ISNN:2422-698X (en línea)
ISNN:2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **817**

Semana epidemiológica 27
AÑO 2026
Desde 05/06 al 11/07
Fecha de publicación
20/07/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

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 Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

El lavado de manos es la medida más costo efectiva para la prevención de enfermedades respiratorias. Foto tomada del banco de imágenes libres de derecho.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°817, SE 27.

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 González 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 reúne las principales actualizaciones sobre eventos de notificación obligatoria, incorporando información epidemiológica nacional, regional e internacional para acompañar el análisis de la situación sanitaria y la toma de decisiones en los distintos niveles del sistema de salud.

Como en cada número, el boletín presenta la actualización de la tabla de eventos priorizados, junto con la metodología de análisis y los criterios utilizados para la clasificación de la situación epidemiológica. En esta edición, los eventos priorizados incluyen la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y del dengue y otros arbovirus. La sección dedicada a las infecciones respiratorias integra información clínica, centinela y de laboratorio, incorpora la caracterización genómica de influenza realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia y reúne las recomendaciones vigentes para la prevención y el control, la vigilancia epidemiológica, la vacunación antigripal y el tratamiento antiviral. Por su parte, la actualización sobre dengue y otros arbovirus presenta la situación regional, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026 y el seguimiento de dengue, fiebre chikungunya y otros arbovirus en Argentina.

La edición incluye además una actualización de las alertas y comunicaciones internacionales, con información sobre la situación epidemiológica del sarampión en la Región de las Américas, permitiendo contextualizar la evolución regional de este evento y su relevancia para la vigilancia epidemiológica.

Finalmente, se presentan contenidos destacados de los boletines jurisdiccionales, con información sobre triquinosis, chikungunya, infecciones respiratorias agudas y bronquiolitis en menores de dos años, junto con herramientas destinadas a fortalecer las capacidades de vigilancia, entre ellas las actualizaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la novena edición de las Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud.

La integración de estos contenidos refleja el trabajo conjunto de los equipos nacionales y jurisdiccionales para sostener una vigilancia epidemiológica oportuna, fortalecer el análisis de los eventos de notificación obligatoria y favorecer la disponibilidad de información de calidad para la planificación y la respuesta 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.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 14
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 14
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 15
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 15
IV.3.B. Neumonía 17
IV.3.C. Bronquiolitis 18
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 19
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 23
IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 25
IV.5.A. Secuenciacion genomica de influenza a(h3n2) 2025-2026 26
IV.5.B. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 24/2026. 26
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 30
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 30
IV.6.B. Vigilancia epidemiológica 30
IV.6.C. Recomendaciones para la población 32
IV.6.D. Vacunación antigripal 32
IV.6.E. Tratamiento antiviral 33
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus **35**
V.1. Situación regional 35
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 36
V.3. Situación de dengue en Argentina 38
V.3.A. Temporada 2025/2026 38
V.3.B. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada. 39
V.3.C. Casos Probables 39
V.3.D. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 40
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 42
V.4.A. Caracterización clínica de los casos de chikungunya. 45
V.5. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 45
V.5.A. Encefalitis arbovirales 45
V.5.B. Otros arbovirus 47

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES **50**
VI. Introducción **51**
VI.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 51
VI.1.A. Canadá 51
VI.1.B. Estados Unidos de América 52
VI.1.C. México3F 53
VI.1.D. perú3F 53

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **55**
VII. Boletines Jurisdiccionales **56**

VII.1. Buenos Aires: Triquinosis 56
VII.2. Salta: Chikungunya 57
VII.3. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 58
VII.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 59

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 60
VIII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 61
IX. Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 9° Edición 62

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Actualización de la tabla de eventos priorizados

III.1. Fundamentación

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.

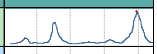
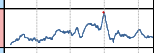
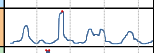
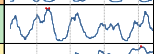
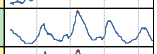
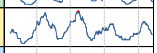
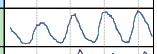
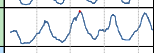
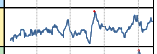
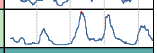
III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 27 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE27	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)	102	324	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	3	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	400	420	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	76	95	En aumento	En aumento	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	78	90	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	7393	10743	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	224	172	Por debajo de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	100	95	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	4	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3109	3788	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	423	525	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	27	24	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	60	79	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hantavirosis	34	51	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Leptospirosis	92	170	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	71	74	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE27**	**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	21	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	441	472	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	807	633	Por debajo de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	4515	5810	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	24	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	31	53	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B	300	343	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis C	593	688	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	2	9	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	14038	25825	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	15	14	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	733	705	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	10	12	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	5	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	18	33	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	5	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	3868	6544	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	166	272	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	44	13	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	5358	6436	En aumento	Dentro de lo esp.	

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1.Nota Metodológica

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

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

IV.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS[1]

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.2. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) presentan un ascenso desde la SE 9, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22, con un descenso posterior. Los casos de neumonía se encuentran en aumento desde la SE8, permaneciendo en valores de alerta desde la SE15 hasta la SE22. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados, con tendencia ascendente desde SE15.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios - UMA), durante 2026 se observó a partir de la SE12 un incremento en el número de casos de influenza y en el porcentaje de positividad, con un mayor número en las SE22 y 24. En la SE27, se registró un 33,6% de positividad. En relación con SARS-CoV-2, en lo que va de 2026 los casos se mantienen en niveles bajos, luego del ascenso registrado durante

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

2025. Respecto del VSR, se registran detecciones de 26 casos positivos identificados en las últimas 4 semanas de 2026.

En relación con la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), en las 27 SE transcurridas de 2026 se registraron 3.823 internaciones con diagnóstico de IRAG, con tendencia ascendente a partir de la SE10, 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 152 casos positivos entre los 675 casos de IRAG estudiados, seguida en frecuencia por VSR (n=101) y SARS-CoV-2 (n=3). Además, se notificaron 4 codetecciones de influenza y VSR.

Con respecto a la vigilancia universal de virus respiratorios, en 2026 las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de la SE 10 se registró un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Predominó A(H3N2), que comenzó su circulación en las últimas SE de 2025. El mayor número de casos se registró en las SE21 y 22, luego de las cuales comenzó a descender. Las detecciones de VSR experimentan un aumento desde la SE 13. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior, continuando en niveles bajos en lo que va de 2026. En la última semana analizada, SE24/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente Influenza, seguido de VSR, metapneumovirus, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.

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 10. El mayor número se registró en la SE22, luego de la cual comenzó a descender. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un aumento a partir de la SE 13. En la SE25 no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 112 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

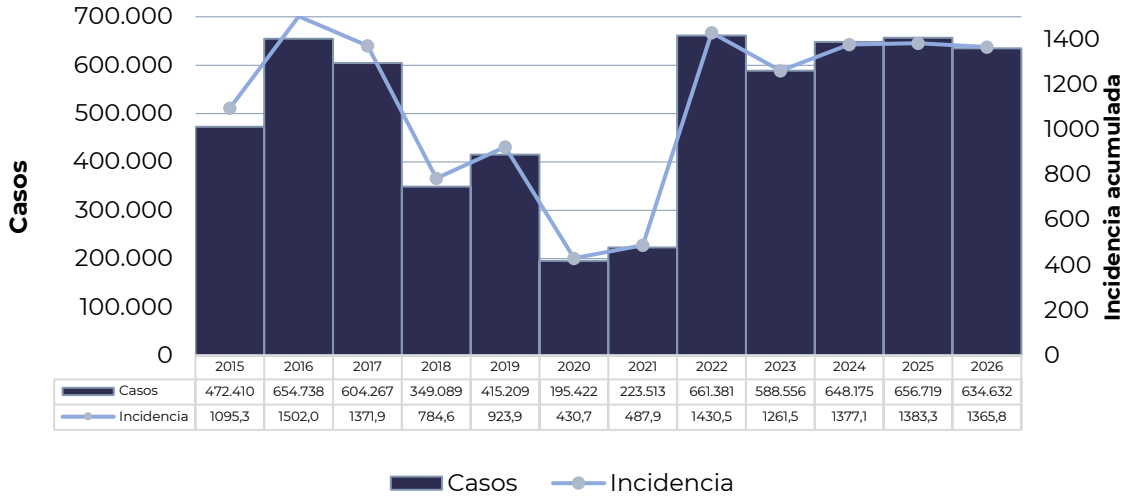
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 26 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 634.632 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1365,8 casos/ 100.000 habitantes.

Para el período 2016–2026, el mayor número de notificaciones de ETI se registró en 2022, seguido por 2016 y 2024. El año en curso presenta una tasa incidencia en valores comparables a los de los dos años previos, ligeramente superior a la registrada en 2023.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de ETI por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE26. Argentina[2].

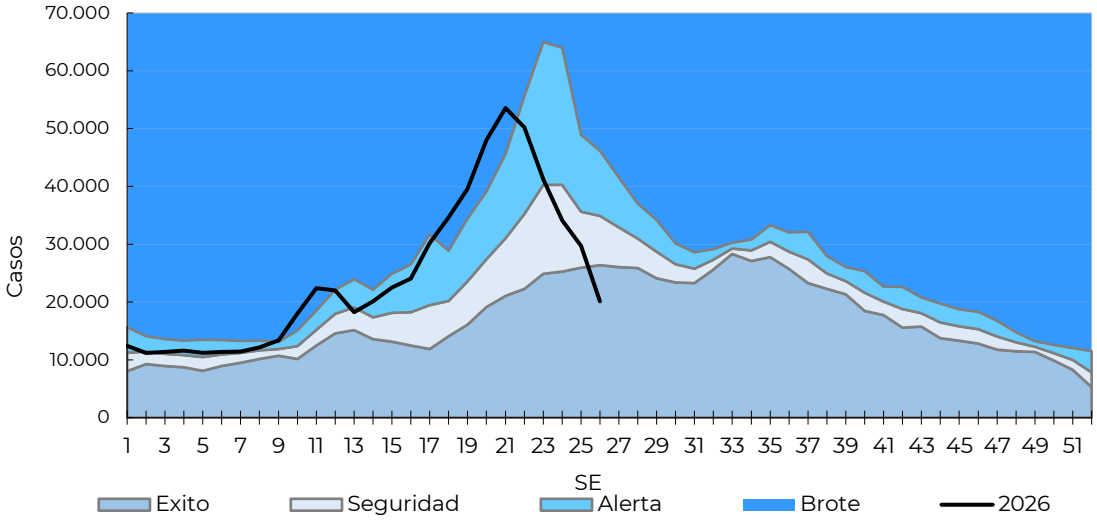


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	472.410	654.738	604.267	349.089	415.209	195.422	223.513	661.381	588.556	648.175	656.719	634.632
Incidencia	1095,3	1502,0	1371,9	784,6	923,9	430,7	487,9	1430,5	1261,5	1377,1	1383,3	1365,8

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

En relación con el corredor endémico de ETI, las notificaciones se mantuvieron entre los niveles de seguridad y alerta durante las primeras semanas del año. Desde la SE9 se registró un ascenso de los casos, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22, con oscilaciones entre semanas. Desde la SE22 registra tendencia descendente de las notificaciones.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 26 de 2026[3]. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS [2.0].

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

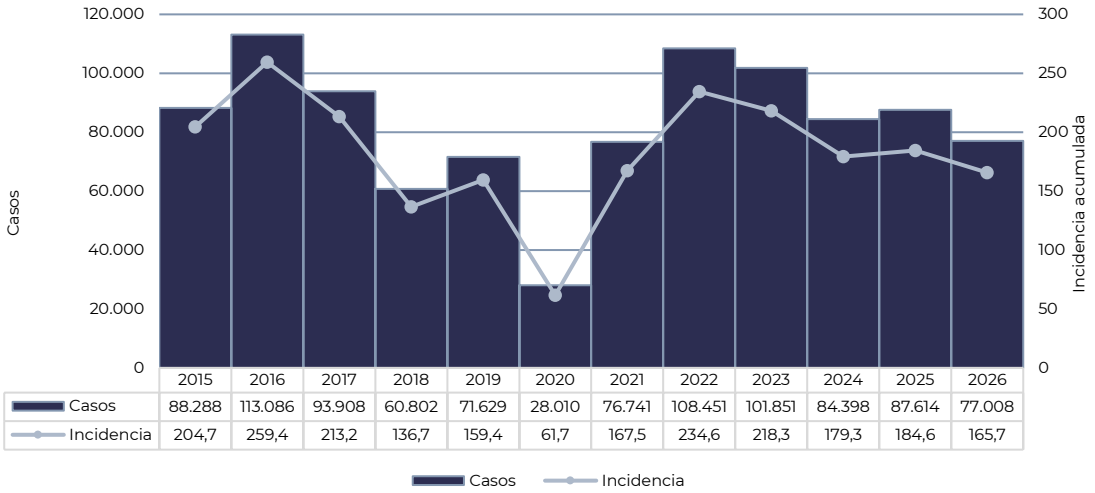
[3] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 26 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 77.008 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 165,7 casos/ 100.000 habitantes.

En el período 2016–2026, las notificaciones de neumonía acumuladas hasta SE26 registraron su mayor número de casos en 2016, seguido de 2022. En 2026 se registran tasas de incidencia similares a los dos años previos, con valores ligeramente inferiores.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE26. Argentina.

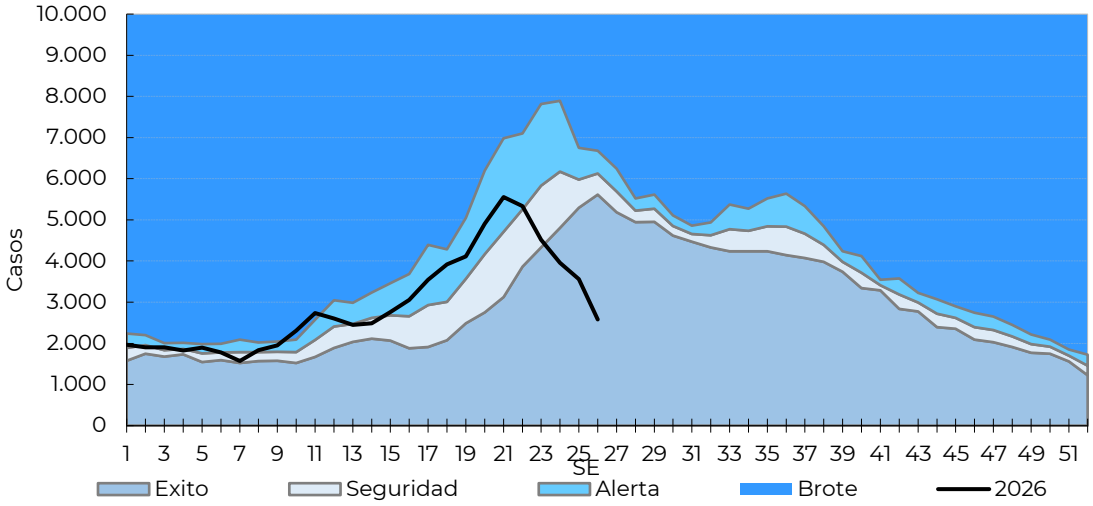


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	88.288	113.086	93.908	60.802	71.629	28.010	76.741	108.451	101.851	84.398	87.614	77.008
Incidencia	204,7	259,4	213,2	136,7	159,4	61,7	167,5	234,6	218,3	179,3	184,6	165,7

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En las primeras semanas de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro del rango esperado, correspondiente a las zonas de éxito y seguridad del corredor endémico. A partir de la SE8 se registró un ascenso, permaneciendo en niveles de alerta desde la SE15, con algunas oscilaciones. Desde la SE 21 se registra un descenso en las notificaciones.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-26 de 2026[4]. Argentina.



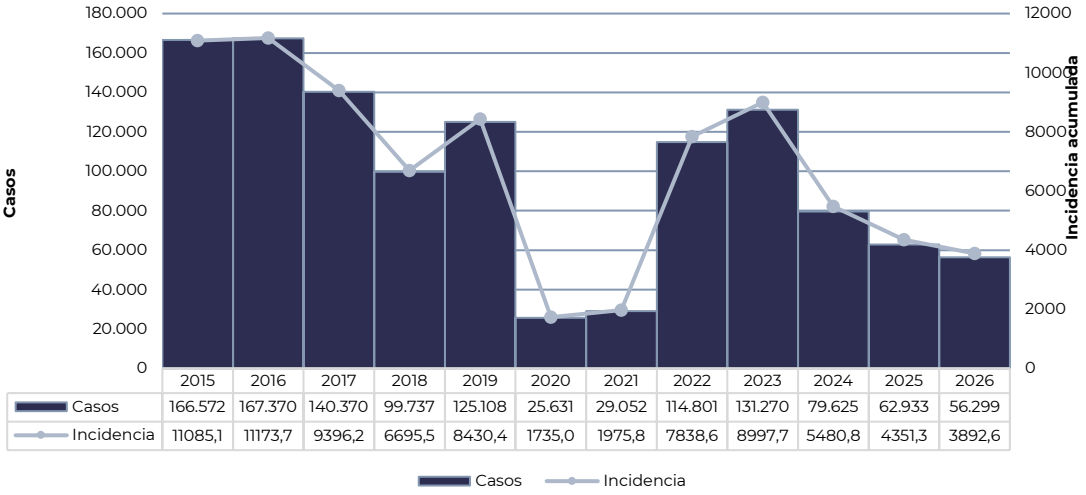
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 26 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 56.299 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 3892,6 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 26 SE alcanzaron su pico en 2016, con un descenso marcado en los dos primeros años de pandemia (2020-2021), y un posterior aumento en 2022 y 2023. Los años 2024, 2025 y el corriente 2026 presentan un descenso marcado de los casos registrados respecto de los años históricos, con excepción del mencionado período pandémico.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE26. Argentina.



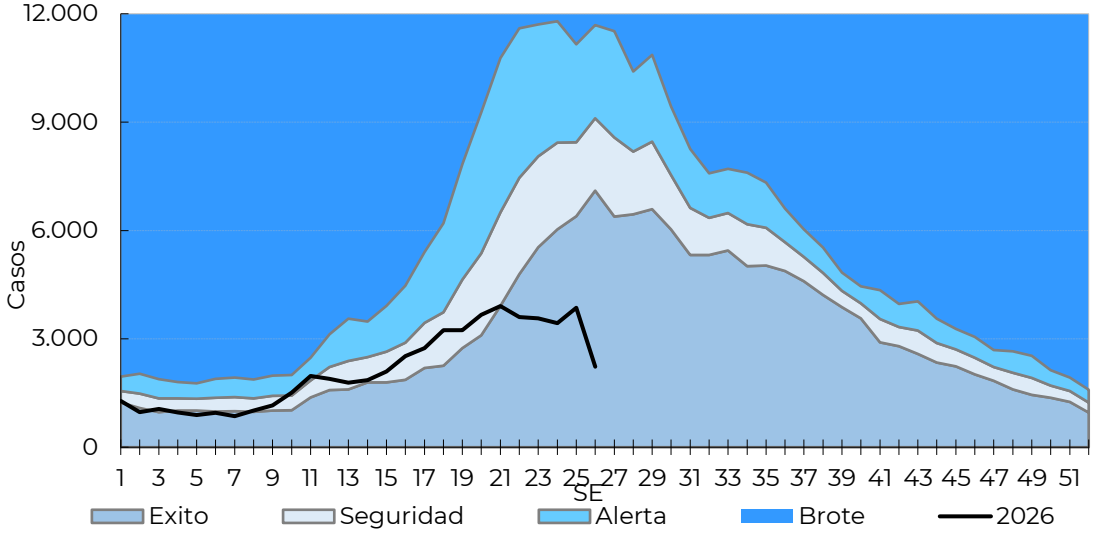
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	166.572	167.370	140.370	99.737	125.108	25.631	29.052	114.801	131.270	79.625	62.933	56.299
Incidencia	11085,1	11173,7	9396,2	6695,5	8430,4	1735,0	1975,8	7838,6	8997,7	5480,8	4351,3	3892,6

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

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

En las primeras 22 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos, si bien se registra tendencia ascendente de los casos desde la SE15.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-26 de 2026[5]. Argentina.



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

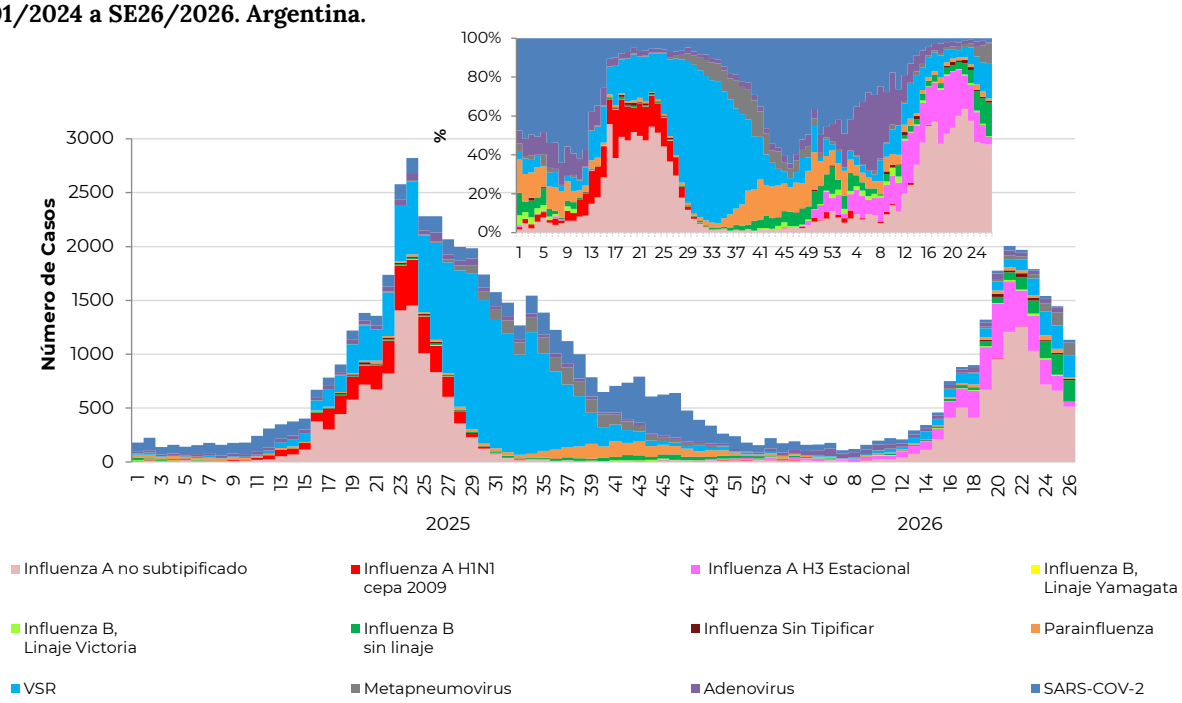
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

Durante 2026, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9, y, a partir de la SE 10, se registró un aumento, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad, para este virus. El mayor número de casos se registró en las SE21 y 22, luego de las cuales las detecciones comenzaron a descender. Entre las SE 25-26 se notificaron un total de 1.782 casos de influenza, con predominio de Influenza A, principalmente del subtipo A(H3N2). Además, desde la SE15, se observa un incremento de los casos de Influenza B.

En cuanto a **VSR,** se registra un aumento desde la SE 13, con 417 casos en las últimas dos semanas (SE25 y 26). Durante las 26 semanas transcurridas de 2026, las detecciones de **SARS-CoV-2** se mantienen en niveles bajos.

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

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE26/2026. Argentina.

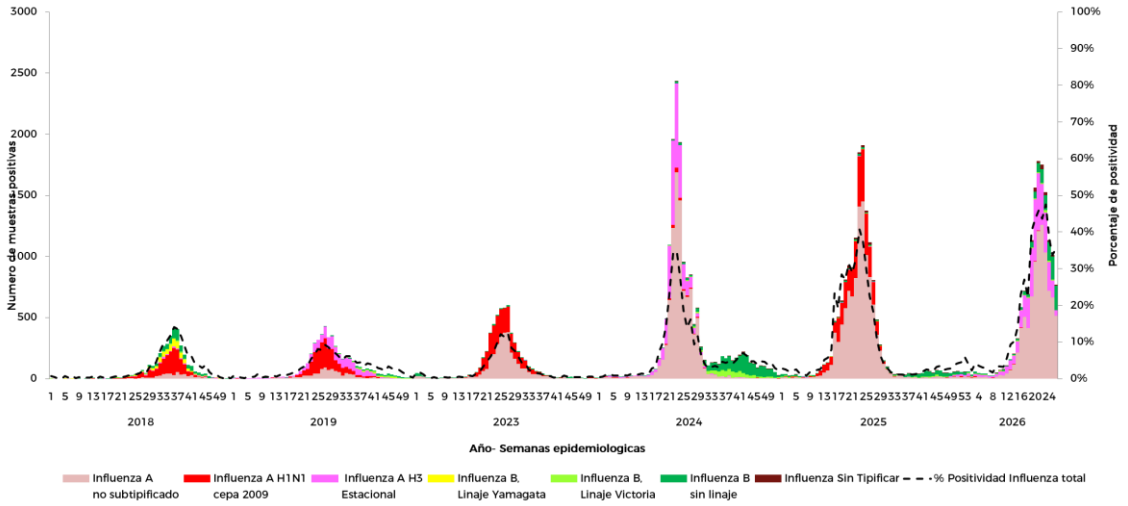


Fuente Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Al analizar los patrones históricos de circulación de influenza, se observa que durante 2025 la actividad viral en el país presentó un inicio adelantado de la temporada respecto de lo observado habitualmente. El incremento de las detecciones comenzó a partir de la semana epidemiológica (SE) 11, acompañado de niveles elevados de positividad desde la SE13. Este comportamiento contrasta con el registrado en las temporadas de mayor circulación del período 2016–2024, cuyo inicio ocurrió generalmente en semanas posteriores. Este patrón presentó modificaciones durante los años de la pandemia, particularmente en 2022, cuando se registró una dinámica inusual tanto en la magnitud de los casos como en su estacionalidad.

A lo largo de 2025 se notificaron casos de manera continua durante todas las semanas epidemiológicas, observándose desde la SE11 un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A —principalmente del subtipo A(H1N1) y también de influenza A no subtipificada—, lo que evidencia un adelanto del ascenso estacional. El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. Hacia las últimas semanas del año se verificó un ligero aumento de las detecciones, inicialmente con predominio de influenza B desde la SE36, junto con detecciones de influenza A y A(H3N2), y posteriormente con un incremento principalmente a expensas de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2) hacia el final del período, acompañado de detecciones de influenza B. Durante el año 2026, se registraron detecciones durante todo el año, siguiendo con la predominancia del subtipo A(H3N2). Se registro un nuevo inicio adelantado de la temporada, a partir de la SE 10, con mayor número de casos en las SE 21-22.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE26/2026. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

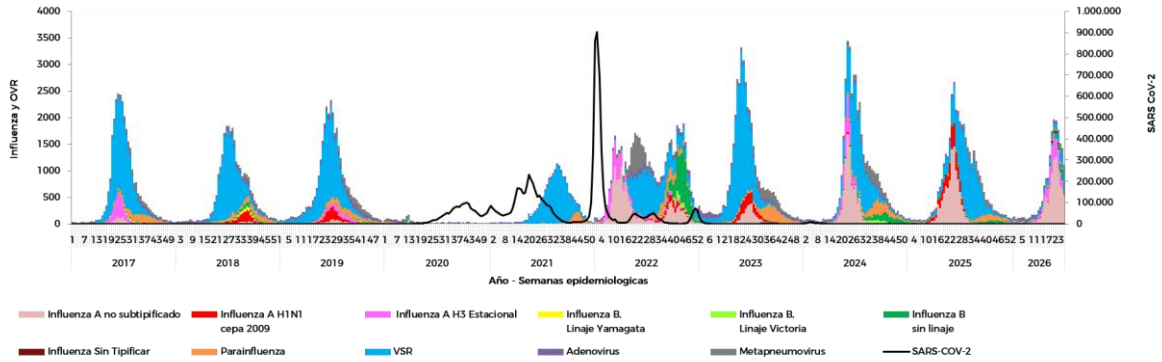
En cuanto a **SARS-CoV-2**, durante las primeras 24 semanas de 2026 las detecciones se han mantenido en niveles bajos. Este comportamiento es similar al observado en 2025, año en el que las detecciones también permanecieron en niveles bajos durante la mayor parte del año, aunque se registró un leve aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.

En relación con el **VSR**, durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente. En el año 2026, las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un aumento progresivo a partir de la SE13. Entre las SE25 y SE26 de 2026 se notificaron 417 casos.

Respecto a otros virus respiratorios, en 2025 se observó un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso posterior. Adicionalmente, los casos de parainfluenza mostraron un aumento progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores.

Durante la SE 26/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: influenza, VSR, metapneumovirus, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.

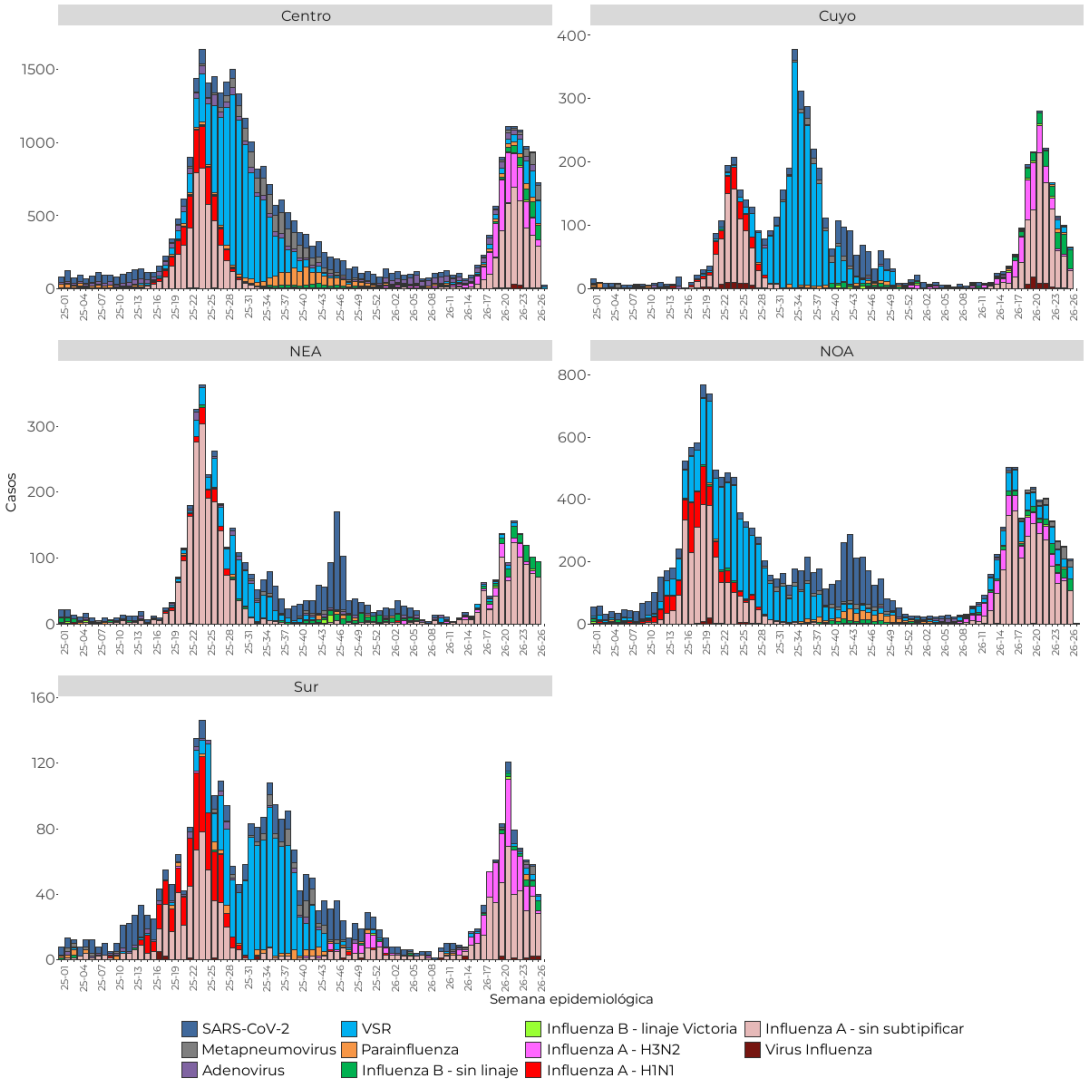
Gráfico 9. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE26/2026. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

El análisis regional muestra que, durante la temporada 2026, el ascenso de los casos de influenza se inició de forma más temprana en las regiones del Noroeste (NOA) y Sur, extendiéndose posteriormente al resto del país. En las últimas semanas se observa un cambio de tendencia en todas las regiones, caracterizado por una disminución de los casos notificados. En cuanto al VSR, el incremento observado en las semanas recientes se concentra principalmente en las regiones NOA y Centro.

Gráfico 10. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE26/2026. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

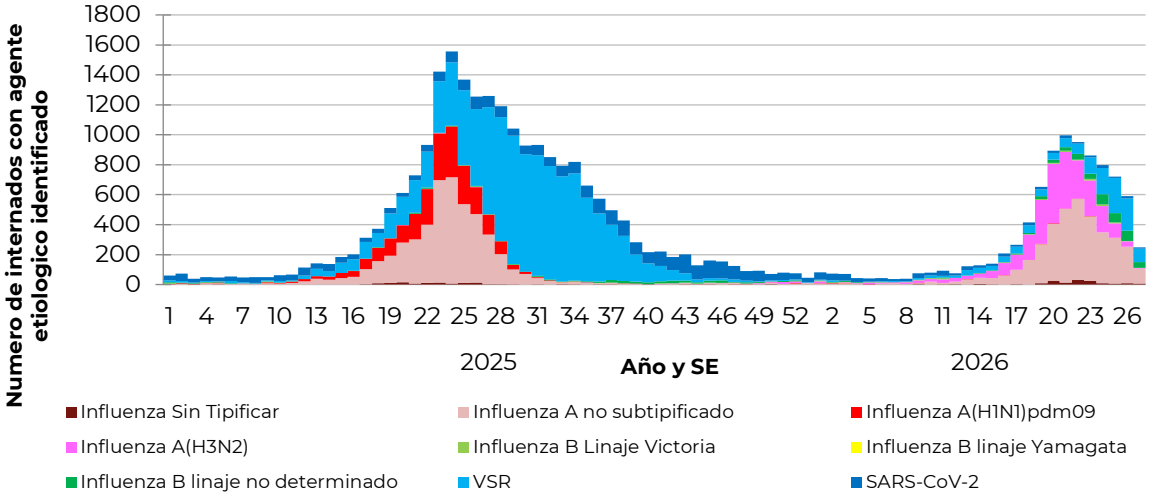
En las primeras 27 SE de 2026 se notificaron 581 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas, cifra que resulta un 48,7% inferior a la registrada en igual período de 2025**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025, manteniéndose en valores bajos hasta la actualidad. En las SE 26 y 27 de 2026 se registraron 23 casos hospitalizados con este diagnóstico.

En cuanto a **influenza** en personas hospitalizadas, durante 2025 se observó, a partir de la SE12, un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzó su máximo en la SE24. Posteriormente, las detecciones en pacientes hospitalizados mostraron una tendencia descendente, manteniéndose en niveles bajos durante las primeras semanas de 2026. A partir de la SE10 de 2026 se registró un nuevo aumento progresivo en el número de casos detectados en personas hospitalizadas, con un máximo hasta el momento en las SE21 y 22. En las SE26 y SE27 se notificaron 508 casos hospitalizados con diagnóstico de influenza.

Entre los 6.797 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.125), con menor detección de influenza B (n= 375). De los casos de influenza A, 2.150 cuentan con subtipificación, correspondiendo 24 a influenza A (H1N1) pdm09 y 2470 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B (n=528), 97 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto del **VSR**, durante 2025 el número de casos en personas hospitalizadas comenzó a aumentar a partir de la SE12, alcanzando un pico en la SE29, seguido de una tendencia descendente. En lo que va de 2026 se notificaron 1.363 casos hospitalizados con detección de VSR. Las detecciones en personas hospitalizadas muestran una tendencia ascendente desde la SE13, superando los 100 casos semanales desde la SE23. En conjunto, en las SE26 y SE27 se registraron 307 detecciones.

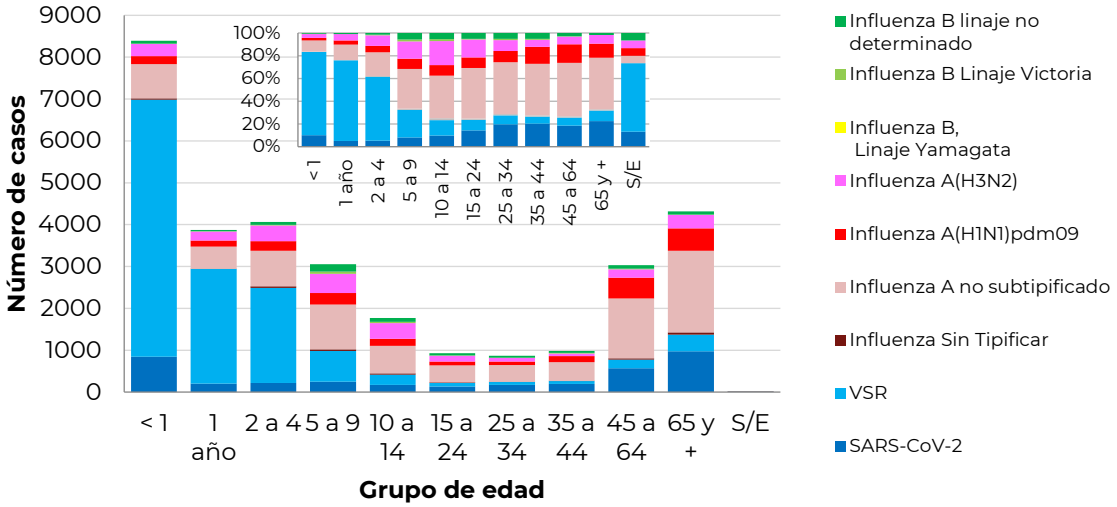
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2025 a SE27/2026. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE25/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE25/2026.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En lo que va del año, se registraron 112 fallecimientos con diagnóstico de influenza. No se notificaron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en la última SE.

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

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

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

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

A continuación, se describe, para el período SE1 a SE25 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 SE25/2026, el LNR secuenció 413 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 24 jurisdicciones, de las cuales 372 (90%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (7%) 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 Centro y NOA. 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 25/2026 (N =413).

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	
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	65	75
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	39	45
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	5	8
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	8	10
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	21	23
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**138**	**161**
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	21	27
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**35**	**41**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	6	8
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**22**	**26**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	12
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	12	16
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8	9
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	29	30
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51	51
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**113**	**119**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	4	7
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5	6
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	13	16
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	5
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	3	18
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	4	14
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**31**	**66**
Total	3	1	23	0	33	0	0	5	9	339	413

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. CARACATERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 24/2026.

En términos acumulados hasta el 13/07/2026 el LNR recibió 2119 muestras positivas para Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 hasta la SE25/2026, de las cuales 2097 pudieron ser tipificadas y subtipificadas. Entre las muestras tipificadas, el 92% correspondió a Influenza A y el 8% 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 164 de los 162 casos se pudo identificar el linaje y todos correspondieron al linaje Victoria.

En el análisis regional se verifica que todas las regiones derivaron muestras positivas de Influenza al LNR (Centro, 39%; NOA, 32%; Cuyo, 15%, Sur, 8%; y NEA, 6%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A, entre 89% y 95% de los casos según región, y dentro de Influenza A el subtipo H3N2 representó entre el 97% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B oscilaron entre 5% y 11% 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 SE25, Año 2026 (N = 2119).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B							Influenza sp	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip.	Victoria						Sin linaje		
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.		Subclado C.3.1	Subclado C.3.3	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Sin esp.			
Buenos Aires	0	65	5	316	0	1	5	4	1	3	2	1	12	0	6	421
CABA	0	39	1	135	0	4	5	0	0	1	0	1	4	0	1	191
Córdoba	0	5	0	31	1	1	0	4	0	0	4	1	13	0	1	61
Entre Ríos	0	8	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	31
Santa Fe	0	21	0	91	0	1	2	0	0	0	0	1	5	0	1	122
Centro	**0**	**138**	**6**	**593**	**1**	**7**	**12**	**8**	**1**	**4**	**6**	**4**	**37**	**0**	**9**	**826**
Mendoza	0	21	0	156	0	0	0	0	0	0	0	0	29	0	0	206
San Juan	0	9	0	66	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	2	82
San Luis	0	5	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	24
Cuyo	**0**	**35**	**0**	**240**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**34**	**0**	**2**	**312**
Chaco	1	6	0	5	0	0	0	2	0	0	1	0	4	0	1	20
Corrientes	0	2	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Formosa	0	13	0	81	1	3	1	0	0	0	0	0	3	0	0	102
Misiones	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
NEA	**1**	**21**	**0**	**101**	**1**	**3**	**1**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**8**	**0**	**1**	**140**
Catamarca	0	12	0	69	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	86
Jujuy	0	12	3	112	0	0	2	2	0	0	0	0	2	0	1	134
La Rioja	0	8	0	18	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	28
Salta	1	29	0	153	0	2	3	0	0	2	0	0	18	1	7	216
Santiago del Estero	0	1	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	28
Tucumán	0	51	0	123	0	0	0	0	0	0	3	0	8	1	0	186
NOA	**1**	**113**	**3**	**492**	**0**	**3**	**6**	**2**	**0**	**2**	**3**	**0**	**42**	**2**	**9**	**678**
Chubut	0	4	0	22	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	29
La Pampa	0	5	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29
Neuquén	0	13	0	44	0	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	61
Río Negro	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Santa Cruz	3	3	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	0	15
Tierra del Fuego	0	4	0	19	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	24
Sur	**3**	**31**	**0**	**116**	**0**	**1**	**3**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**7**	**0**	**1**	**163**
Total general	**5**	**338**	**9**	**1542**	**2**	**14**	**23**	**13**	**1**	**6**	**10**	**4**	**128**	**2**	**22**	**2119**

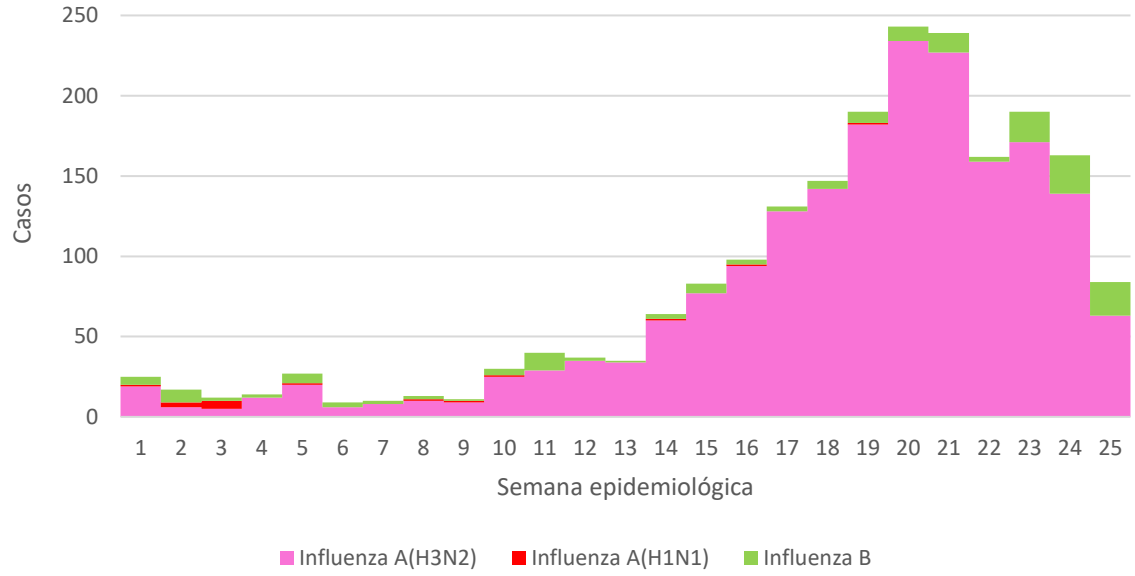
Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas epidemiológicas analizadas. Se observó un incremento sostenido en la cantidad de casos recibidos en el LNR, superándose los 100 casos semanales

a partir de la SE17 y alcanzándose un máximo de 250 casos en la SE20, tras lo cual se observó un descenso.

En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, Influenza A(H3N2) fue el subtipo predominante durante todo el período analizado. Influenza B también se detectó a lo largo de todas las semanas epidemiológicas, aunque inicialmente en baja proporción y con un aumento progresivo hacia las últimas semanas. Por su parte, Influenza A(H1N1) se detectó de manera esporádica durante el período.

Gráfico 13. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE25, Año 2026[6]

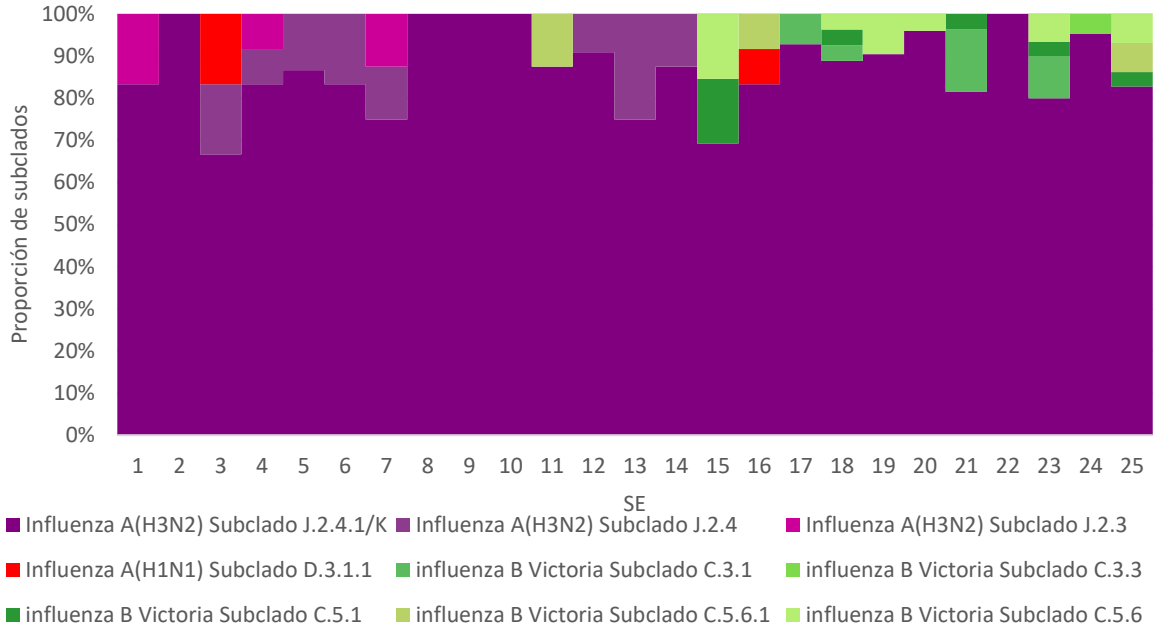


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 389 casos de Influenza, 353 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 34 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado prevalente fue J.2.4.1/(K) (96%), seguido del subclado J.2.4 (3%) y J.2.3 (1%). 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.3.1 (13), C.5.6 (10), C.5.1 (6) y C.5.6.1 (4) y C3.3 (1).

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

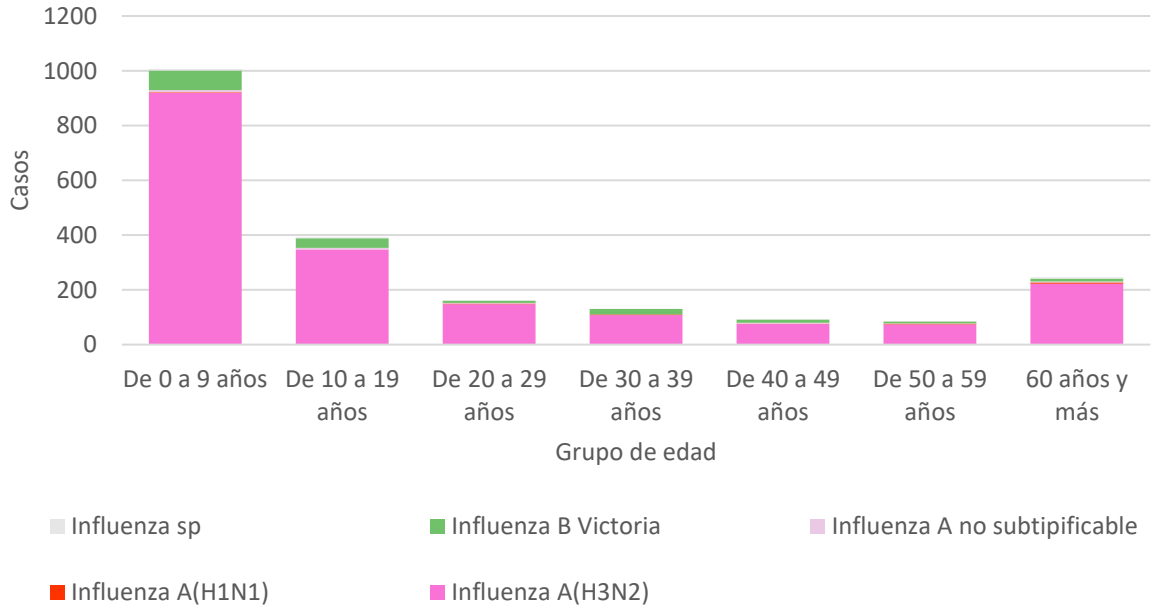
Gráfico 14. Distribución proporcional de Casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE25. Año 2026.



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

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 34% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (19%) y 60 años y más (12%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2). Se detectó Influenza B Victoria en un bajo número de casos en todos los grupos etarios, concentrándose el 65% en los menores de 20 años.

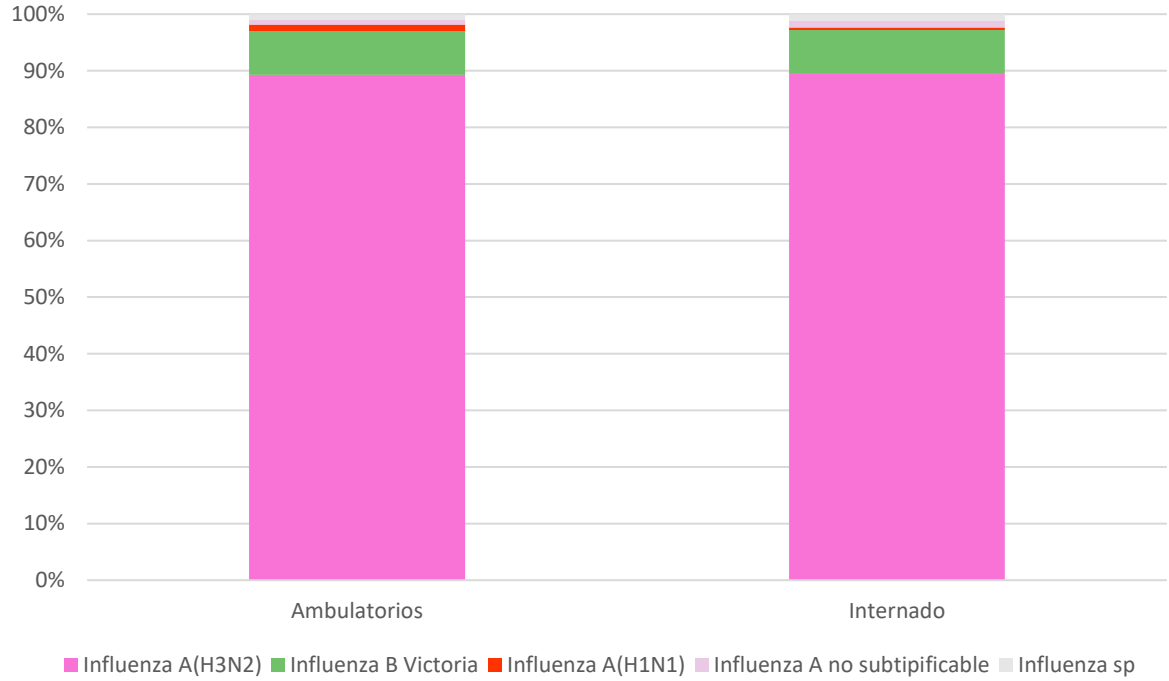
Gráfico 15. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE25, Año 2026.



**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, predominó Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios como internados (89%). Influenza B representó el 8% de los casos recibidos en el LNR en ambos grupos, mientras que Influenza A(H1N1) se registró en una proporción muy baja tanto en pacientes ambulatorios como internados.

Gráfico 16. Distribución proporcional de tipos subtipos y subclados según condición clínica de los casos. SE1 a SE25, 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 elevado número de casos de influenza, con predominio de detección en el país de casos de influenza A(H3N2) y particularmente del subclado K, se recomienda a los equipos de salud seguir los lineamientos para la prevención, control y atención clínica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), así como mantener una vigilancia fortalecida de los distintos componentes de la estrategia de vigilancia de IRAs, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

IV.6.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.
- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subptifpiciación y eventual derivacion para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

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

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

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

Definiciones:
Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.
Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.
Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:
● Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
● En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
● Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
● Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
● Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.

● Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

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

IV.6.C. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

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

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

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

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

IV.6.D. VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

IV.6.E. TRATAMIENTO ANTIVIRAL

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[7],[8] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas

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

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

del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.9,10 En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.
Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por Influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.
-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.
-Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.

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

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

La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al SNVS.2.0 completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas.
*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

[9] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.
[10] Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[11] y el ARBO-portal[12] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada a 16/07/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 27 de 2026 se notificaron 1.086.122 casos de dengue, de los cuales 278.819 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 79% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 247 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 104.658 casos. De ellos, 43.770 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 54% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 47 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 26, se registraron 8.777 casos, de los cuales 446 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 68%. 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 25/2026 se registraron un total de 8.727 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 236 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 82% menos que en la misma semana de 2025. Respecto a chikungunya, se notificaron 18 casos confirmados por laboratorio, un 43% menos que lo registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados. En cuanto al zika, no se notificaron casos en el año en curso.

Perú: hasta la SE 26/2026 se reportaron un total de 34.820 casos de dengue, de los cuales 26.983 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 4% respecto a la misma semana del año anterior. Se registraron 36 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 25/2026 se notificaron 7 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 25, se notificaron 10 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

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

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

varios años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[13].

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

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

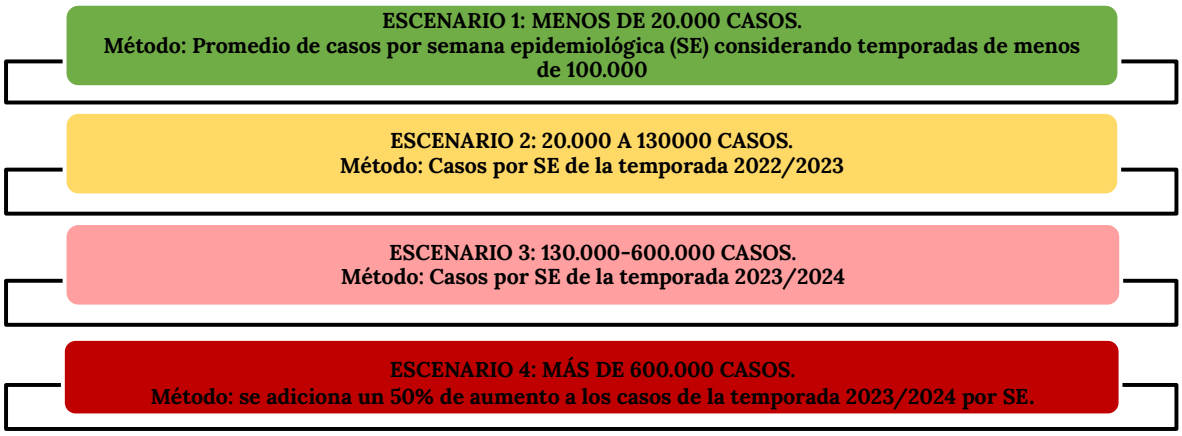
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

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

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

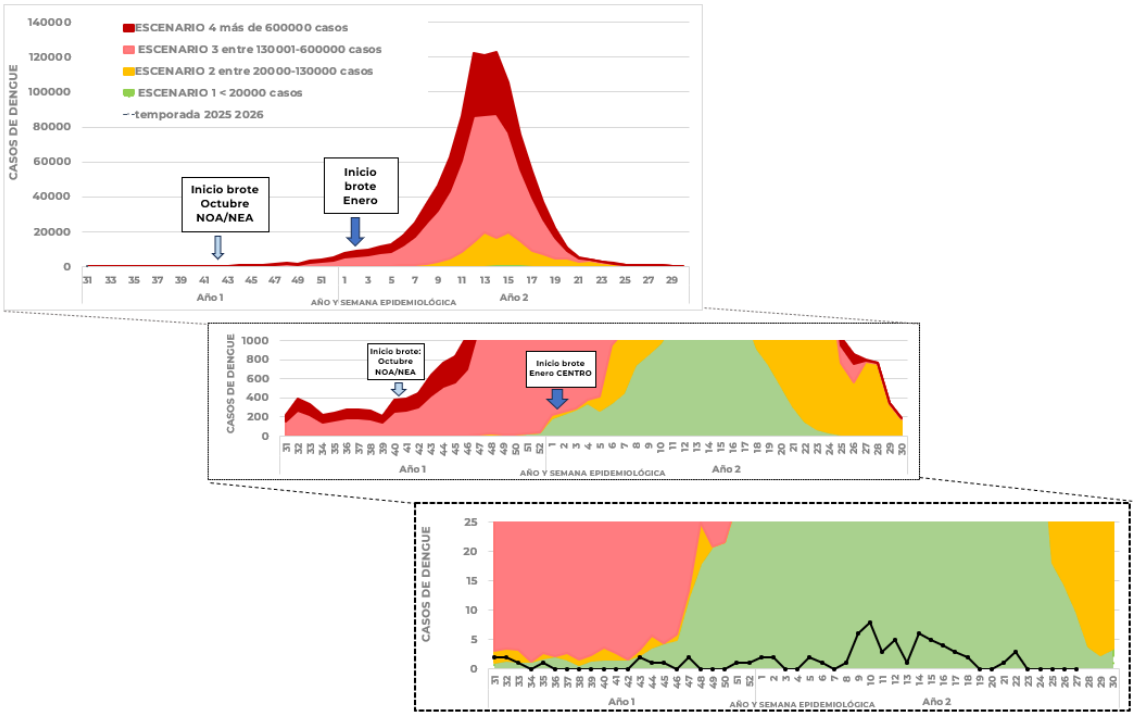
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la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

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=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 mínima[14], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **27.571** 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). **No se han notificado casos confirmados con fecha de inicio de síntomas posterior a la SE 22/2026**. Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE 27/2026 se notificaron 94 casos sospechosos. De ellos, 59 fueron descartados, no notificaron casos confirmados y los restantes continúan como sospechosos en estudio. 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 SE27/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	10	61	6	10	DENV-1,2	1434	387	1908	16
CABA	22	26	9	3	DENV-1,2,3	466	196	722	31
Córdoba	2	10	2	0	DENV-2	2707	156	2877	4
Entre Ríos	0	5	4	1	DENV-3	331	6	347	4
Santa Fe	0	26	2	2	DENV-3	1285	72	1387	2
Total Centro	**34**	**128**	**23**	**16**		**6223**	**817**	**7241**	**57**
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	140	3	146	2
San Juan	0	0	0	0		43	0	43	0
San Luis	0	0	0	0		83	18	101	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**1**		**266**	**21**	**290**	**2**
Chaco	0	8	0	0		1014	6	1028	0
Corrientes	0	1	0	0		156	40	197	0
Formosa	2	2	1	0	DENV-2	5458	2	5465	3
Misiones	0	4	1	0		970	0	975	1
Total NEA	**2**	**15**	**2**	**0**		**7598**	**48**	**7665**	**4**
Catamarca	1	6	0	0	DENV-2	483	4	494	1
Jujuy	1	2	1	0	DENV-3	1429	41	1474	2
La Rioja	0	6	0	0		258	2	266	0
Salta	0	35	0	0		3365	1109	4509	0
S. del Estero	0	8	0	0		317	583	908	0
Tucumán	0	118	0	1		4300	97	4516	0
Total NOA	**2**	**175**	**1**	**1**		**10152**	**1836**	**12167**	**3**
Chubut	0	0	0	0		18	2	20	0
La Pampa	0	0	0	1		89	10	100	0
Neuquén	0	0	3	0		28	3	34	3
Río Negro	0	0	0	0		4	0	4	0
Santa Cruz	0	0	0	0		32	3	35	0
T. del Fuego	0	0	0	0		15	0	15	0
Total Sur	**0**	**0**	**3**	**1**		**186**	**18**	**208**	**3**
Total País	**38**	**318**	**31**	**19**	**DENV-1,2,3**	**24425**	**2740**	**27571**	**69**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación.

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

[14]Fecha 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 **337 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.

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.D. CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

Los servicios de salud deben seguir las directrices establecidas para el manejo de casos sospechosos de dengue y asegurar la realización de estudios de laboratorio apropiados para confirmar o descartar la infección, sobre todo en los grupos de pacientes priorizados y en las diferentes fases de preparación, alerta, respuesta y recuperación de la epidemia. Es fundamental el trabajo coordinado entre las áreas de atención de pacientes, epidemiología y laboratorios para no sobrecargar la demanda de diagnóstico etiológico, particularmente en lo relativo a las acciones de vigilancia laboratorial de acuerdo a la disponibilidad de insumos y recurso humano.
En el contexto epidemiológico actual, con una epidemia de dengue en las temporadas anteriores, se recomienda la aplicación de método directos y confirmatorios (ELISA NS1 para dengue, aislamiento viral y qRT-PCR) aplicados a muestras agudas (hasta 6 días de evolución) con el objetivo de proveer al sistema de vigilancia con información de certeza que permita identificar y caracterizar los Arbovirus circulantes en un área, de modo de generar un alerta

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

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

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

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

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

V.4.Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **12.960** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **2832** 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 SE27 con la SE26, se notificaron 51 casos de Fiebre Chikungunya de los cuales solo **un** caso corresponde a la SE27 por fecha mínima[15]. 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**).

[15]Fecha 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).

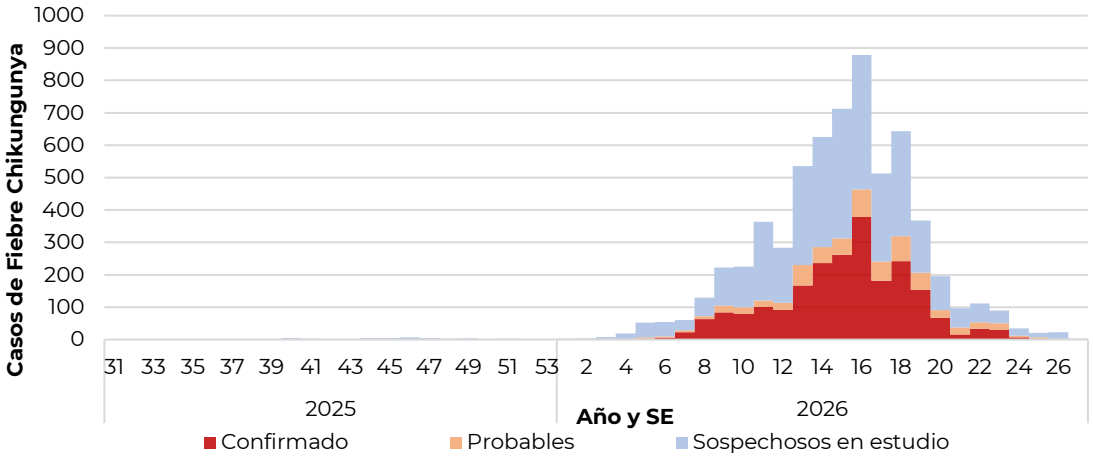
Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE27/2026. Argentina.

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	150	25	15	238	48
CABA	5	1	4	3	16	16	6	51	13
Córdoba	27	6	2	2	1904	19	14	1974	37
Entre Ríos	5	0	0	0	40	3	3	51	5
Santa Fe	0	0	0	1	288	6	2	297	1
Total Centro	**49**	**31**	**12**	**12**	**2398**	**69**	**40**	**2611**	**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	226	0	0	228	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	66	1	0	67	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**	**468**	**1**	**2**	**473**	**2**
Catamarca	13	11	0	0	226	0	33	283	24
Jujuy	123	77	3	1	884	96	0	1184	204
La Rioja	0	0	0	0	74	0	1	75	0
Salta	1153	337	121	16	540	1364	818	4349	1627
S. del Estero	187	46	0	0	138	157	12	540	233
Tucumán	572	113	0	0	178	81	2548	3492	685
Total NOA	**2048**	**584**	**124**	**17**	**2040**	**1698**	**3412**	**9923**	**2773**
Chubut	0	0	0	0	2	0	0	2	0
La Pampa	0	0	0	1	4	0	0	5	1
Neuquén	0	0	0	1	1	2	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**	**2**	**13**	**2**	**5**	**22**	**2**
Total País	**2097**	**617**	**138**	**31**	**4962**	**1770**	**3460**	**13075**	**2883**

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=463), 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).**

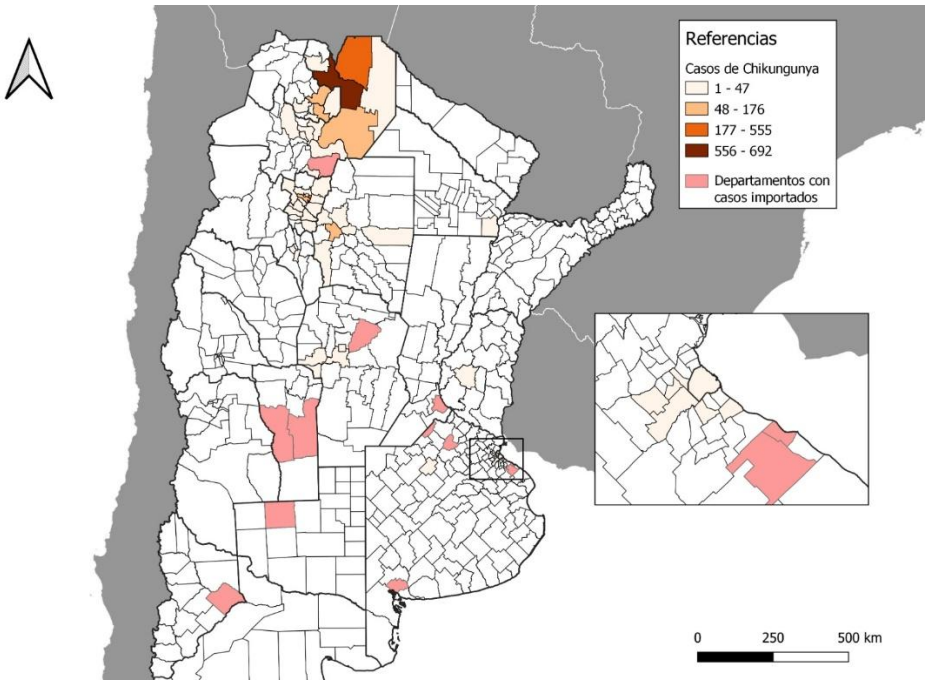
Gráfico 3. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima[16]. SE31/2025 a SE27/2026. Argentina.



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=2773; 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 SE27/2026. 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).

[16]Fecha 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, 1975 cuentan con información sobre requerimiento de internación (si/no), de los cuales el 10% (n=198) requirió hospitalización.

Se notificaron ocho casos graves de fiebre por virus Chikungunya (CHIKV), de los cuales dos fallecieron. Los seis casos no fatales correspondieron a residentes de Salta (n=3), Santiago del Estero (n=2) y Tucumán (n=1). Los más recientes fueron notificados en las semanas epidemiológicas 22 y 25 y corresponden a dos neonatos de la provincia de Salta, residentes en los departamentos General San Martín y Embarcación, quienes permanecen internados en unidades de cuidados intensivos. Los cuatro casos restantes fueron notificados entre las SE12 y SE17: 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 cuatro meses del departamento Choya (Santiago del Estero), que requirió cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica, con posterior recuperación y alta sin secuelas; un paciente de 81 años residente en San Miguel de Tucumán con compromiso sistémico que requirió internación; y una recién nacida del departamento Anta (Salta), 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 **517 casos** sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui”, se confirmaron **seis** casos de Encefalitis de San Luis: 5 en Provincia de Buenos Aires y 1 en Entre Ríos.

Confirmados y probables Flavivirus sin especificar

Para el mismo período, se notificaron **15** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por **flavivirus**, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros). Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso.

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

Casos de Encefalitis en Provincia de Buenos Aires

Durante la SE19, se confirmaron 2 nuevos casos de Encefalitis de San Luis, que previamente habían sido notificados como *confirmados flavivirus sin especificar* y, luego de las determinaciones finales, se confirmó el diagnóstico. En total, hay 5 casos confirmados de Encefalitis de San Luis y 7 casos confirmados/3 probables flavivirus sin especificar. Los **15** casos residen en: **Tres de Febrero, La Plata, Florencio Varela, Lobos, Cañuelas, Brandsen, Bragado, Arrecifes, 25 de mayo y Ezeiza**[17]. Los casos iniciaron con síntomas entre SE3 y SE15 (fines de enero y principio de abril). La mediana de edad de 16 años (rango: 0–61 años) y sin diferencia entre sexos. Seis casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha. Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final.

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **130** 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 SE27/2026).

Tabla 4. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE27/2026. 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	51	1	41	3	7
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	379	0	6	1	1
Entre Ríos	1	19	0	6	0	0
Santa Fe	0	23	0	16	2	0
Total Centro	**6**	**478**	**1**	**73**	**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	1	0	0	0	0
Jujuy	0	9	0	38	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
S. del Estero	0	7	0	3	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0
Total NOA	**0**	**21**	**0**	**45**	**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
T. del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**6**	**517**	**1**	**130**	**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 SE27/2026).

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 SE27/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	100	0	51	0	16
CABA	0	13	0	6	0	0
Córdoba	0	104	0	66	0	1
Entre Ríos	0	10	0	3	0	1
Santa Fe	0	174	0	42	0	11
Total Centro	**0**	**401**	**0**	**168**	**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	165	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	31	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	54	0	8
Total NEA	**0**	**136**	**0**	**257**	**0**	**10**
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	53	0	135	0	0
La Rioja	0	10	0	49	0	9
Salta	0	284	0	1025	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	236	0	1
Tucumán	0	235	0	26	0	89
Total NOA	**0**	**590**	**0**	**1471**	**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**	**1165**	**0**	**1912**	**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 **1165** 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 **1912** 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 Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VI. 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).

VI.1.Sarampión - Situación epidemiológica regional

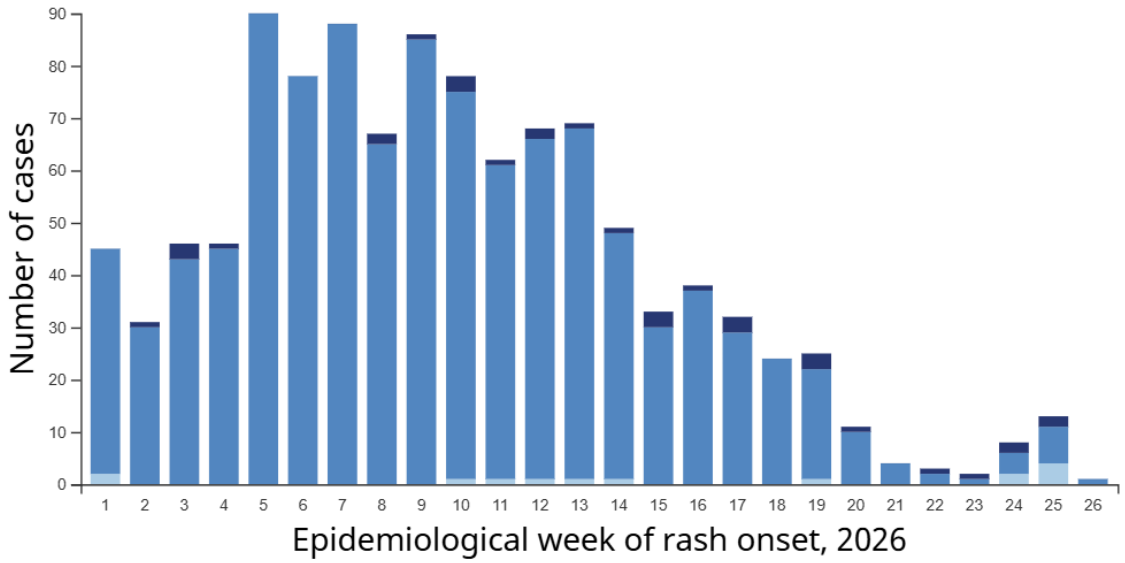
VI.1.A. CANADÁ[18]

En 2026, se han notificado un total de 1.097 casos de sarampión (1.016 confirmados, 81 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 4 de julio del 2026.

En la semana 26 (del 28 de junio al 4 de julio del 2026), se notificaron 14 nuevos casos de sarampión (14 confirmados y 0 probables).

[18] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=1.097)



VI.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[19]

Al 16 de julio de 2026, se notificaron 2.260 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 2.218 casos fueron reportados por 42 jurisdicciones Alabama, Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Iowa, 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, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 13 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

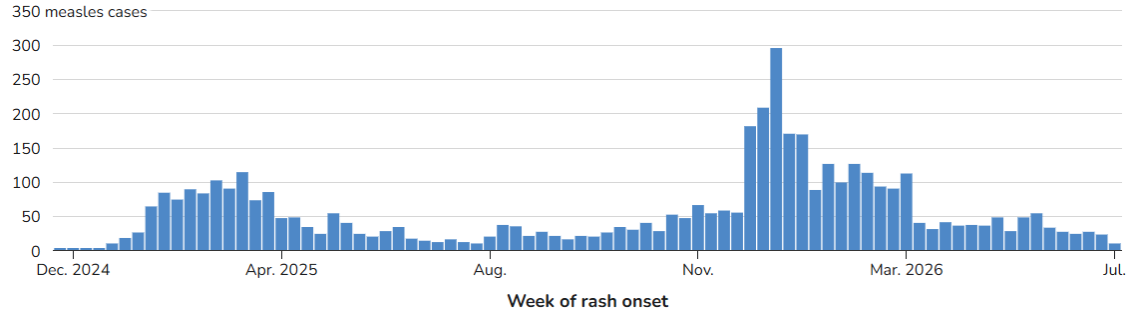
Se han notificado 34 nuevos brotes en 2026, y el 93% de los casos confirmados (2.108 de 2.260) están asociados a brotes (741 correspondientes a brotes en 2026 y 1.367 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.289 casos confirmados de sarampión. Un total de 26 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.

[19] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 16/07/26)

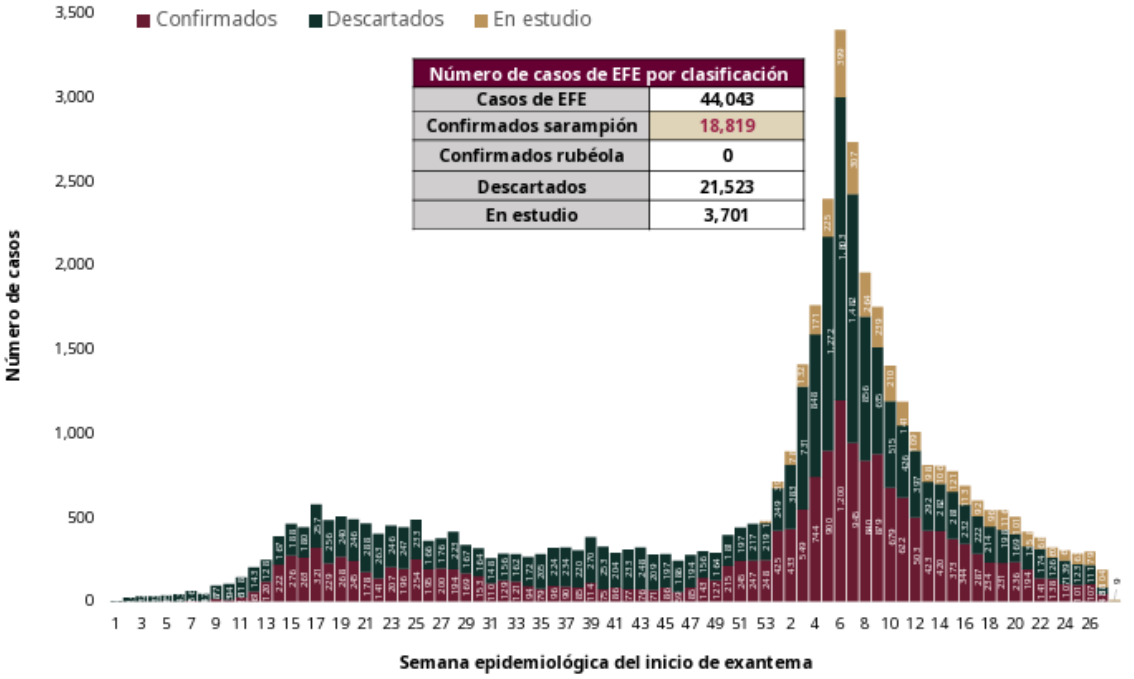


VI.1.C. MÉXICO[20]

Al 14 de julio, se han reportado 18.819 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.500 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.202 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.138 casos).

Se han reportado 44 fallecimientos a la fecha.

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



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

VI.1.D. PERÚ[21]

Al 13/07/2026 la República del Perú cuenta con 989 casos confirmados correspondientes al año 20026. No se registran fallecimientos a la fecha.

[20] *www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026*
[21] *https://app7.dge.gob.pe/maps2/shiny_SYR_web/*

Figura 1. Notificación de casos confirmados de sarampión-rubeola, 2026 (n=989)

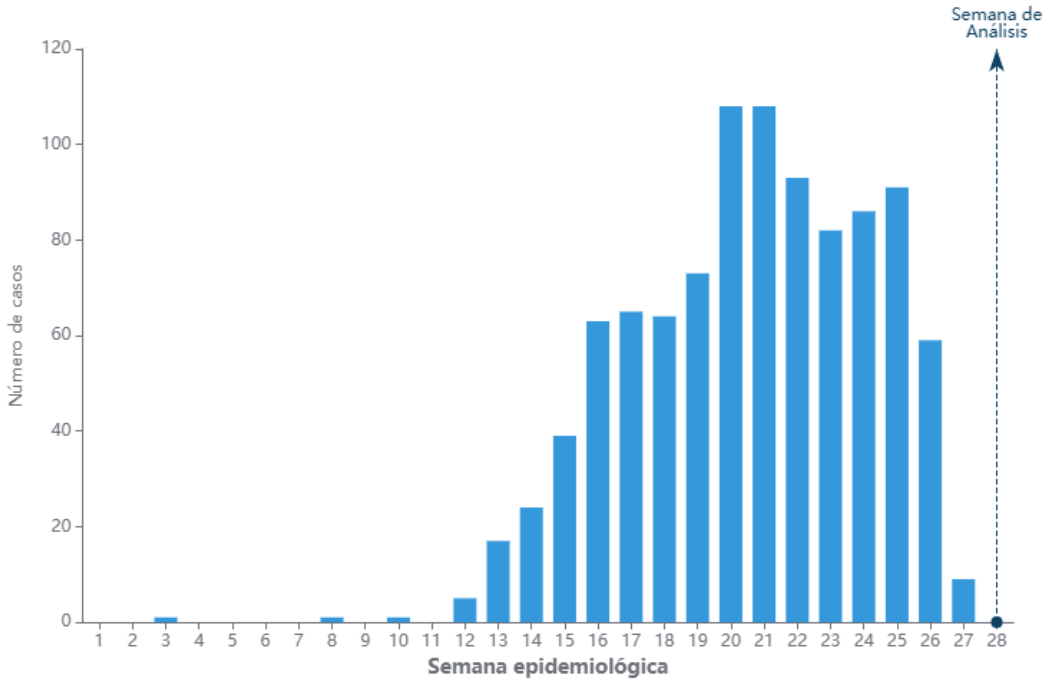
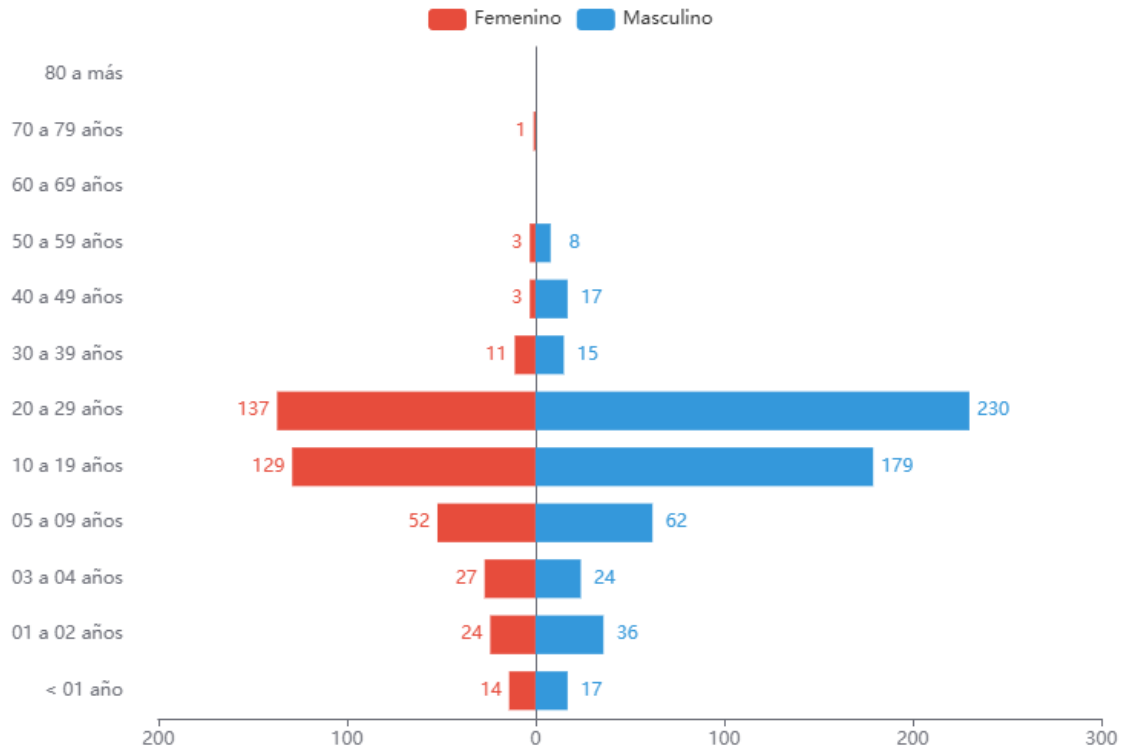


Figura 2. Distribución acumulada por sexo y grupo de edad, 2026.



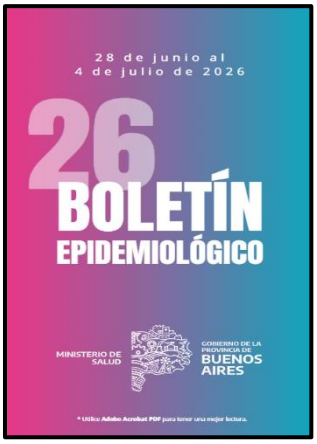
Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

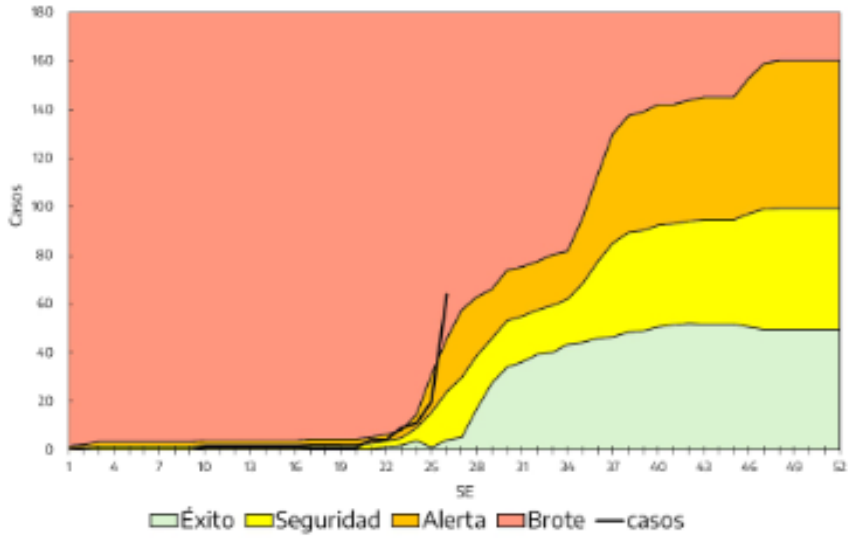
VII. Boletines Jurisdiccionales

VII.1. Buenos Aires: Triquinosis

Desde la SE 1 hasta el 8 de julio de 2026 (SE 27), en la provincia de Buenos Aires se notificaron 199 casos sospechosos de triquinosis, de los cuales 64 fueron confirmados, 3 probables, 15 descartados y 117 permanecen en investigación.



Corredor endémico acumulativo de casos de triquinosis. Años 2019 - 2026. Provincia de Buenos Aires



**Se excluye el año 2023, debido a la ocurrencia del brote de gran extensión por consumo de productos de origen comercial.*

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

Para más información:

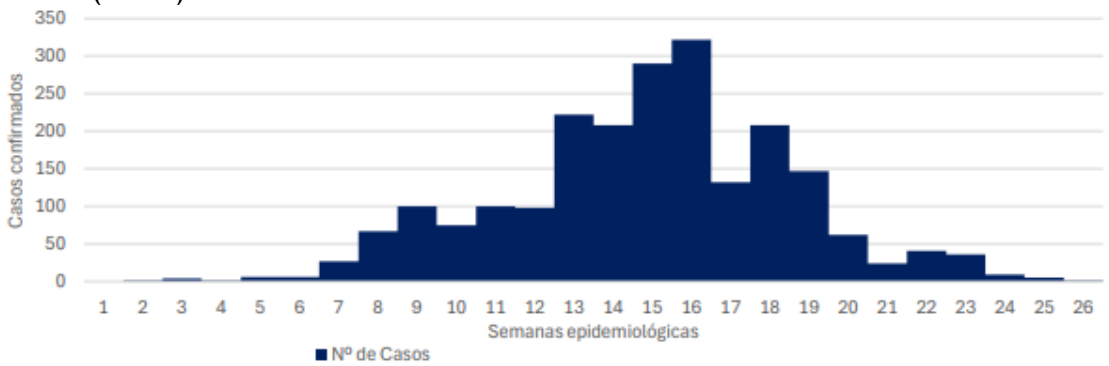
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VII.2. Salta: Chikungunya

En la Provincia de Salta hasta la SE 26, se notificaron 2192 casos confirmados tomando como referencia los resultados de las determinaciones de laboratorio para fiebre chikungunya. El prime r 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 24). Año 2026. Provincia de Salta (n=2192).



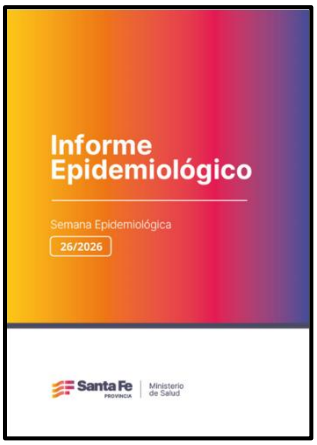
Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0. NOTA: 2 per.med. móv. = media de casos entre dos semanas epidemiológicas.

Para más información:

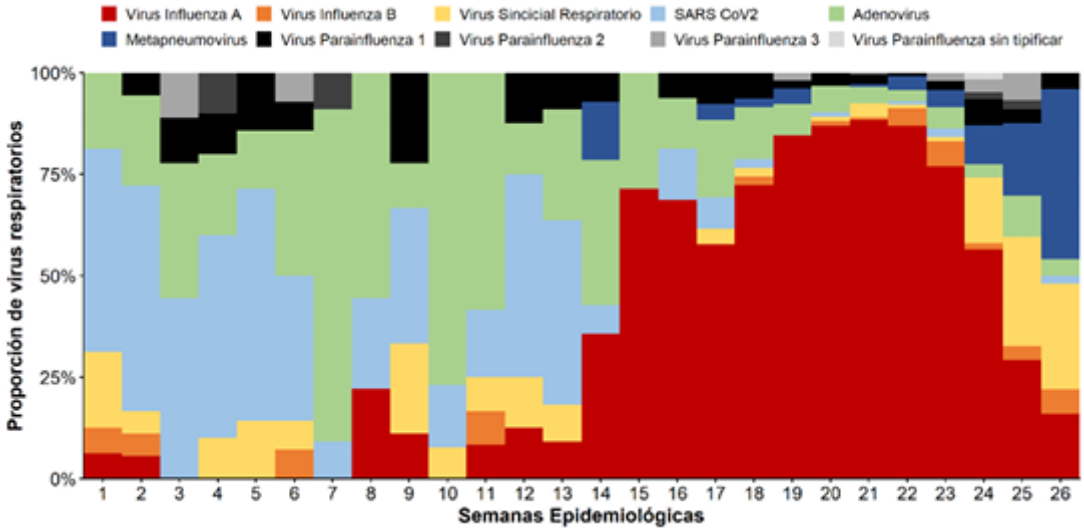
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VII.3. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

En lo que va del 2026 (SE1 hasta SE26) se informaron un total de 22.477 notificaciones de IRAG en internados, de los cuales se confirmaron 984 casos (4,4% del total de las notificaciones) con el siguiente orden de frecuencia: Virus Influenza A (n= 596 casos), Adenovirus (n= 112 casos), Virus Sincicial Respiratorio (n= 71 casos), SARS CoV-2 (n= 66 casos), Metapneumovirus (n= 58 casos), Virus Parainfluenza (n= 56 casos) y Virus Influenza B (n= 25 casos).



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados por IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE1 a SE26/2026.



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:

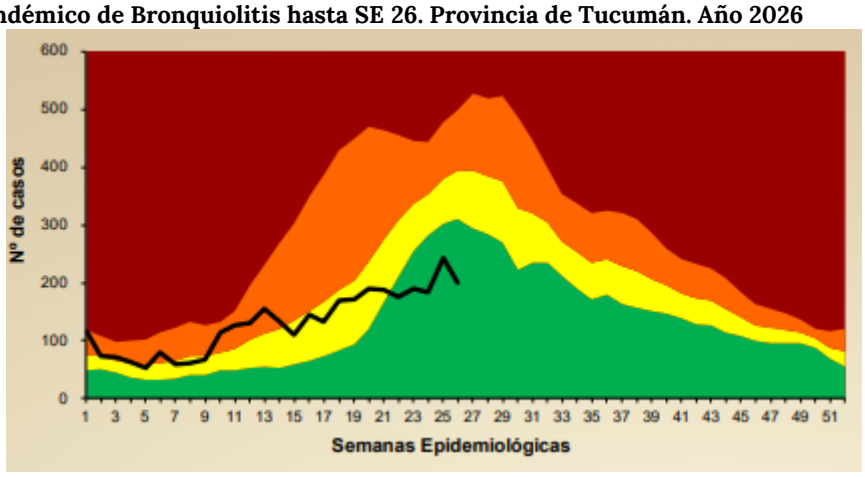
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

VII.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 26 se notificaron 201 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 26. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

VIII. 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 **julio** 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**
Julio	Brucelosis canina	Clínica	Signos y síntomas	Se quita: “Fallas en la concepción”, “Mortinatos”, “Orquitis”, “Epididimitis”. Se adicionan: “Orqui-epididimitis”, “Descargas vaginales”, “Depresión”, “Anorexia”, “Mialgia”, “Pérdida de peso ”.
	Clamidiasis aviar	Clínica	Signos y síntomas	Se quita: “Conjuntivitis”, “Pérdida de peso”, “Dificultad respiratoria”, “Sinusitis”, “Rinorrea”, “Lagrimeo”, “Estornudo”. Se adiciona: “Enfermedad febril septicémica”, “Letargia”, “Plumaje erizado”, “Descarga óculo-nasal”, “Sinusitis periorbitaria”, “Disnea”, “Deshidratación”, “Emaciación”, “Síntomas neurológicos”.
	Esporotricosis	Evento	Clasificación de caso	Se adiciona: “Caso descartado”.

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



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

Duración: 30 horas

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