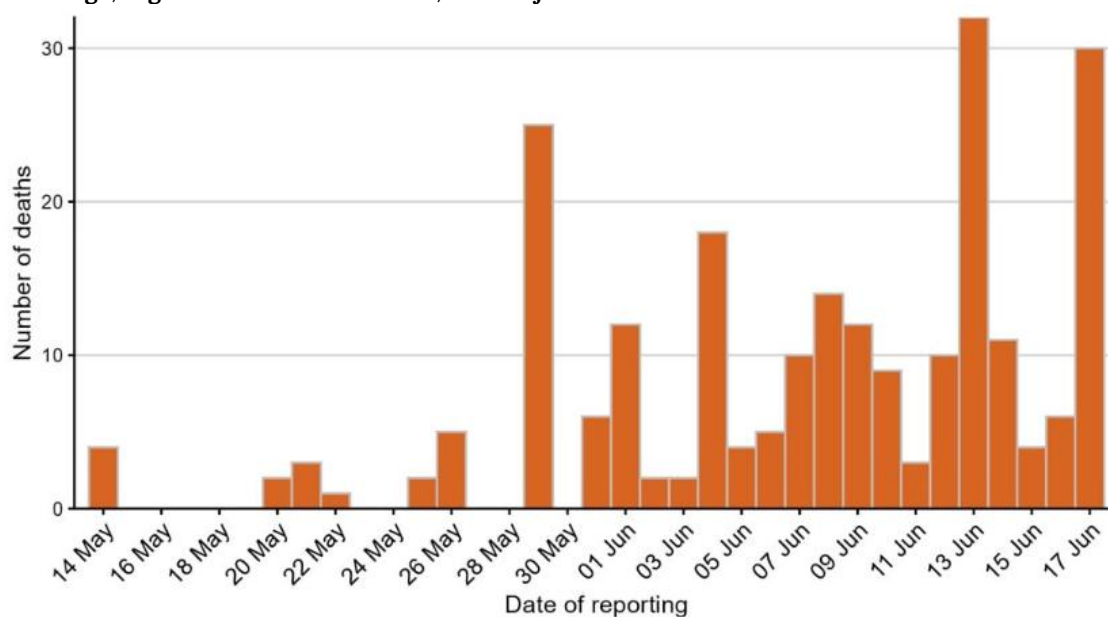
Estas dinámicas, sumadas al aumento de incidentes de seguridad que afectan a los establecimientos de salud, han generado desafíos operativos adicionales en las provincias afectadas, incluyendo restricciones de acceso para los equipos de respuesta, interrupciones en las actividades de vigilancia y control, y un mayor riesgo de transmisión no detectada. Estas condiciones resaltan la necesidad de que las acciones de respuesta sean lideradas por actores locales y estén firmemente arraigadas en las comunidades.

Figura 2. Número de casos confirmados (n = 896) en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 17 de junio de 2026.



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

Figura 3. Número de fallecimientos entre los casos confirmados (n = 232) en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 17 de junio de 2026.



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

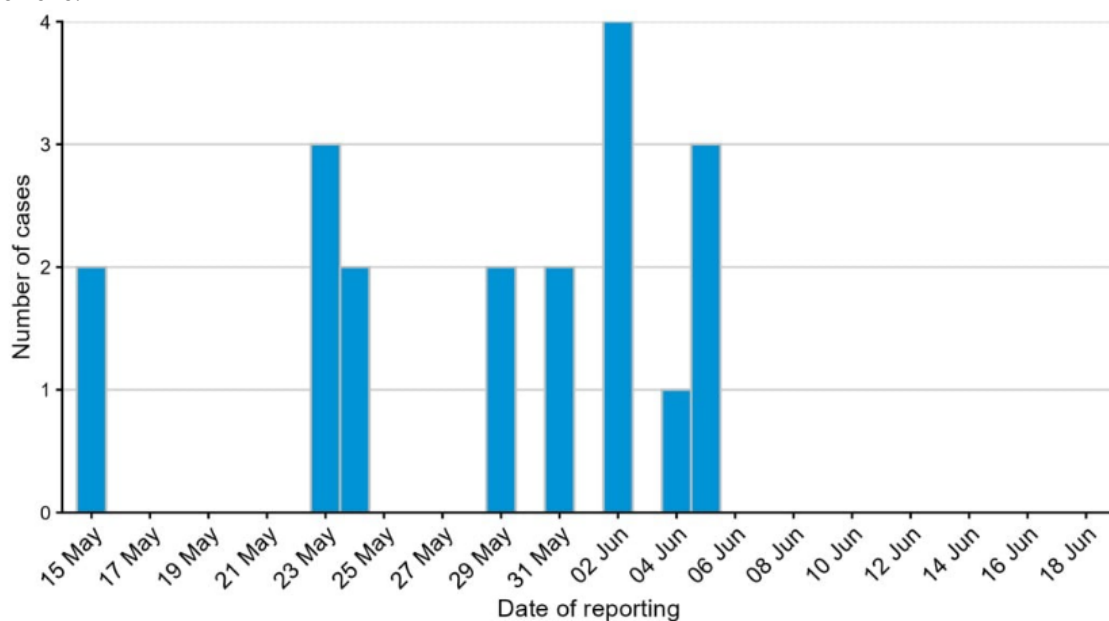
Uganda

El último caso confirmado fue identificado, según los informes, el 5 de junio de 2026. Al 18 de junio de 2026, se habían notificado un total acumulado de 19 casos confirmados, incluidos dos fallecimientos entre los casos importados (reportados el 15 de mayo y el 5 de junio), además de un caso probable fallecido.

De los casos confirmados, 14 corresponden a casos importados y cinco a transmisión secundaria entre contactos y trabajadores de la salud, asociados a casos importados desde la República Democrática del Congo. Los casos se han notificado en dos distritos, Kampala y Wakiso, ambos pertenecientes al Área Metropolitana de Kampala.

Hasta la fecha, no se ha documentado transmisión comunitaria en Uganda. Los riesgos de exposición están asociados principalmente a entornos de atención sanitaria y a los movimientos transfronterizos. Tras una reclasificación de casos, el número de trabajadores sanitarios afectados se ajustó de cinco a cuatro. En total, se han notificado 10 recuperaciones.

De los 826 contactos identificados al 18 de junio, un total de 122 permanecían bajo seguimiento activo, mientras que 694 habían completado el período de seguimiento de 21 días.

Figura 4. Número de casos confirmados (n = 19) en Uganda, según fecha de notificación, al 18 de junio de 2026.

Source = Ministry of Health Uganda

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON608>

VII.3. Fiebre amarilla. Situación global

Recibido a través del CNE el 24/06/2026

A nivel mundial, durante 2025 y los primeros meses de 2026, la transmisión selvática de la fiebre amarilla (FA) en las zonas de alto riesgo ha estado fuertemente influenciada por las precipitaciones, la temperatura y la ecología de los mosquitos. En 2025, la situación epidemiológica se caracterizó por una transmisión sostenida en África y un notable aumento en las Américas, incluyendo la propagación hacia zonas consideradas de menor riesgo.

Región de África: Veintiséis países de la Región Africana de la OMS y uno de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS son considerados de alto riesgo para fiebre amarilla según la clasificación de la estrategia EYE (Eliminate Yellow Fever Epidemics). De estos 27 países, 26 han incorporado la vacuna contra la fiebre amarilla en sus esquemas rutinarios de inmunización; sin embargo, la cobertura en muchos de ellos permanece por debajo de los objetivos establecidos, con una cobertura promedio regional del 65 % en 2024.

Desde 2023, ocho países sin actividad reciente han detectado nuevos casos, lo que indica circulación viral en áreas con baja cobertura de vacunación y capacidad limitada de vigilancia. En 2025 se registraron dos brotes (en Angola y en la República Centroafricana), además de varios eventos que requirieron campañas de vacunación de emergencia. Entre enero y mayo de 2026 se notificaron 16 casos confirmados en tres países (Burkina Faso, República Centroafricana y Camerún), mientras que en otros cinco países (Angola, Costa de Marfil, Gabón, Ghana y Nigeria) se informaron casos sospechosos adicionales que continúan bajo investigación. La mayoría de las infecciones están relacionadas con la transmisión selvática persistente que se extiende hacia comunidades rurales con baja cobertura de inmunización. La recurrencia de estos eventos está ejerciendo presión sobre los sistemas de salud y aumentando el riesgo de propagación transfronteriza.

Región de las Américas: Los 13 países considerados de alto riesgo para fiebre amarilla según la clasificación de la estrategia EYE incluyen la vacuna en sus programas rutinarios de inmunización, aunque las coberturas varían considerablemente entre países. Tras una

actividad limitada durante 2024, la transmisión aumentó de forma marcada en 2025, incluso en áreas que no habían notificado casos durante décadas. La región registró 241 casos y 100 fallecimientos entre finales de 2024 y comienzos de 2025, lo que representa un incremento de ocho veces respecto al año anterior. Entre enero y mayo de 2026, seis países (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) notificaron 79 casos confirmados. Colombia fue el país más afectado, principalmente debido a exposiciones en entornos selváticos y a desplazamientos de viajeros no vacunados. La idoneidad ecológica para los vectores, las coberturas de vacunación desiguales, el aumento de la movilidad humana y la expansión de áreas urbanas hacia ambientes boscosos continúan favoreciendo la transmisión viral.

Otras regiones: Fuera de África y las Américas, el riesgo de fiebre amarilla está asociado principalmente a casos importados, ya que no existen ciclos de transmisión local establecidos. Muchos países exigen comprobantes de vacunación a los viajeros procedentes de zonas de riesgo. Aunque no se detectaron casos importados durante 2025 y 2026, la transmisión persistente en otras regiones, la expansión de los hábitats de los vectores, la rápida urbanización y la elevada movilidad internacional hacen que el riesgo de introducción del virus continúe presente. El impacto de cualquier caso importado dependerá de la rapidez en su detección y de la capacidad de respuesta en áreas donde existan mosquitos vectores competentes.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON610>

VII.4. Enfermedad por virus Nipah - India

Recibido a través del CNE el 25/06/2026

El 11 de junio de 2026, la OMS fue informada de un caso de infección por virus Nipah confirmado por laboratorio en el distrito de Kozhikode, estado de Kerala. Los resultados positivos iniciales se obtuvieron mediante pruebas de PCR realizadas en laboratorios locales y posteriormente fueron confirmados mediante RT-PCR por el Instituto Nacional de Virología de Pune.

El caso corresponde a un hombre adulto residente del distrito de Kozhikode. Comenzó con síntomas el 30 de mayo de 2026 y fue hospitalizado el 10 de junio de 2026. La presentación clínica fue predominantemente neurológica, sin síntomas respiratorios reportados antes de la intubación. El paciente permanece en una unidad de cuidados intensivos bajo asistencia ventilatoria mecánica.

Tras la confirmación del caso, se inició una amplia investigación y rastreo de contactos. Al 18 de junio de 2026, se habían identificado un total de 104 contactos, incluidos cuatro de muy alto riesgo, 14 de alto riesgo y 86 de bajo riesgo. Entre ellos, 45 son trabajadores de la salud y de atención sanitaria. Todos los contactos se encuentran bajo monitoreo activo con seguimiento regular y, hasta la fecha, no se han notificado casos secundarios.

Este evento sigue un patrón de brotes recurrentes de virus Nipah en Kerala, incluido el distrito de Kozhikode, desde que se notificó el primer brote en 2018. Posteriormente se registraron brotes adicionales en 2019, 2021, 2023, 2025 y 2026, según la Alerta de Enfermedades Transmisibles del Centro Nacional para el Control de Enfermedades (NCDC).

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON609>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

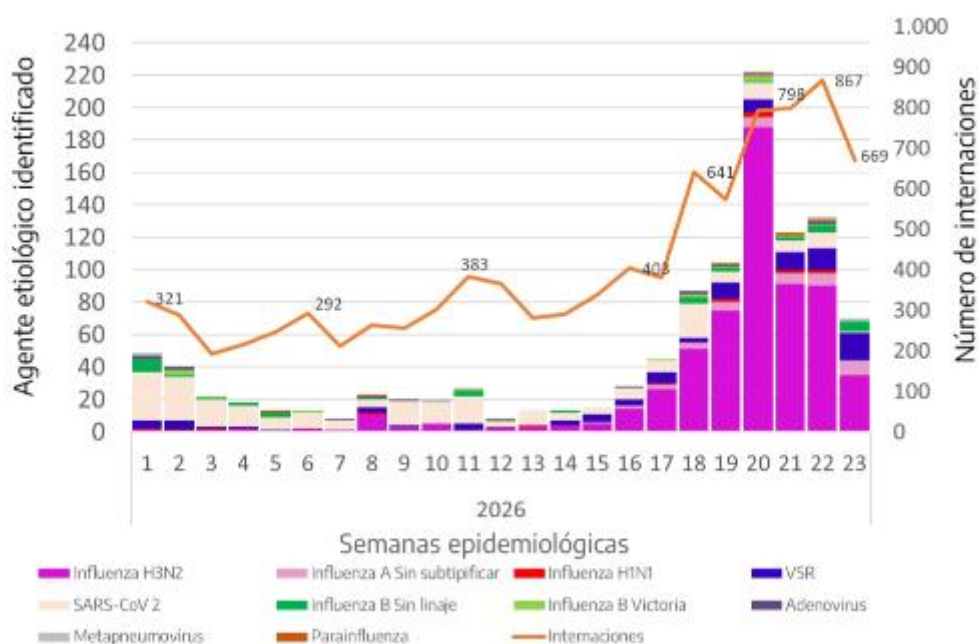
VIII. Boletines Jurisdiccionales

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

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



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



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

Para más información:

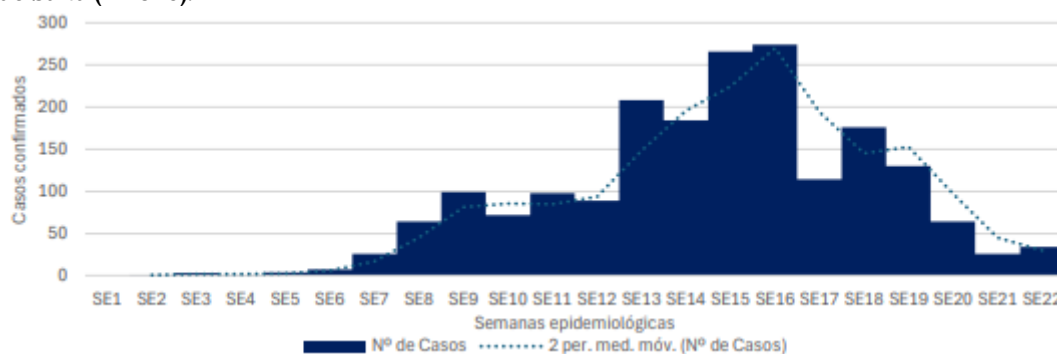
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VIII.2. Salta: Chikungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 22, se notificaron 1940 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El primer caso se confirmó en la SE 2, varón de 16 años, residente en Rosario de la Frontera. Presentó antecedente de viaje a Santa Cruz de la Sierra (Bolivia).



Chikungunya : casos confirmados por semana epidemiológica. (SE 1 hasta SE 22). Año 2026. Provincia de Salta (n=1940).



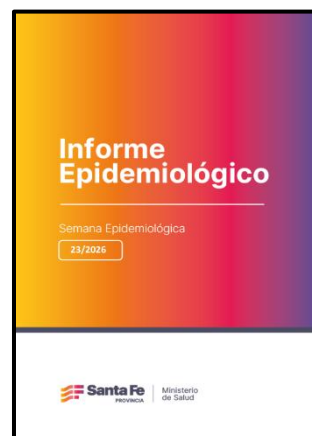
Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0. NOTA: 2 per.med. móv. = media de casos entre dos semanas epidemiológicas.

Para más información:

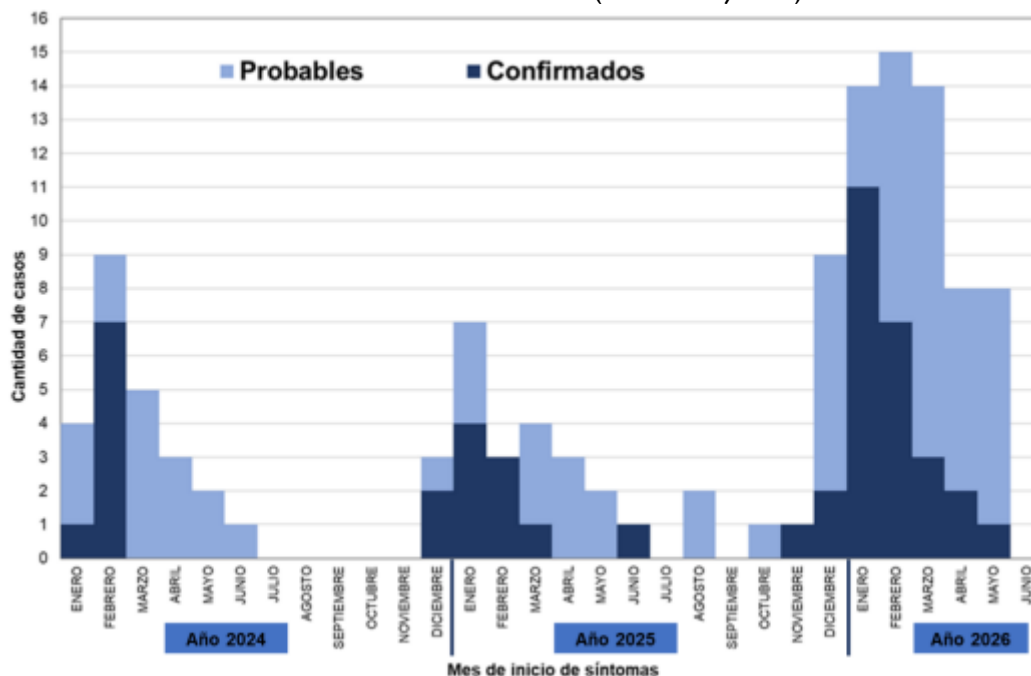
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

VIII.3. Santa Fe: Psitacosis

En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE23/2026) fueron notificados 115 casos de Psitacosis, de los cuales 59 casos (51%) corresponden a casos confirmados o probables.



Distribución de casos confirmados (n= 46) y probables (n= 73) de Psitacosis según mes de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE23/2026), N= 119



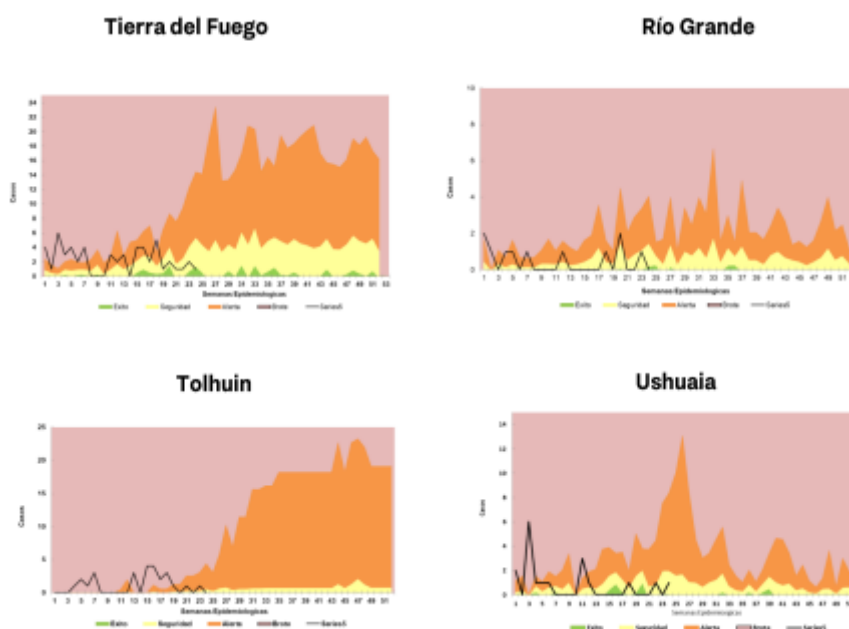
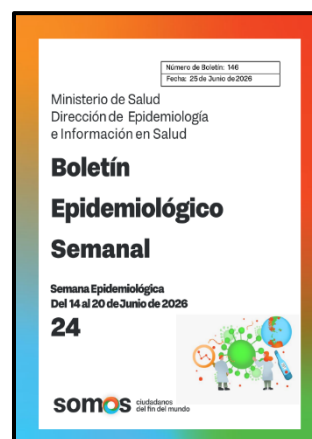
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Para más información:

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

VIII.4. Tierra del Fuego: Varicela

La incidencia de Varicela a nivel provincial se encuentra en zona de seguridad. En la semana 24 se notificó 1 caso en Ushuaia.



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

Para más información:

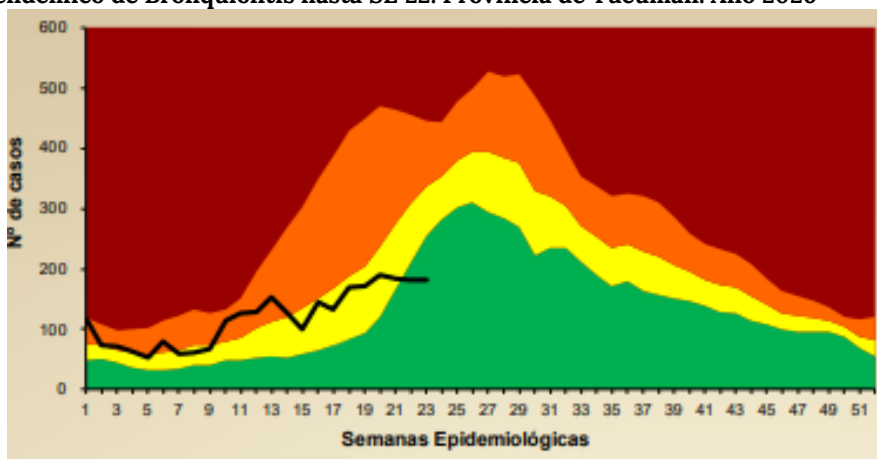
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

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

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 23 se notificaron 181 casos.



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



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Junio	Coccidioidomicosis	Clínica	Tratamiento	Se inhabilita: “Anfotericina B”.
		Laboratorio	Determinación	Se inhabilita: “Detección molecular de Coccidioides”, “”
			Técnica	Se deshabilita: “Inmunoensayo enzimático (EIA)”, “Inmunodifusión (IMDF)”, “Aglutinación de látex”, “PCR”, “Cultivo”, “Histopatología”, “Contrainmunolectroforesis”, “Inmunocromatografía”.
	Contacto asintomático - Estudio de infección por STEC	Laboratorio	Determinación / Técnica	Se adiciona la técnica: “PCR de Tamizaje” a la determinación: “Tamizaje de EIEC (E. coli enteroinvasiva)/Shigella - IpaH”.
Enfermedad por Virus Ébola	Laboratorio	Determinación / Técnica	Se adicionan las determinaciones: “genoma viral de virus Ébola”, “Genoma viral de virus Marburg” y “Genoma viral de viral de Bundibugyo”, con la técnica “RT-qPCR”.	

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
	Exposición/Intoxicación por plaguicidas de usos doméstico y el agrícola	Clínica	Resultado de tratamiento	Se adiciona: "Tratamiento completo", "Tratamiento en curso", "Tratamiento incompleto por abandono" y "Tratamiento incompleto por efecto adverso"
	Parotiditis			
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio	Determinaciones	Se adiciona: "Técnica: MALDI-TOF" para la determinación: "Confirmación Salmonella spp".
	Hantavirus	Laboratorio	Muestras	Se adiciona: "Hisopado nasofaríngeo (diagnóstico)", "Semen".
	Histoplasmosis	Laboratorio	Muestras	Se adicionan: "Materia fecal" y "Biopsia orofaríngea".
			Determinación	Se deshabilita: "Observación de estructuras de Histoplasma"
			Técnica	Se deshabilita: "Coloración de Giemsa". "Coloración con PAS", "Inmunohistoquímica (IHQ)", "Coloración Grocott/Metenamina Plata" y "Coloración H-E". Se adicionan: "PCR de punto final específica", "Secuenciación multilocus" y "PCR panfúngica".
			Resultado	Se adicionan: "Desarrolla", "No desarrolla", "Se observa banda específica de Histoplasma capsulatum", "No se observa banda específica de Histoplasma capsulatum", "LAmB", "LAmA", "Linaje Tukma", "Se observa banda de no identidad", "No se detecta"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
				ADN fúngico”, “No identificable”, “Prueba no válida”, “Histoplasma capsulatum”, “Detectable”, “No detectable”
		Epidemiológica	Factores de riesgo	Se adicionan los siguientes: “Edad avanzada”, “Contacto con heces de aves y/o murciélagos”, “Residente o viajero de zonas endémicas”.
			Ocupaciones	Se adicionan las siguientes: “Minería”, “Espeleología”, “Trabajo rural”, “Trabajador de la construcción”, “Control de plagas”, “Trabajador de compost”, “Trabajador criadero de aves”, “Personal de laboratorio de Micología”, “Jardinero”.
	Leishmaniasis mucosa	Clínica	Tratamiento	Se adiciona: "pentoxifilina"
	Meningoencefalitis	Epidemiología	vacunas	Se adiciona: “Antineumocócica VCN20 constatada”
	Otras infecciones invasivas			
	Paludismo	Laboratorio	Determinaciones/ Técnica	Se reemplaza la técnica “Nested PCR” por “PCR multiplex en tiempo real” Se adiciona la determinación: “Antígeno Parasitario” con la técnica: “Inmunocromatografía”.
	Psitacosis	Evento	Clasificaciones de caso	Se adiciona: “Caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico-laboratorial”

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
	Tuberculosis	Laboratorio	Resultados	Se adiciona: "1 a 9 BAAR por campo en 100 campos"
	Vigilancia Genomica de SARS COV 2	Laboratorio	Resultados	Se quita: "Omicron BA.2.86*", "Omicron JN.1.18 (VUM)", "Omicron JN.1.7 (VUM)", "Omicron KP.2 (VUM)", "Omicron KP.3 (VUM)", "Omicron LB.1 (VUM)", "Omicron LP.8.1 (VUM)", "Omicron XEC (VUM)". Se incorpora: "Omicron BA.3.2 (VUM)"

X. Comenzó en Neuquén el Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo y Acciones de Salud Pública (EpiAR)



Con el propósito de fortalecer las capacidades de vigilancia epidemiológica en la Provincia del Neuquén, se puso en marcha el ciclo de capacitaciones del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo y Acciones de Salud Pública (Epi-AR), destinado a los equipos de salud que desempeñan funciones de vigilancia y respuesta sanitaria.

Se trata de una estrategia de fortalecimiento que tiene una duración de 3 meses y está diseñada para mejorar las competencias en epidemiología de campo del personal del sistema de salud local.

La actividad contó con la participación de autoridades del Ministerio de Salud provincial, referentes de epidemiología y profesionales de distintas regiones sanitarias. La capacitación fue coordinada conjuntamente por los equipos de la Dirección de Epidemiología de la Nación y de Neuquén.

La propuesta tiene como finalidad mejorar las competencias técnicas de los profesionales encargados de la detección, notificación y respuesta ante eventos de importancia para la salud pública. Asimismo, busca identificar fortalezas y necesidades de capacitación dentro del sistema de salud, promoviendo un abordaje integral que contemple la salud humana, animal y ambiental.

El objetivo es fortalecer las capacidades locales para la detección temprana, el análisis de información epidemiológica y la respuesta oportuna frente a situaciones que puedan representar un riesgo para la salud de la población.

La estrategia formativa se basa en la metodología del Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo de Primera Línea (Frontline FETP), impulsado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, con el apoyo de TEPHINET (Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network) y la Red Suramericana de Epidemiología de Campo (REDSUR).

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



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

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



Disponible
del 21/4 al 21/7 de 2026

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

INSCRIPCIONES EN:



<https://forms.gle/vsJaDz7DM3aKCY5a8>

Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com



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

Duración: 30 horas

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

XII. Curso Vigilancia y notificación de Dengue



 **CURSO VIRTUAL**

Vigilancia y notificación de dengue

Modalidad Autoadministrada - Plataforma Virtual de Salud

Destinado a personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica

 Inscripciones hasta el 16/7/2026:

Duración 30 horas



Consultas: cursos.direpizacion@gmail.com



Ministerio de Salud
República Argentina

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

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/XEU6XANre1rbdLMT9>