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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **823**

Semana epidemiológica 33
AÑO 2026
Desde 18/08 al 24/08
Fecha de publicación
31/08/2026

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

Debido a que los huevos del mosquito pueden resistir bajas temperaturas y condiciones de sequía, es importante destacar que las medidas de prevención y control de criaderos del mosquito deben realizarse de forma continua, durante todo el año. Foto tomada del banco de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°823, SE 33.

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

El Boletín Epidemiológico Nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica 33 reúne en esta edición información actualizada sobre los principales eventos de notificación obligatoria, integrando datos provenientes de la vigilancia nacional, regional y jurisdiccional, junto con herramientas y comunicaciones relevantes para el seguimiento de la situación epidemiológica.

En este número se presenta la Actualización de la tabla de eventos priorizados, con la fundamentación y metodología de análisis, los criterios para la clasificación de la situación epidemiológica y la visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026. Dentro de Eventos priorizados, se incluye la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional, la vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados y la vigilancia de personas internadas y fallecidas. También se presenta la subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia, junto con las recomendaciones para la prevención y control, la vigilancia epidemiológica, la vacunación antigripal y el tratamiento antiviral.

Asimismo, se actualiza la Vigilancia de dengue y otros arbovirus, incorporando la situación regional y del Cono Sur, el inicio de la temporada de dengue 2026/2027 en Argentina, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026 y la situación de fiebre chikungunya, incluyendo el informe de fin de temporada 2025/2026. Dicho informe consolida la evaluación epidemiológica del dengue en Argentina mediante el análisis de casos, serotipos, impacto territorial y la aplicación de modelos de estimación de escenarios. Asimismo, examina los diagnósticos diferenciales en casos descartados y reporta la situación de otros arbovirus como chikungunya, zika, fiebre amarilla y encefalitis. Por último, aborda la respuesta sanitaria integrada detallando los avances del plan de vacunación, la vigilancia, y las capacitaciones al personal de salud.

En Alertas y comunicaciones internacionales, se presenta la situación epidemiológica regional del sarampión, con información sobre Canadá, Estados Unidos de América y México, junto con la Alerta Epidemiológica de Sarampión en la Región de las Américas. Por su parte, Destacados en boletines jurisdiccionales reúne información de Buenos Aires sobre triquinosis, Chubut sobre neumonía, Santa Fe sobre infecciones respiratorias agudas, Salta sobre chikungunya y Tucumán sobre bronquiolitis en menores de dos años.

Finalmente, la sección Herramientas para vigilancia incorpora el listado de modificaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0. La articulación de estos contenidos permite sostener una vigilancia epidemiológica actualizada, favoreciendo el intercambio de información y el análisis de los eventos para orientar las acciones de prevención, control y 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 16
IV.3.C. Bronquiolitis 18
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 19
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 23
IV.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 25
IV.5.A. Secuenciación genomica de influenza a(h3n2) 2025-2026 26
IV.5.B. caracaterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 31/2026. 26
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 30
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 30
IV.7. Vigilancia epidemiológica 30
IV.8. Recomendaciones para la población 32
IV.9. Vacunación antigripal 32
IV.10. Tratamiento antiviral 33
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus **35**
V.1. Situación regional 35
V.1.A. Subregión Cono Sur 35
V.2. Situación de dengue en Argentina 38
V.2.A. inicio de temporada 2026/2027 38
V.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 39
V.3.A. Nota metodológica 39
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 40

INFORMES ESPECIALES **42**
VI. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus. Análisis de fin de temporada 2025-2026 **43**
VI.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 43
VI.2. Situación de dengue en Argentina 43
VI.2.A. Situación histórica 43
VI.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 45
VI.3.A. Nota metodológica 45
VI.3.B. Análisis de cierre de la temporada epidémica se31/2025 a se30/2026 47
VI.3.C. Comportamiento temporal 48
VI.3.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento 50
VI.3.E. Distribución espacial de los casos de dengue durante la temporada 51
VI.3.F. Sensibilidad de la vigilancia y abordaje de los casos probables 52
VI.3.G. Situación según serotipos circulantes 54
VI.3.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 55
VI.3.I. Morbimortalidad por grupos de edad 55
VI.3.J. Calidad y oportunidad de los datos en el SNVS 2.0. 56

VI.3.K. Internación y registro de egreso 57
VI.3.L. Completitud de variables clínicas 57
VI.3.M. Oportunidad de la notificación 57
VI.3.N. Oportunidad de la consulta 57
VI.3.O. Diagnósticos diferenciales identificados en casos descartados de dengue 57
VI.3.P. Nota metodológica 57
VI.3.Q. Resultados 58
VI.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 60
VI.4.A. Situación histórica 60
VI.4.B. Análisis de cierre de la temporada epidémica se31/2025 a se30/2026 61
VI.4.C. Caracterización clínica de los casos de chikungunya 64
VI.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus en Argentina 66
VI.5.A. Encefalitis arbovirales 66
VI.5.B. Otros arbovirus 68
VI.6. Vigilancia integrada de Dengue y otros Arbovirus 69
VI.6.A. Vacunación contra el Dengue 69
VI.6.B. Vigilancia Genómica 74
VI.6.C. Vigilancia laboratorial y red nacional 75
VI.6.D. Red Federal de Referentes Clínicos 76

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 77
VII. Introducción 78
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 78
VII.1.A. Canadá 78
VII.1.B. Estados Unidos de América 79
VII.1.C. México3F 80
VII.2. Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas 80
VII.2.A. Contexto global 80
VII.2.B. Resumen de la situación en el 2026 en la Región de las Américas 82

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 85
VIII. Boletines Jurisdiccionales 86
VIII.1. Buenos Aires: Triquinosis 86
VIII.2. Chubut – Neumonía 87
VIII.3. Salta – Enfermedad tipo influenza (ETI) 88
VIII.4. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 89
VIII.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 90

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 91
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 92

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Actualización de la tabla de eventos priorizados

III.1. Fundamentación

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

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

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

III.2. Metodología de análisis

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

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

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

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

III.2.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

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

• Por encima de lo esperado: incremento mayor al 40%.

• En aumento: incremento entre 20% y 40%.

• Dentro de lo esperado: variación entre -20% y +20%.

• Por debajo de lo esperado: disminución mayor al 20% respecto del valor esperado.

• En baja magnitud: menos de 30 casos en el acumulado del año en curso.

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

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

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

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

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

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

III.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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

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

A continuación, se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 33 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE33	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)	176	362	Por encima de lo esp.	En aumento	
	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	510	527	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	3	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	274	460	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	85	97	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	9394	13392	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	239	181	Por debajo de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	111	105	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	6	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3288	4025	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	474	565	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	29	24	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	77	91	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hantavirosis	39	56	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	106	190	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	72	76	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE33**	**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	26	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	571	594	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1024	866	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	5779	7296	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	35	16	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	39	62	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	384	426	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	770	820	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	4	11	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	18105	32377	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	15	18	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	896	915	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	12	15	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	8	6	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	21	35	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	8	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	1259	1656	En aumento	Dentro de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	4956	8096	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	244	362	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	96	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	7210	8607	Dentro de lo esp.	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 Región de las Américas, la actividad de los virus respiratorios continúa mostrando tendencias heterogéneas. La actividad de influenza es, en general, baja, estable o con tendencia descendente en la mayoría de las subregiones, aunque persiste actividad elevada o en niveles epidémicos en algunos países, incluidos Cuba, República Dominicana, Nicaragua, Ecuador y Chile. La actividad del VSR se mantiene baja en América del Norte, pero permanece elevada o en aumento en partes de América Central y el Cono Sur, particularmente en Panamá, Argentina, Chile y Uruguay, con una positividad elevada también en Suriname. La actividad del SARS-CoV-2 se mantiene baja o en niveles interestacionales en varios países, aunque ha aumentado en partes de América del Norte, el Caribe y América Central, con positividades elevadas en México, Suriname, Guyana, El Salvador, Guatemala y Honduras. En general, la actividad de ETI e IRAG se mantiene estable o en descenso en varias subregiones, aunque se recomienda continuar el monitoreo ante los incrementos localizados en la circulación del VSR y SARS-CoV-2 y la persistencia de actividad de influenza en algunos países.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) presentaron 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 presentaron un aumento desde la SE8, permaneciendo en valores de alerta desde la SE15 hasta la SE22, con un menor número de casos en semanas posteriores. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados en el 2026, con tendencia ascendente desde SE15.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios, UMA), durante 2026, influenza mostró un incremento de casos y positividad a partir de la SE12, con un máximo en SE21 y posterior descenso; en SE33, se registraron 14 detecciones y la positividad fue del 26,4%. Los casos de SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles bajos durante todo el año. En cuanto al VSR, la positividad aumentó desde SE24 y, en

[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

las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 31 casos positivos entre 338 muestras estudiadas.

En la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), durante las primeras 33 semanas epidemiológicas de 2026 se registraron 5.222 internaciones. A partir de la SE11 se observó una tendencia ascendente, en coincidencia temporal primero con el aumento de los casos positivos de influenza A(H3N2) y, posteriormente, de VSR, alcanzando el mayor número de internaciones en la SE31. En las últimas cuatro semanas analizadas predominaron las detecciones de VSR, con 302 casos positivos entre los 819 casos de IRAG estudiados, seguido por influenza (n=34). Además, se notificaron 3 codetecciones de influenza y VSR y una de SARS-CoV-2 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 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 mantiene en niveles bajos en lo que va de 2026. En la última semana analizada, SE30/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente VSR, seguido de SARS-CoV-2, parainfluenza, metapneumovirus, influenza y adenovirus.

Entre las personas internadas, las detecciones de influenza presentaron un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 10, el mayor número y porcentaje de positividad se observó en las SE21-23, luego de las cuales comenzó a descender. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un aumento progresivo a partir de la SE 13. En la última semana no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 149 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

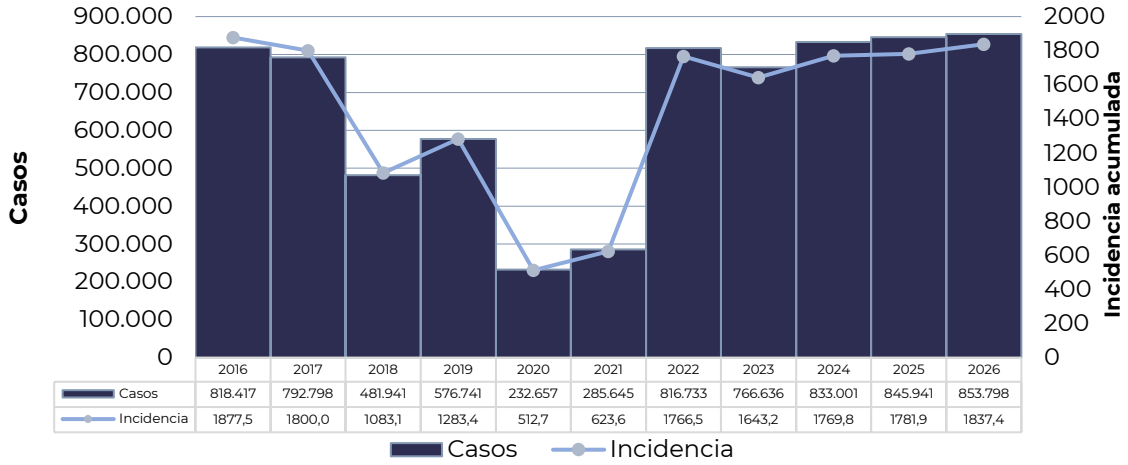
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 32SE transcurridas de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 853.798 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1837,4 casos/ 100.000 habitantes.

Hasta la 32 SE del período 2016–2026, el mayor número de notificaciones de ETI correspondió a 2026. En segundo lugar, se encuentra el año 2025 seguido por los años 2022 y 2024.

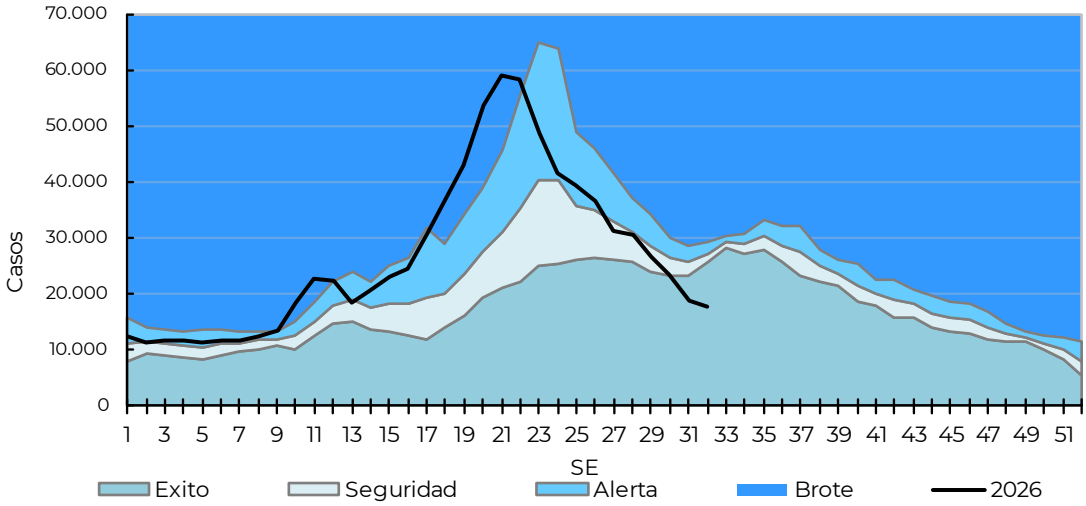
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de ETI por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE32. Argentina[2].



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 32 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].

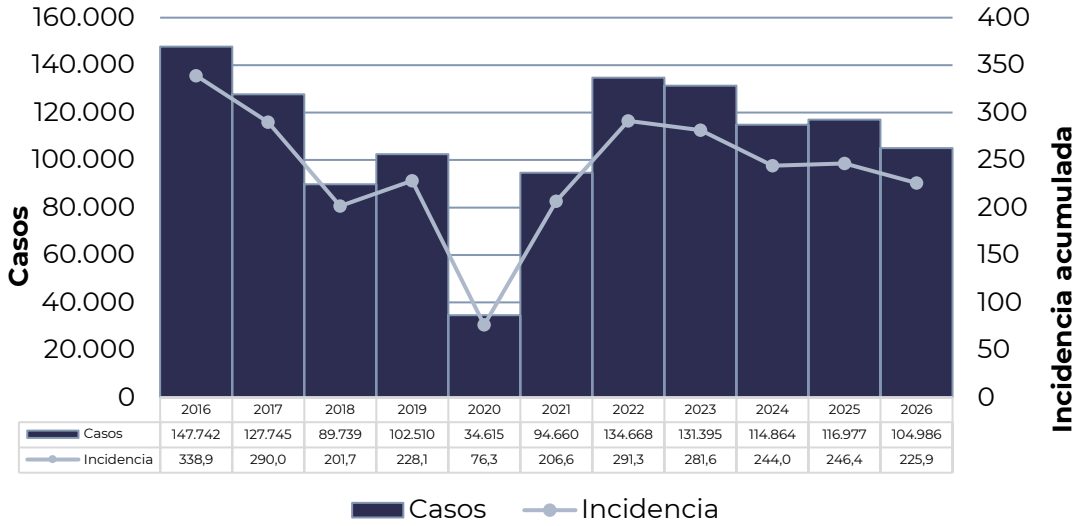
IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 30 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 104.986 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 225,9 casos/ 100.000 habitantes.

[2] Para el cálculo de la tasa de incidencia se utiliza como denominador las proyecciones de población calculadas por INDEC a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010
[3] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

En el período 2016–2026, las notificaciones de neumonía acumuladas hasta SE32 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.

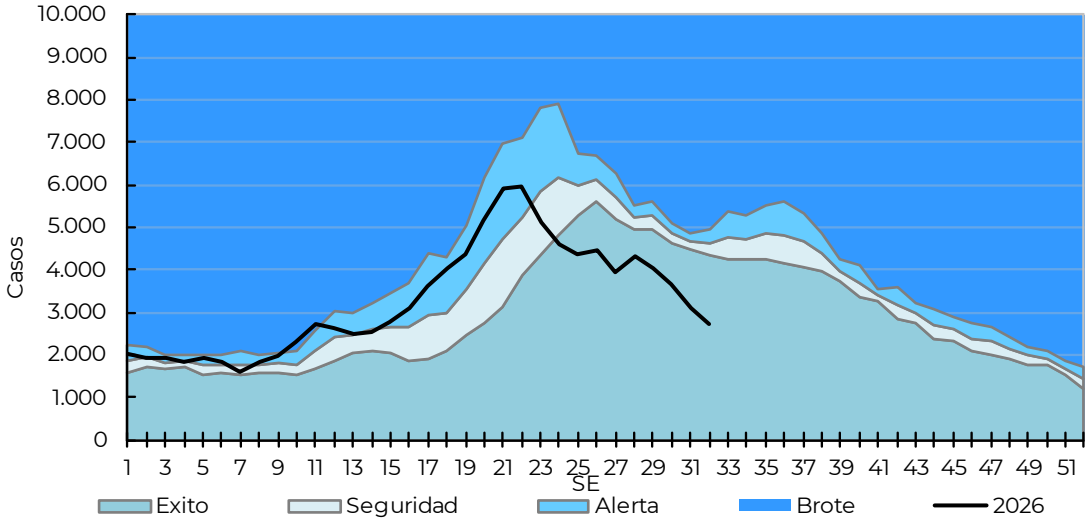
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE32. Argentina.



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

En 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. Los registros de neumonía alcanzaron su máximo en SE21 y 22, con un descenso de los casos en semanas posteriores.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-32 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.

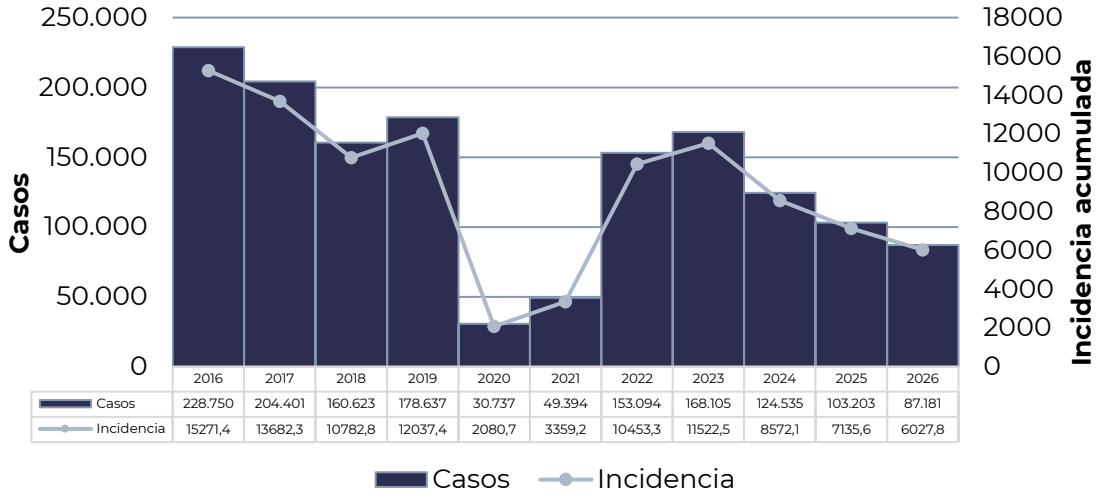
[4] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 32 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 87.181 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 6.027,8 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 32 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. SE32. Argentina.

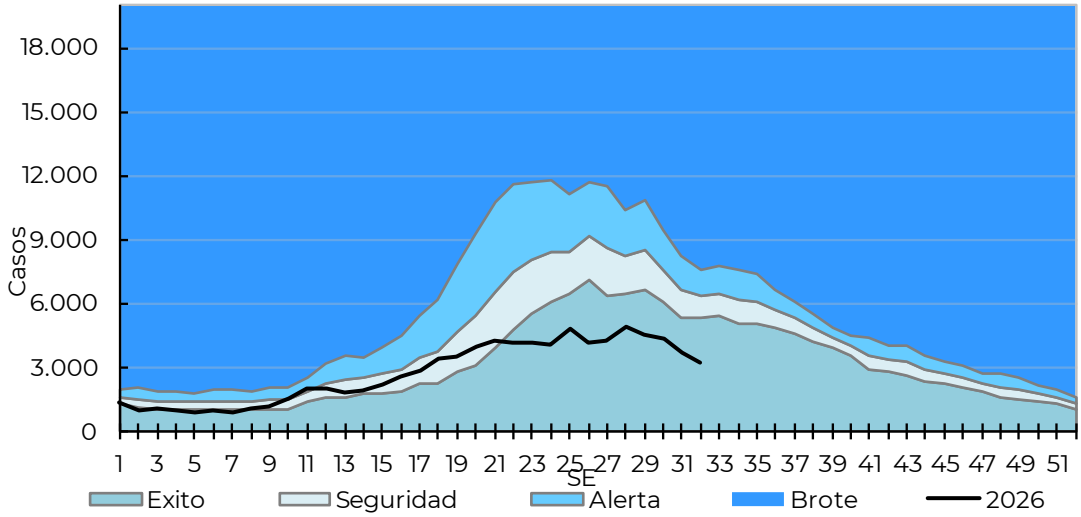


	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	228.750	204.401	160.623	178.637	30.737	49.394	153.094	168.105	124.535	103.203	87.181
Incidencia	15271,4	13682,3	10782,8	12037,4	2080,7	3359,2	10453,3	11522,5	8572,1	7135,6	6027,8

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

En las primeras 32 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 1-32 de 2026[5]. Argentina.



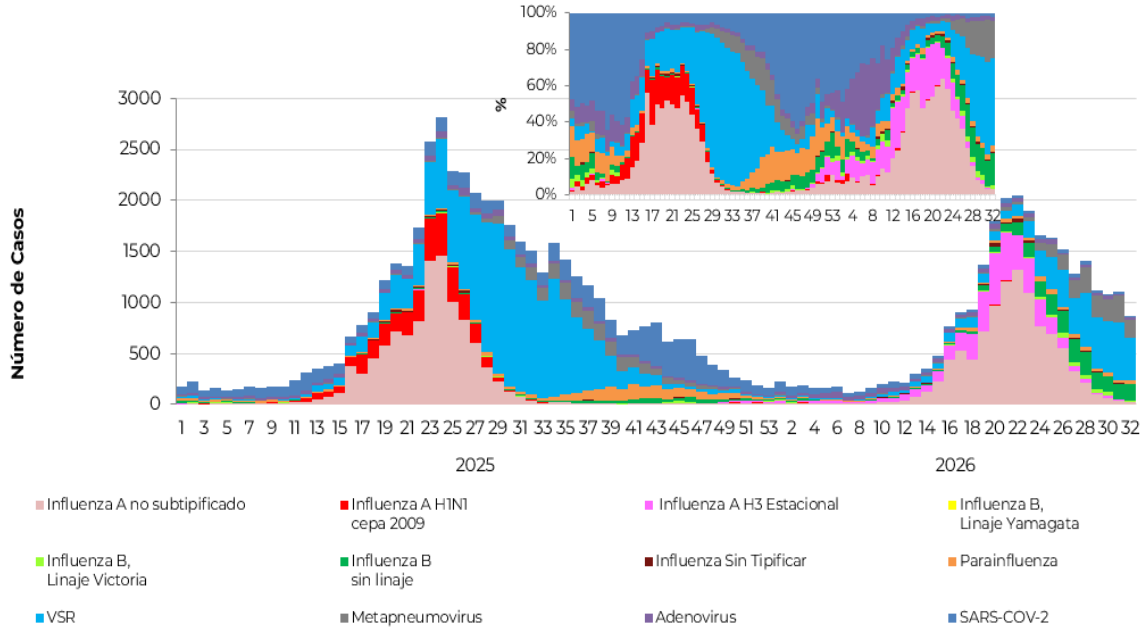
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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. Además, desde la SE15, se observa un incremento de los casos de Influenza B. Entre las SE 31-32 se notificaron un total de 416 casos de influenza. En cuanto a **VSR,** se registra un aumento desde la SE 13, con 980 casos en las últimas dos semanas (SE31 y 32). Durante las 32 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 SE32/2026. Argentina.

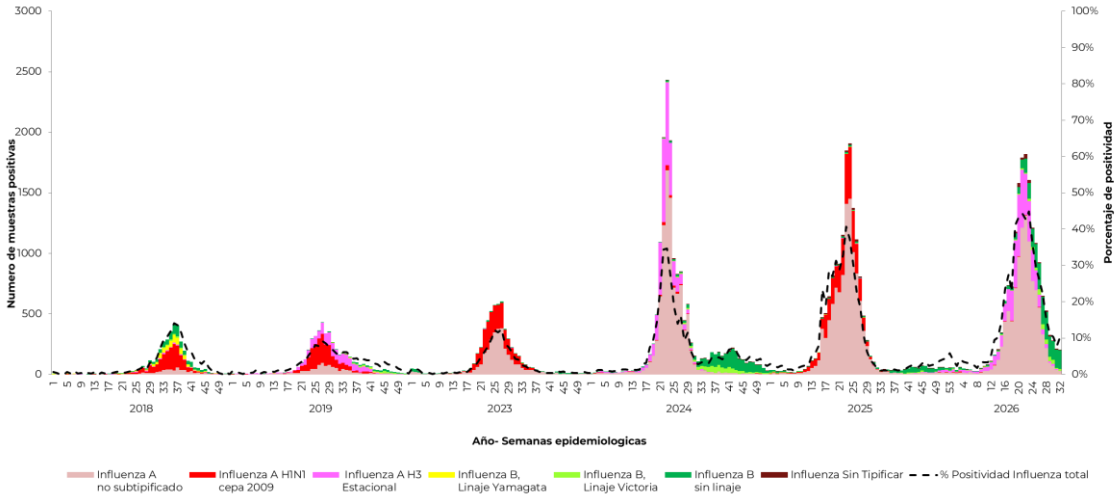


Fuente Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 influenza de manera continua durante todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A, principalmente del subtipo A(H1N1) y de influenza A no subtipificada, lo que evidenció un adelanto del ascenso estacional. El mayor número de detecciones semanales se registró entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. Hacia las últimas semanas del año se observó un nuevo incremento, inicialmente con predominio de influenza B desde la SE36 y, posteriormente, de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2). Durante 2026 se registraron detecciones durante todo el período analizado, con predominio de influenza A(H3N2). Al igual que en 2025, la temporada presentó un inicio adelantado, con un aumento de las detecciones desde la SE10 y un máximo entre las SE21 y SE22. En las últimas semanas se observó, además, un incremento de las detecciones de influenza B del linaje Victoria.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE32/2026. Argentina.[6]



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

En cuanto a **SARS-CoV-2**, durante las primeras 32 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.

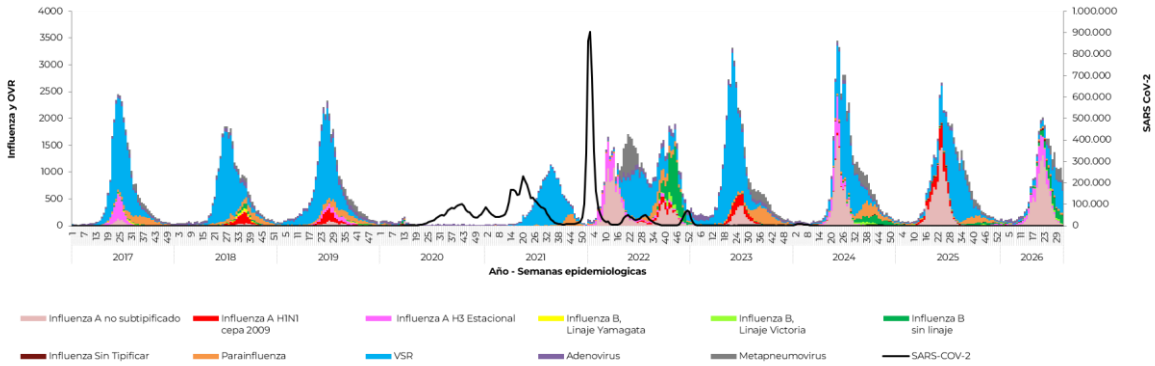
En relación con el **VSR**, durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente. En el año 2026, las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un aumento progresivo a partir de la SE13. Entre las SE31 y SE32 de 2026 se notificaron 980 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 2026, se registra un incremento de las detecciones de metapneumovirus desde la SE20, que se mantiene hasta la actualidad, mientras que las detecciones de los demás virus respiratorios permanecen en niveles bajos.

En la SE28, los virus respiratorios detectados, en orden de frecuencia, fueron VSR, SARS-CoV-2, parainfluenza, metapneumovirus, influenza y adenovirus.

[6] Se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

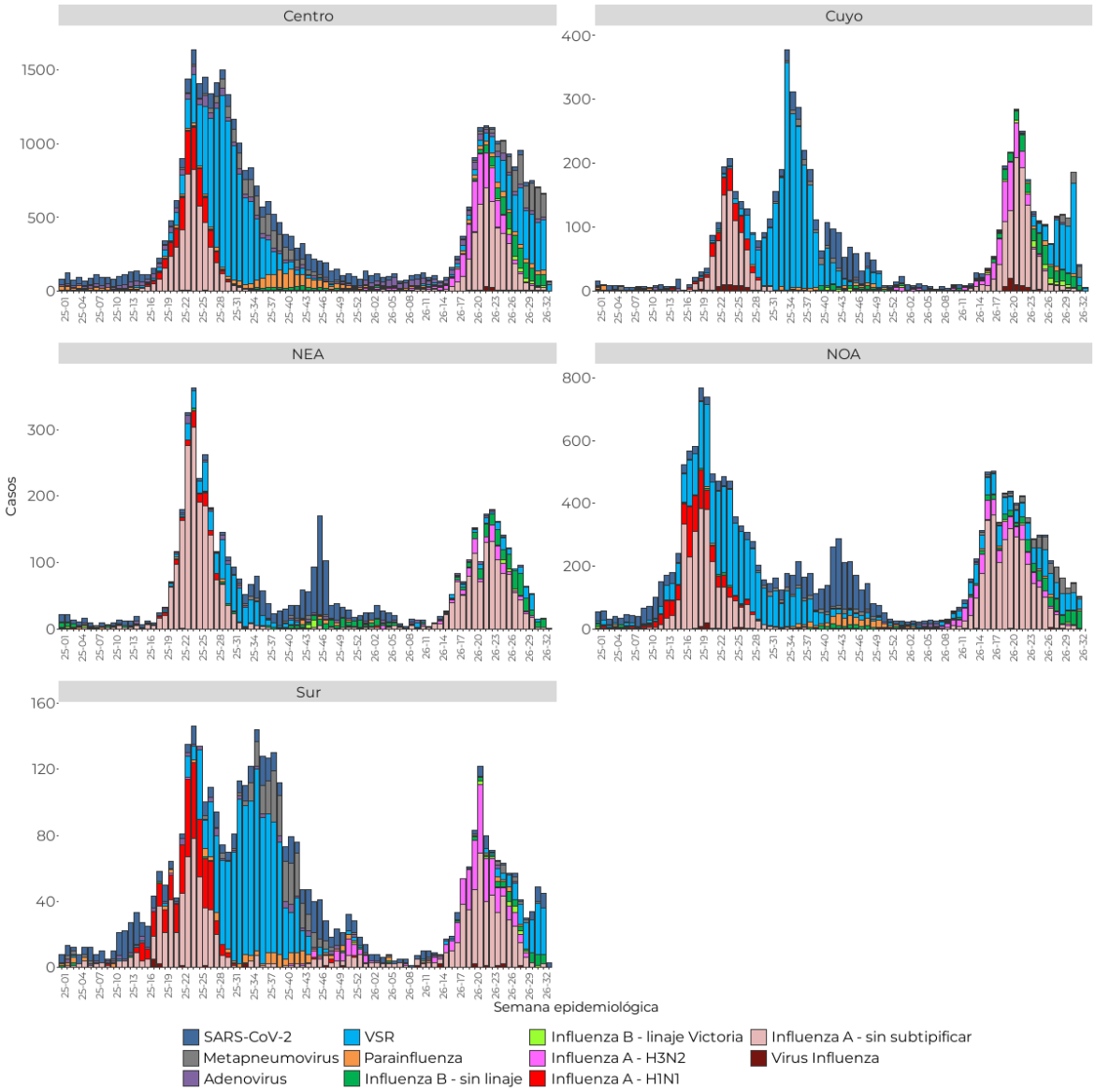
Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE32/2026. Argentina.



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 inicial observado en las se concentró principalmente en las regiones NOA y Centro. En las últimas semanas se observa un aumento en Cuyo y Sur.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE32/2026. 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 33 SE de 2026 se notificaron 710 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas, cifra que resulta un 52,9% 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 32 y 33 de 2026 se registraron 16 casos hospitalizados con este diagnóstico.

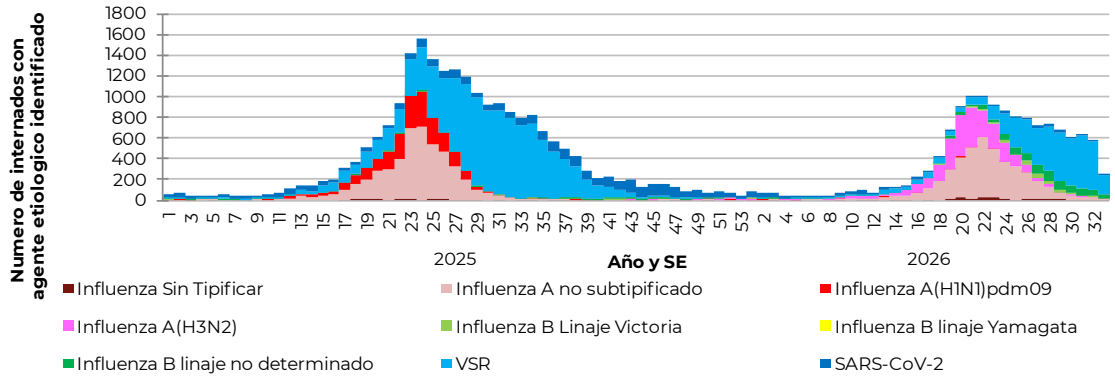
En cuanto a **influenza** en personas hospitalizadas, durante 2025 se observó, a partir de la SE12, un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzó su máximo en la SE24.

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 en las SE21 y 22. En las SE32 y SE33 se notificaron 157 casos hospitalizados con diagnóstico de influenza.

Entre los 8.247 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.834), con menor detección de influenza B (n= 1.217). De los casos de influenza A, 2.660 cuentan con subtipificación, correspondiendo 26 a influenza A (H1N1) pdm09 y 2.634 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B (n= 1.217), 282 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 4.338 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 SE32 y SE33 se registraron 652 detecciones.

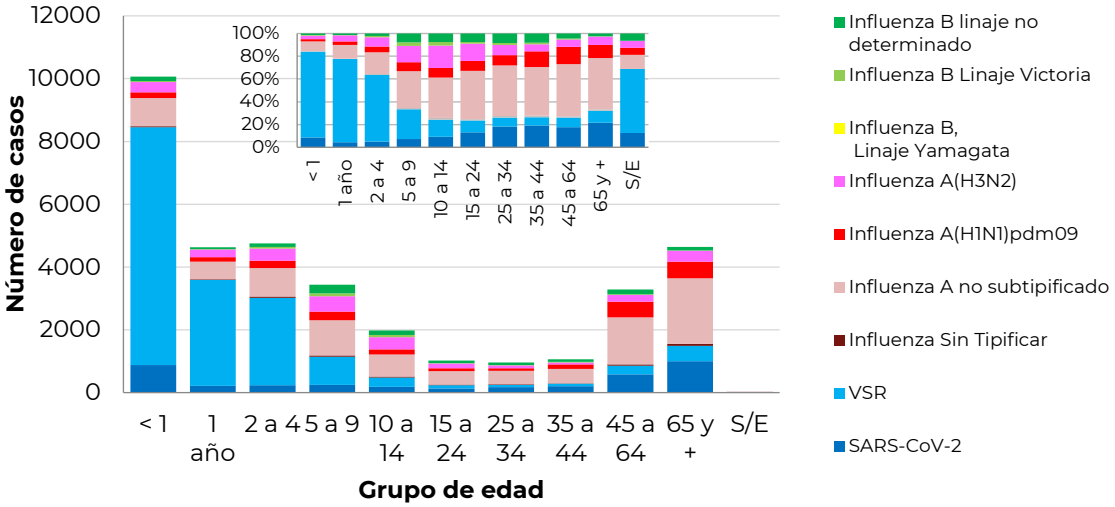
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2025 a SE33/2026. Argentina.



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 SE33/2026, 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 SE33/2026.



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 149 fallecimientos con diagnóstico de influenza. En la SE33 no se notificaron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2.

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.

En un número reducido de muestras derivadas al LNR con diagnóstico previo de influenza no fue posible confirmar la detección viral mediante los algoritmos diagnósticos del LNR. A partir del informe de SE27, estas muestras, previamente consignadas como "Influenza sp." en informes anteriores, se presentan como resultados negativos del LNR.

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 SE31 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. SECUENCIACIÓN GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE1/2025 y la SE31/2026, el LNR secuenció 471 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 24 jurisdicciones, de las cuales 430 (91%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (6%) 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 31/2026 (N =471).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Centro	**1**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**6**	**156**	**179**
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	68	78
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	39	45
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	9	12
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	18	20
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	22	24
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**0**	**36**	**42**
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	6	6
NEA	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**1**	**0**	**31**	**35**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	12	14
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	15
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**132**	**138**
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	24	25
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	30	31
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52	52
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**42**	**77**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	4	7
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	10
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	16	19
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	5
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	7	22
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	4	14
Total	3	1	23	0	33	0	0	5	9	397	471

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 31/2026.

En términos acumulados hasta el 27/08/2026 el LNR recibió 2504 muestras de Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 hasta la SE31/2026, de las cuales 2476 pudieron ser tipificadas y subtipificadas y 28 resultaron negativas. Entre las muestras tipificadas, el 86% correspondió a Influenza A y el 14% 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 344 de los 352 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, 30%; Cuyo, 16%, Sur, 8%; y NEA, 7%).

En todas las regiones se registra el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A, entre 79% y 91% 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 9% y 21% 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 SE31, Año 2026 (N = 2504).

Jurisdicción	Influenza A							Influenza B								Negativo	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	Subclado C.5.7	Sin esp.			
Centro	**0**	**156**	**6**	**621**	**1**	**7**	**12**	**25**	**5**	**4**	**16**	**20**	**1**	**82**	**2**	**10**	**968**
Buenos Aires	0	68	5	322	0	1	5	12	4	3	4	12	1	37	0	6	480
CABA	0	39	1	137	0	4	5	1	0	1	0	3	0	10	0	1	202
Córdoba	0	9	0	35	1	1	0	5	1	0	4	1	0	16	0	1	74
Entre Ríos	0	18	0	32	0	0	0	4	0	0	2	2	0	7	0	0	65
Santa Fe	0	22	0	95	0	1	2	3	0	0	6	2	0	12	2	2	147
Cuyo	**0**	**36**	**0**	**272**	**0**	**0**	**1**	**2**	**0**	**0**	**8**	**1**	**0**	**69**	**0**	**3**	**392**
Mendoza	0	21	0	172	0	0	0	0	0	0	7	1	0	54	0	1	256
San Juan	0	9	0	66	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	2	82
San Luis	0	6	0	34	0	0	0	2	0	0	1	0	0	11	0	0	54
NEA	**1**	**31**	**0**	**121**	**1**	**3**	**1**	**2**	**0**	**0**	**3**	**1**	**0**	**16**	**0**	**3**	**183**
Chaco	1	12	0	15	0	0	0	2	0	0	2	1	0	10	0	1	44
Corrientes	0	2	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
Formosa	0	15	0	92	1	3	1	0	0	0	1	0	0	4	0	2	119
Misiones	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5
NOA	**1**	**132**	**3**	**525**	**0**	**3**	**6**	**5**	**0**	**2**	**3**	**1**	**0**	**52**	**6**	**11**	**750**
Catamarca	0	12	0	85	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	103
Jujuy	0	12	3	112	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0	1	134
La Rioja	0	24	0	27	0	0	1	2	0	0	0	1	0	2	0	0	57
Salta	1	30	0	159	0	2	3	0	0	2	0	0	0	20	4	8	229
Santiago del Estero	0	2	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0	1	29
Tucumán	0	52	0	125	0	0	0	1	0	0	3	0	0	14	2	1	198
Sur	**3**	**42**	**0**	**134**	**0**	**1**	**4**	**1**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**24**	**0**	**1**	**211**
Chubut	0	4	0	22	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	1	31
La Pampa	0	9	0	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	45
Neuquén	0	16	0	46	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	0	0	69
Río Negro	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Santa Cruz	3	7	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	0	24
Tierra del Fuego	0	4	0	25	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	0	0	37
Total	5	397	9	1673	2	14	24	35	5	6	30	24	1	243	8	28	2504

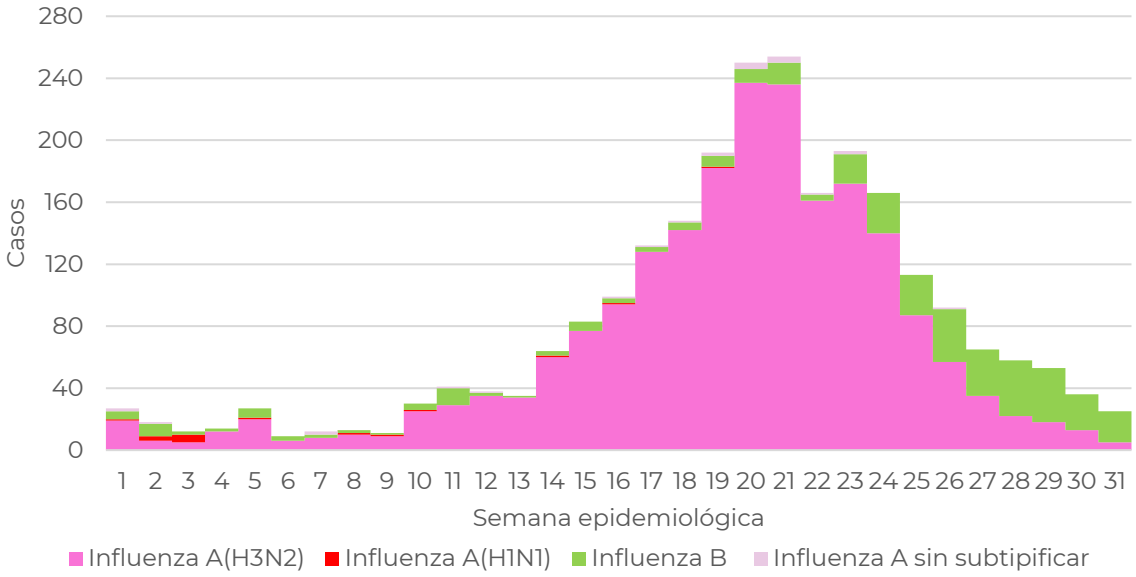
Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

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, alcanzándose un máximo de 254 casos en la SE21, seguido por un descenso a partir de la SE23.

En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, Influenza A(H3N2) fue el subtipo predominante durante la mayor parte del período analizado, con un descenso sostenido a partir de la SE23. Influenza B se detectó a lo largo de todas las semanas epidemiológicas, con un aumento de su proporción hacia las últimas semanas, concentrando más del 50% de los

casos recibidos a partir de SE28. Por su parte, Influenza A(H1N1) se detectó de manera esporádica hasta la SE19.

Gráfico 13. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE31, Año 2026[7]

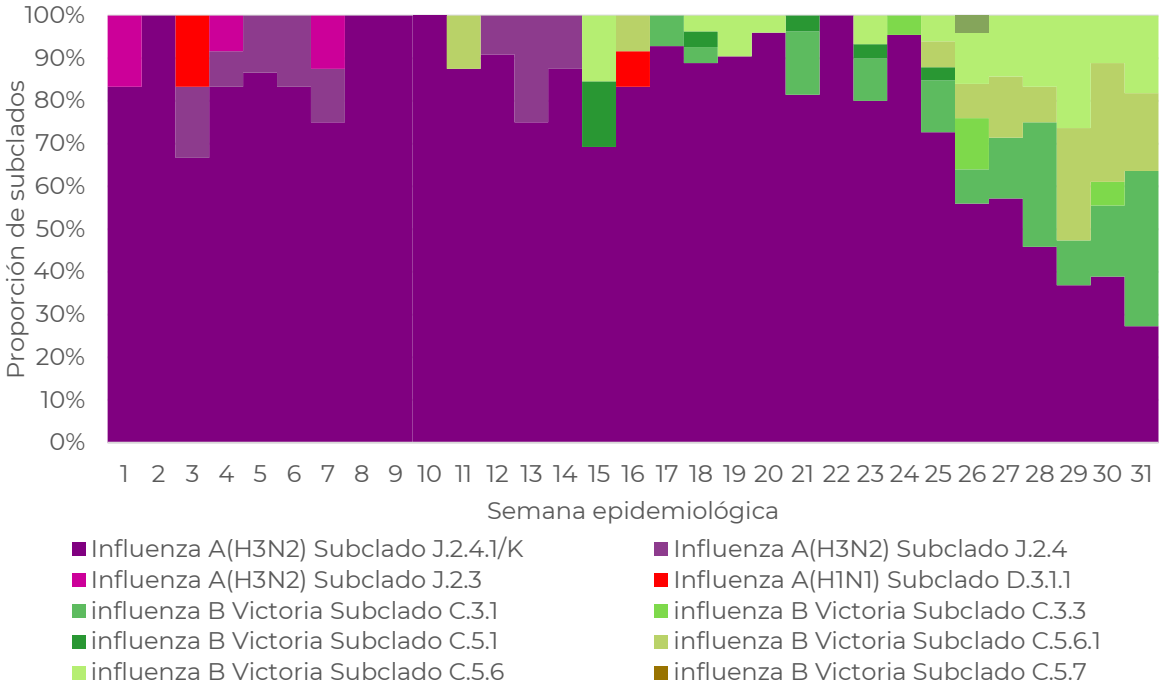


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 514 muestras de Influenza: 411 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 101 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado predominante fue J.2.4.1/K (97%), seguido de J.2.4 (2%) y J.2.3 (1%). A partir de la SE15, todas las secuencias de Influenza A(H3N2) obtenidas correspondieron al subclado J.2.4.1/K. Las dos secuencias de Influenza A(H1N1) fueron clasificadas como subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria, se observó una distribución heterogénea de subclados, con predominio de C.3.1 (34%), C.5.6 (30%) y C.5.6.1 (24%). Las restantes secuencias correspondieron a los subclados C.5.1 (6%), C.3.3 (5%) y C.5.7 (1%).

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

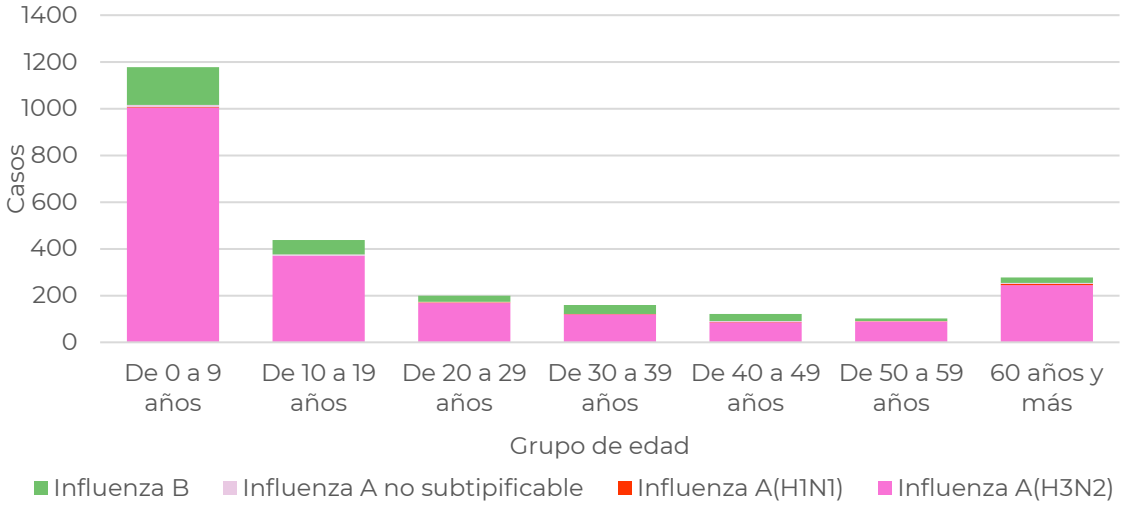
Gráfico 14. Distribución proporcional de casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE31. Año 2026.



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 35% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (18%) y 60 años y más (11%). 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 63% en los menores de 20 años.

Gráfico 15. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo y subtipo según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE31, Año 2026.

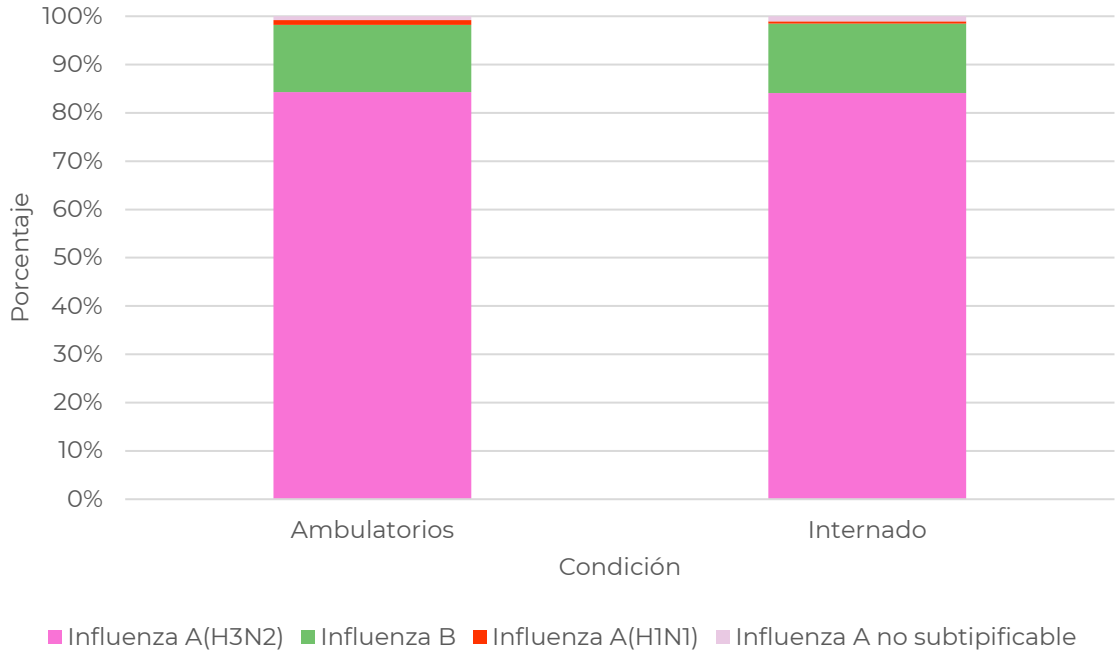


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, predominó Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios (87%) como en internados (85%). Influenza B representó el 13% de los casos recibidos en el LNR entre los pacientes

ambulatorios y el 11% entre los internados, mientras que Influenza A(H1N1) se registró en una proporción muy baja en ambos grupos.

Gráfico 16. Distribución proporcional de tipos y subtipos según condición clínica de los casos. SE1 a SE31, 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.

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

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su 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.8. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA 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.10. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[8],[9] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[10],[11] En Argentina, durante el año 2024, el

[8] 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.

[9] 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.

[10] 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.

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

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

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

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

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

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

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

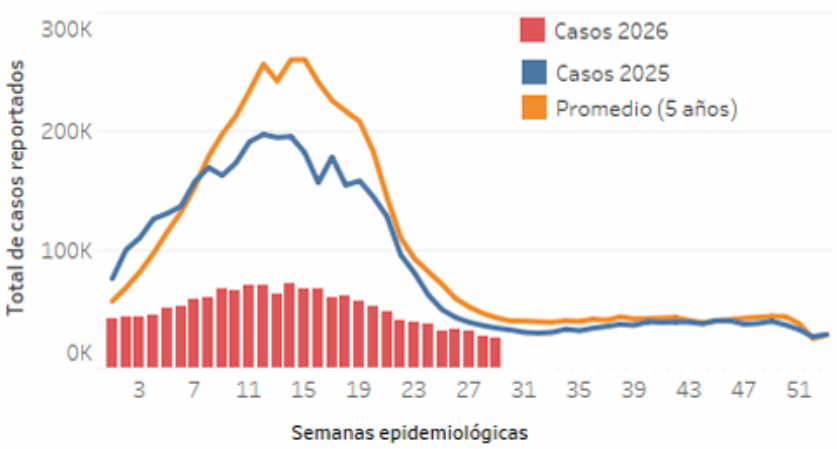
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

V.1. Situación regional

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Informe de la situación epidemiológica del dengue en los países endémicos de las Américas actualizado el 17 de agosto.

Desde la SE (semana epidemiológica) 1 al SE 29 del 2026, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,470,237 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 142 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 60% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 66% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 29. De los 1,470,237 casos de dengue reportados en las Américas, 441,126 casos (30%) fueron confirmados por laboratorio y 2,803 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 439 muertes por dengue, para una letalidad del 0.030%.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 29 en 2026, 2025 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

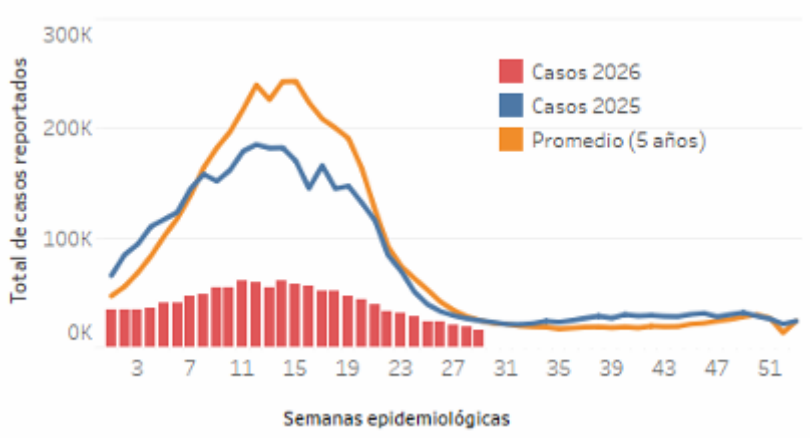
19 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la **SE 29**. Estos países registran en conjunto 25,906 nuevos casos sospechosos de dengue, 68 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 9 muertes. para una letalidad de 0.035%.

17 países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Panamá, Brasil, Venezuela, México con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 16,375 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 29. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 64% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 70% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

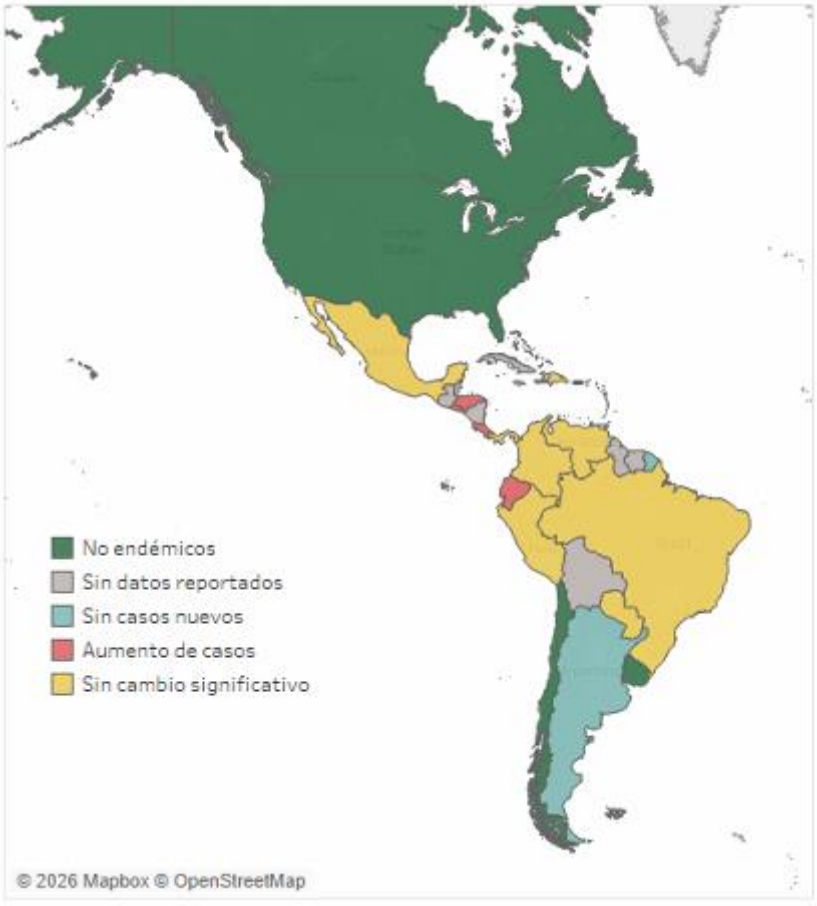
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 29 en 2026, 2025 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

En el mapa 1 se observa la incidencia acumulada de casos de dengue para el año 2026 en la región de las Américas, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de casos aunque sin cambios significativos con respecto a semanas previas.

Mapa 1. Dengue: Países con aumento o disminución de casos de dengue durante la SE 29, en comparación con el promedio de las últimas cuatro semanas del 2026.



Fuente. Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas.

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[12] y el ARBO-portal[13] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 27/08/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 33 de 2026 se notificaron 1.221.201 casos de dengue, de los cuales 327.724 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 76% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 302 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 121.265 casos. De ellos, 51.565 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 48% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 48 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, se registraron 11.017 casos, de los cuales 537 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 66%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 24/2026 se confirmaron 55 casos por laboratorio, en comparación con los 11.866 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 27/2026, se reportaron un total de 51.505 casos de dengue, de los cuales 590 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 51% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 41.994 casos, de los cuales 11.407 fueron confirmados por laboratorio, 3 veces más que los registrados para la misma semana epidemiológica de 2025, y se notificaron 27 fallecidos. Asimismo, se notificaron 1.460 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 31/2026 se registraron un total de 9.514 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 244 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 82% menos que en la misma semana de 2025. Respecto a chikungunya, se notificaron 19 casos confirmados por laboratorio, un 60% 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 32/2026 se reportaron un total de 44.260 casos de dengue, de los cuales 36.670 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa un aumento del 23% en comparación con la misma semana epidemiológica del 2025. Se registraron 52 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 31/2026 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 31, se notificaron 13 casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

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

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

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[14].

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

V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. INICIO DE TEMPORADA 2026/2027

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

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

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

El análisis temporal de los casos notificados entre 2022 y 2026 evidencia que, hasta la SE33/2026, el número de casos se mantiene en niveles bajos, sin variaciones significativas respecto del mismo período de la temporada anterior y considerablemente por debajo de los máximos registrados durante los años epidémicos.

De acuerdo con la fecha mínima[15],durante la **SE33/2026** (tercera semana de la temporada 2026/27) se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 243 casos sospechosos. De ellos, **2** fueron **confirmados**, ambos con antecedente de viaje a **Brasil** y residencia en Provincia de Buenos Aires e identificación del serotipo **DENV-3**; 5 fueron clasificados como probables en las provincias de Salta, Corrientes y Buenos Aires que aún

[14] 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

[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).

continúan en investigación; 134 fueron descartados y 102 permanecen en estudio como casos sospechosos.

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

V.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

V.3.A. NOTA METODOLÓGICA

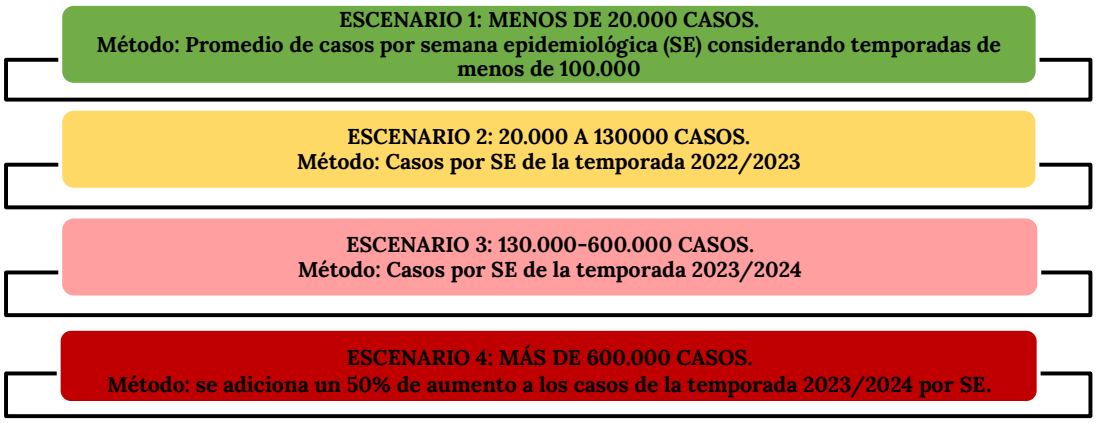
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada escenario se establecieron rangos de casos esperados y un criterio metodológico específico (Gráfico 3).

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

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

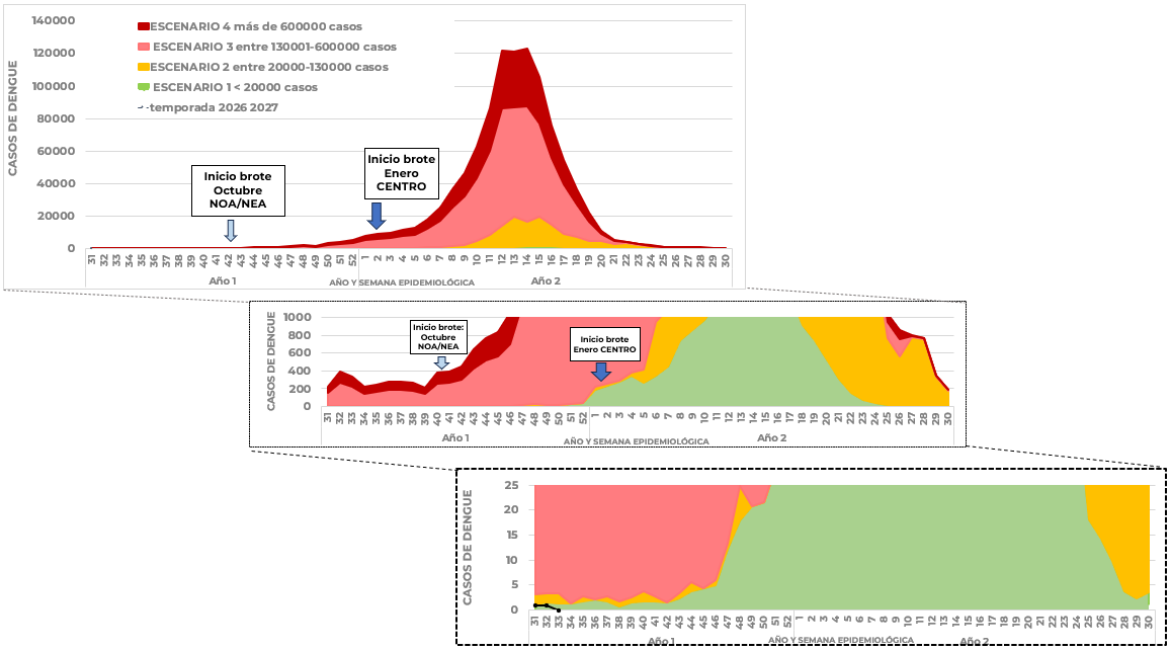
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan la curva de la nueva temporada 2026-2027 (n=2) y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 4)

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 3. Dengue: Casos de dengue[16] por semana epidemiológica. Años 2022-2026. Argentina.



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

V.4.Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Con la SE 31/2026 se inicia la nueva temporada epidemiológica 2026/2027 para la vigilancia de Fiebre Chikungunya. Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 55 casos sospechosos, de los cuales **5** fueron clasificados como **probables** en la provincia de Salta en los departamentos de Orán, Gral. José de San Martín y Anta; mientras que los restantes continúan en estudio.

[16]Incluye casos de dengue autóctonos e importados. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

Durante el primer semestre de 2026, Argentina atravesó un brote de fiebre chikungunya que afectó principalmente a la región NOA, con predominio de casos en Salta, Tucumán y Jujuy y un pico de notificaciones en la SE 16, seguido de un descenso progresivo y sostenido.

Actualmente, **no se registran casos confirmados correspondientes a la nueva temporada.** No obstante, considerando el antecedente reciente de circulación de CHIKV en el territorio nacional y la posibilidad de circulación simultánea de distintos Arbovirus, se recomienda mantener una vigilancia intensificada y sostener la búsqueda de chikungunya entre los casos de síndrome febril agudo inespecífico, con especial atención a la detección oportuna de posibles nuevos focos de transmisión.

INFORMES
ESPECIALES

VI. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus. Análisis de fin de temporada 2025-2026

VI.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus

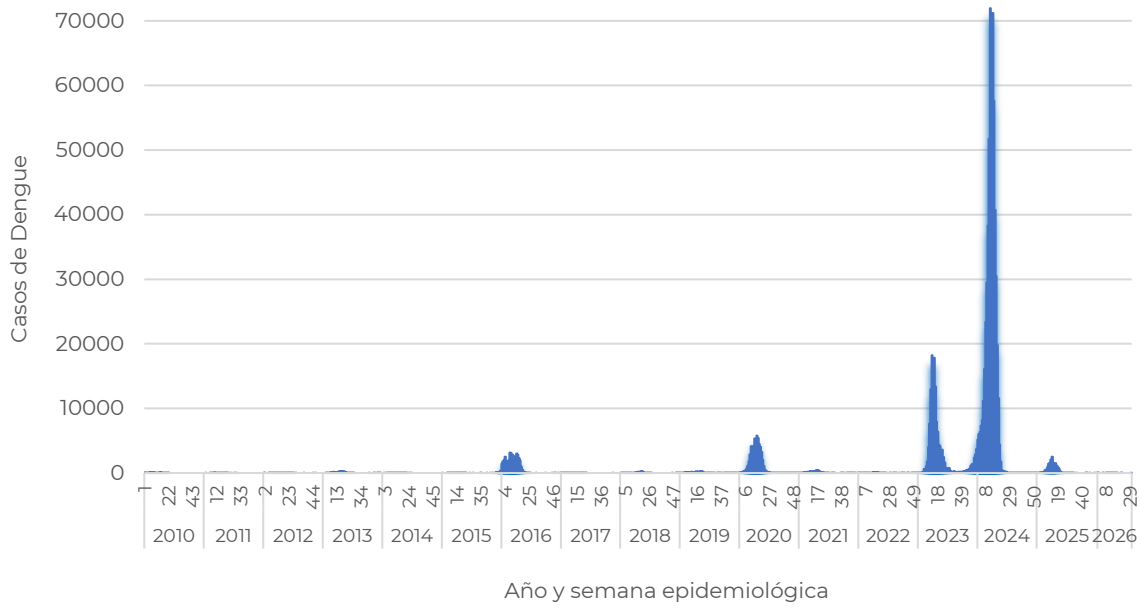
Para describir la situación regional ver apartado *"Vigilancia de dengue y otros Arbovirus. Temporada 2026/2027"* publicado en esta edición.

VI.2. Situación de dengue en Argentina

VI.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

El análisis histórico de la situación del dengue muestra un progresivo acortamiento de los intervalos interepidémicos desde 2010, tendencia que se intensificó durante los últimos cinco años (Gráfico 1). Desde la reemergencia del dengue en Argentina, en 1997, los años 2023 y 2024 registraron epidemias de magnitud sin precedentes, que concentraron el 82% del total de casos históricos notificados en el país. Sin embargo, las temporadas posteriores a la epidemia de 2023/2024 presentaron una magnitud considerablemente menor; en particular, la temporada actual se encuentra entre las de menor número de casos confirmados de los últimos años.

Gráfico 1. Dengue: Casos[17] por semana epidemiológica. SE01/2010-SE30/2026. Argentina. N=863.753



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 2025/2026, la región Centro concentró la mayor proporción de casos de dengue del país y presentó la incidencia acumulada más elevada, constituyéndose en la región con mayor afectación y expansión territorial. Si bien los primeros casos de la

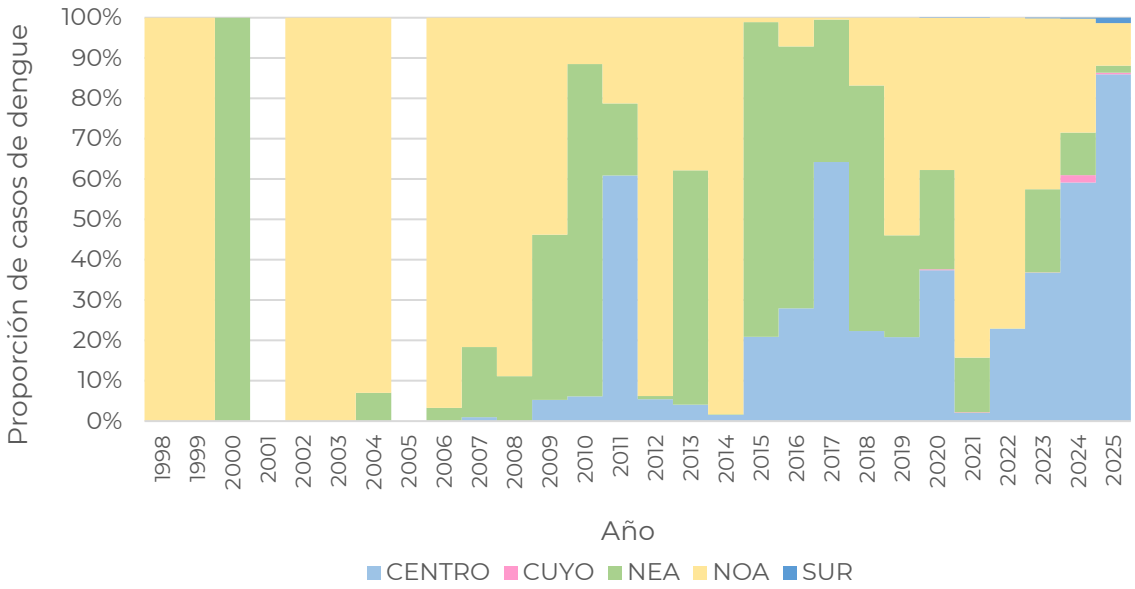
[17] Se considera caso de dengue a todo confirmado por laboratorio o casos por criterio clínico-epidemiológico, dependiendo de las fase de preparación, alerta temprana y recuperación. guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf

temporada se registraron en las regiones del norte, particularmente en el NOA y el NEA, la posterior expansión de la transmisión en la región Centro determinó su preponderancia en el total nacional.

Este patrón da continuidad a lo observado en las últimas temporadas y evidencia un cambio respecto de la dinámica histórica del dengue en Argentina. Hasta 2008, la mayor parte de los casos se concentraba en el NOA y, en menor medida, en el NEA. Sin embargo, desde 2009 la región Centro incrementó progresivamente su participación, especialmente durante los años epidémicos, hasta aportar más del 50% de los casos registrados durante la epidemia de 2024.

Aunque la temporada actual presentó una magnitud considerablemente menor que las epidemias precedentes, la distribución regional de los casos confirma la consolidación de la región Centro como el principal escenario de transmisión. Este comportamiento se inscribe en un proceso más amplio de expansión territorial del dengue, que en los últimos años incluyó brotes en departamentos sin antecedentes de circulación, una mayor participación de la región Cuyo y la detección de transmisión autóctona en La Pampa. Asimismo, la persistencia de la circulación viral durante el invierno en el NEA desde 2023 y el adelantamiento del inicio de los casos reflejan modificaciones en la temporalidad y en la dinámica epidemiológica de la enfermedad.

Gráfico 2. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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

VI.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

Durante la temporada 2025-2026, se desarrolló un modelo de estimación de escenarios epidemiológicos nacionales, orientado a fortalecer el análisis prospectivo y contribuir a la planificación y la toma de decisiones.

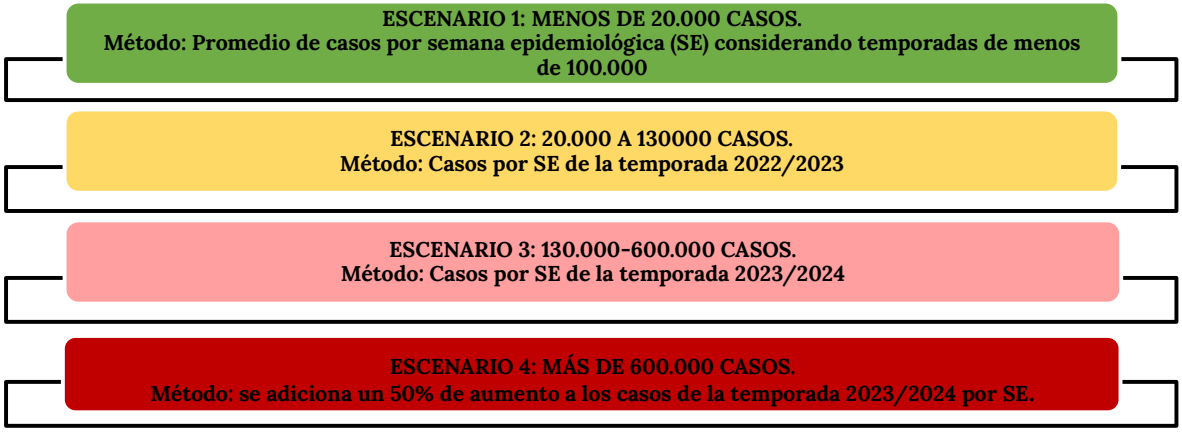
VI.3.A. NOTA METODOLÓGICA

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 3).

- **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 de dengue 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.

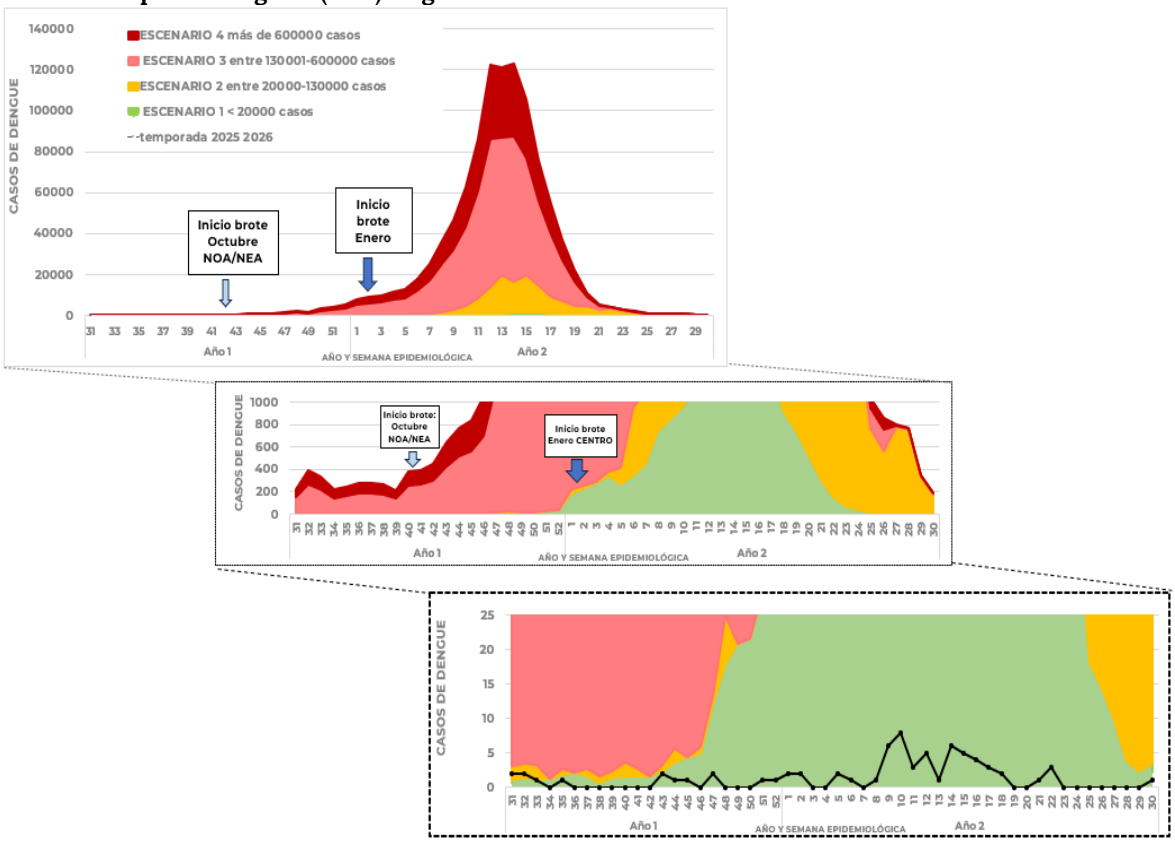
Gráfico 3. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Argentina.



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

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 permitieron dimensionar 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 4)

Gráfico 4. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=71). 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)

VI.3.B. ANÁLISIS DE CIERRE DE LA TEMPORADA EPIDÉMICA SE31/2025 A SE30/2026

Con el propósito de cerrar la temporada y completar su caracterización epidemiológica, las jurisdicciones realizaron una revisión integral y exhaustiva de los casos notificados. En este proceso, se reclasificaron aquellas notificaciones que permanecían en estudio o habían sido clasificados como probables, de acuerdo con los resultados de laboratorio disponibles y los antecedentes clínico-epidemiológicos. Asimismo, se excluyeron los registros que no cumplían con las definiciones de caso vigentes para los eventos "Dengue" y "Dengue durante el embarazo". En consecuencia, las cifras presentadas en este informe pueden diferir de las publicadas en reportes anteriores.

Durante la temporada 2025-2026, se notificaron en Argentina **28.028 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo** al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Del total, **71 casos fueron confirmados por laboratorio** y **189 se clasificaron como probables**, al no contar con resultados suficientes para confirmar o descartar la infección [18].

[18]Dada la proximidad temporal con los brotes de dengue de las temporadas 2023-2024 y, en menor medida, 2024-2025, así como el inicio de la vacunación a fines de 2023, los resultados de laboratorio compatibles con un caso probable pueden corresponder a una infección aguda, a la persistencia de anticuerpos por una infección previa o al

Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 39 casos confirmados no presentaron antecedentes de viaje (55%). Se confirmaron 32 casos con antecedente de viaje a Brasil, Bolivia, Colombia, Cuba, Etiopía, Indonesia, Maldivas, México, Sri Lanka, Venezuela, Paraguay y República Dominicana. Se notificaron 29 casos con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[19]. No se notificaron casos confirmados ni probables asociados a trasplante de órganos.

VI.3.C. COMPORTAMIENTO TEMPORAL

A nivel nacional

Durante la temporada 2025-2026, comprendida entre la SE 31/2025 y la SE 30/2026, la circulación de dengue en Argentina se mantuvo en niveles muy bajos, con una marcada diferencia respecto de las temporadas epidémicas precedentes. Durante el primer tramo de la temporada predominaron los casos importados, mientras que, a partir de las primeras semanas de 2026, aumentó la participación relativa de los casos autóctonos.

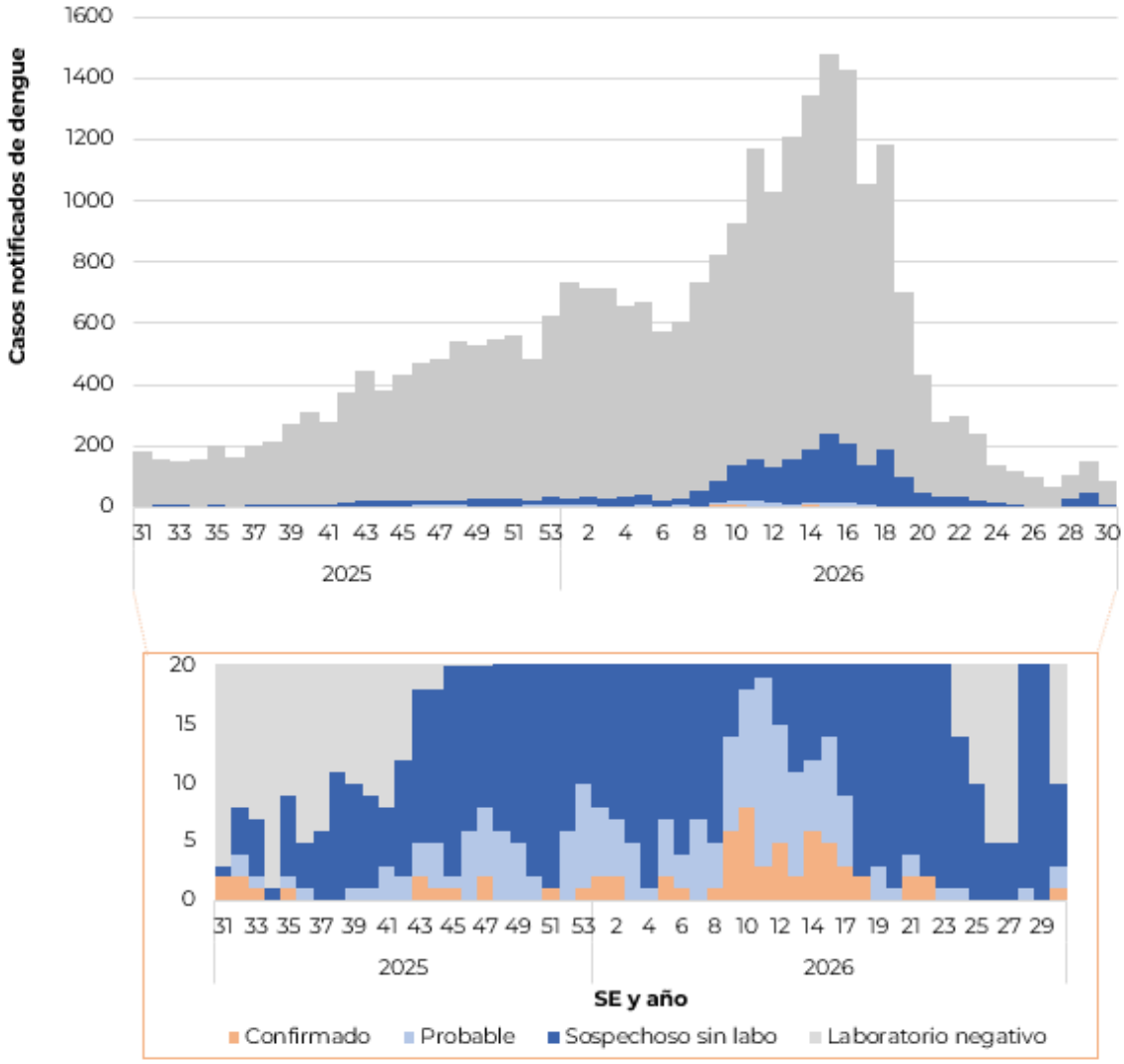
El 79% de los casos confirmados se concentró entre las SE 1 y 22/2026, período durante el cual se observó una mayor participación de casos sin antecedente de viaje. El máximo semanal se presentó en la SE 10/2026, con ocho casos confirmados. En contraste, los casos confirmados notificados al comienzo y hacia el final de la temporada correspondieron, en mayor proporción, a casos importados.

Durante la temporada se observó un promedio de 1,33 casos confirmados por semana, con un rango de 0 a 8 casos. Si bien los casos confirmados y probables se concentraron principalmente entre las SE 9 y 18/2026, no se verificó un aumento sostenido de casos ni evidencia de transmisión epidémica a nivel nacional. Por otro lado, el elevado número de casos sospechosos con resultados negativos de laboratorio, particularmente durante las semanas de mayor sensibilidad de la vigilancia, da cuenta de que el incremento de las notificaciones de casos sospechosos no se tradujo en un incremento proporcional de los casos confirmados.

antecedente de vacunación. Para su reclasificación se analizaron los antecedentes clínicos, epidemiológicos y de vacunación disponibles. Cuando esta información fue insuficiente o no se encontraba completa, los casos permanecieron clasificados como probables.

[19] En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

Gráfico 5. Dengue: Casos de dengue[20] por semana epidemiológica según fecha mínima según clasificación de caso. SE31/2025 a SE30/2026. 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)

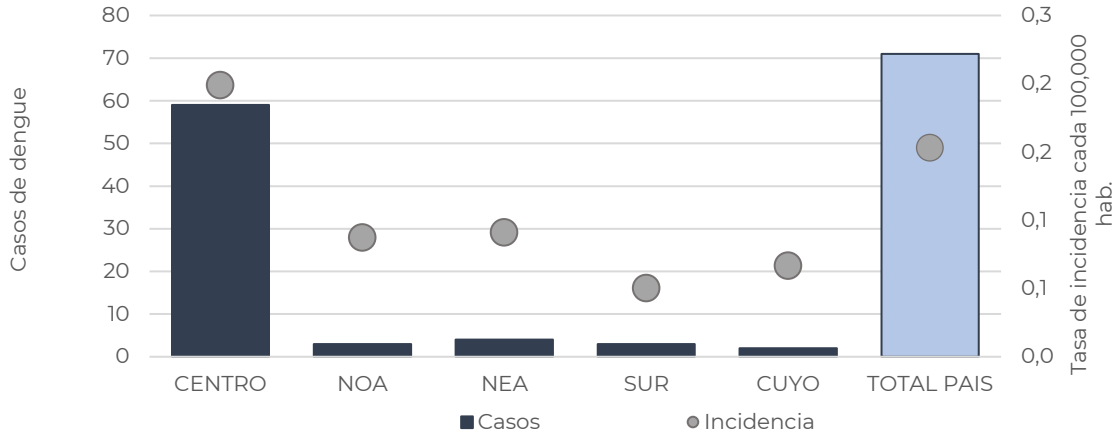
A nivel regional

La región Centro concentró el 83% de los casos confirmados del país, constituyéndose en la principal región aportante durante la temporada. Las regiones NOA, NEA, Sur y Cuyo consignaron un número menor de casos y contribuyeron, cada una, con proporciones similares al total nacional. En las regiones Sur y Cuyo no se presentaron casos autóctonos, por lo que no hubo evidencia de circulación viral autóctona durante la temporada. La incidencia acumulada nacional fue de 0,15 casos confirmados cada 100.000 habitantes, valor marginal en comparación con los 1.239 casos cada 100.000 habitantes registrados durante la temporada 2023-2024. La región Centro presentó la incidencia acumulada más elevada, con 0,2 casos cada 100.000 habitantes, seguida por la región NEA, con 0,1 casos cada 100.000 habitantes. En todas las regiones, las incidencias se mantuvieron en niveles muy bajos, en

[20]Incluye casos de dengue autóctonos, importados y no vectoriales. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

concordancia con un escenario nacional de circulación viral limitada y sin transmisión sostenida.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2025 a SE30/2026. Argentina[21].



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

VI.3.D. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

En la siguiente tabla se presentan los casos de Dengue y Dengue en embarazadas según clasificación, jurisdicción y región. Se excluyen de la presentación los casos relacionados con la vacunación y trasplantados.

[21] Incidencia acumulada: calculada con el promedio de la población 2025 y 2026, proyecciones Censo 2022. Proyecciones - Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. SE31/2025 a SE30/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con lab. negativo	Sosp. (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos confirmados de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	10	39	6	10	DENV-1,2	1513	366	1944	16
CABA	23	25	10	2	DENV-1,2,3	486	184	730	33
Córdoba	2	5	2	0	DENV-2	2809	83	2901	4
Entre Ríos	0	4	4	1	DENV-3	335	6	350	4
Santa Fe	0	24	2	2	DENV-3	1320	68	1416	2
Total Centro	**35**	**97**	**24**	**15**		**6463**	**707**	**7341**	**59**
Mendoza	0	0	2	1	DENV-3	139	3	145	2
San Juan	0	0	0	0		43	0	43	0
San Luis	0	0	0	0		84	18	102	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**1**		**266**	**21**	**290**	**2**
Chaco	0	8	0	0		1027	4	1039	0
Corrientes	0	0	0	0		170	29	199	0
Formosa	2	2	1	0	DENV-2	5587	0	5592	3
Misiones	0	4	1	0		1002	0	1007	1
Total NEA	**2**	**14**	**2**	**0**		**7786**	**33**	**7837**	**4**
Catamarca	1	5	0	0	DENV-2	485	4	495	1
Jujuy	1	1	1	0	DENV-3	1481	11	1495	2
La Rioja	0	1	0	0		266	1	268	0
Salta	0	35	0	0		3430	1171	4636	0
S. del Estero	0	8	0	0		319	585	912	0
Tucumán	0	10	0	1		4439	94	4544	0
Total NOA	**2**	**60**	**1**	**1**		**10420**	**1866**	**12350**	**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		29	4	36	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**		**187**	**19**	**210**	**3**
Total País	**39**	**171**	**32**	**18**	**DENV-1.2,3**	**25122**	**2646**	**28028**	**71**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

****C-E: Clínico-epidemiológico***

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

VI.3.E. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CASOS DE DENGUE DURANTE LA TEMPORADA

- **Tres** casos 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 Nicolás; seis con antecedente de viaje a Paraguay, México, Indonesia y Brasil.
- **Treinta y tres** casos notificados en **CABA**: Veintitrés 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 12, 7, 9 y 1. Además, se notificaron diez casos con antecedente de viaje a Brasil (DENV-3), Sri Lanka (DENV-3), Pakistán, México (DENV-3), Republica Dominicana y Venezuela.
- **Cuatro** casos notificados por **Córdoba:** dos casos con antecedente de viaje a México y dos 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, 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

Durante toda la temporada, **ninguno de los indicadores de cambio de fase alcanzó los umbrales establecidos para el pasaje a la fase de respuesta**, por lo que a nivel nacional se mantuvo la fase de preparación[22]. No obstante, entre las SE 9 y 17/2026 se identificó un conglomerado de casos de baja magnitud en la Comuna 10 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, particularmente en el barrio de Villa Real, que no determinó un cambio de fase.

VI.3.F. SENSIBILIDAD DE LA VIGILANCIA Y ABORDAJE DE LOS CASOS PROBABLES

A pesar de la baja circulación de dengue observada durante la temporada 2025-2026, el sistema de vigilancia se mantuvo activo y sensibilizado. Se notificaron **28.028 casos**, de los cuales **25.122** fueron **descartados** (por laboratorio, por epidemiología y/o por diagnóstico diferencial) y 71 confirmados, lo que determinó una **positividad** a nivel país del **0,25%**. Este bajo valor refleja la capacidad de los equipos de salud para sostener la detección, notificación y estudio de personas con síndrome febril agudo inespecífico, aún en un escenario de escasa circulación viral.

El NOA concentró el mayor número de notificaciones (n=12.350; 44,1%), seguido por el NEA (n=7.837; 28%) y la región Centro (n=7.341; 26,2%). Estas regiones también reunieron la mayor

[22] Indicadores de cambio de fase: Ver guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf y 2025-09-_____plan-de-prep-y-rta-integral-a-epidemias-de-dengue-y-otras-enfermedades-arbovirales-2025-2026_vf_2810.pdf

cantidad de casos descartados por laboratorio: 10.420 en el NOA, 7.786 en el NEA y 6.463 en la región Centro. En particular, Formosa, Salta, Tucumán y Córdoba se destacaron por el elevado volumen de notificaciones y estudios con resultados negativos, lo que evidencia una búsqueda activa de casos compatibles con la definición de caso.

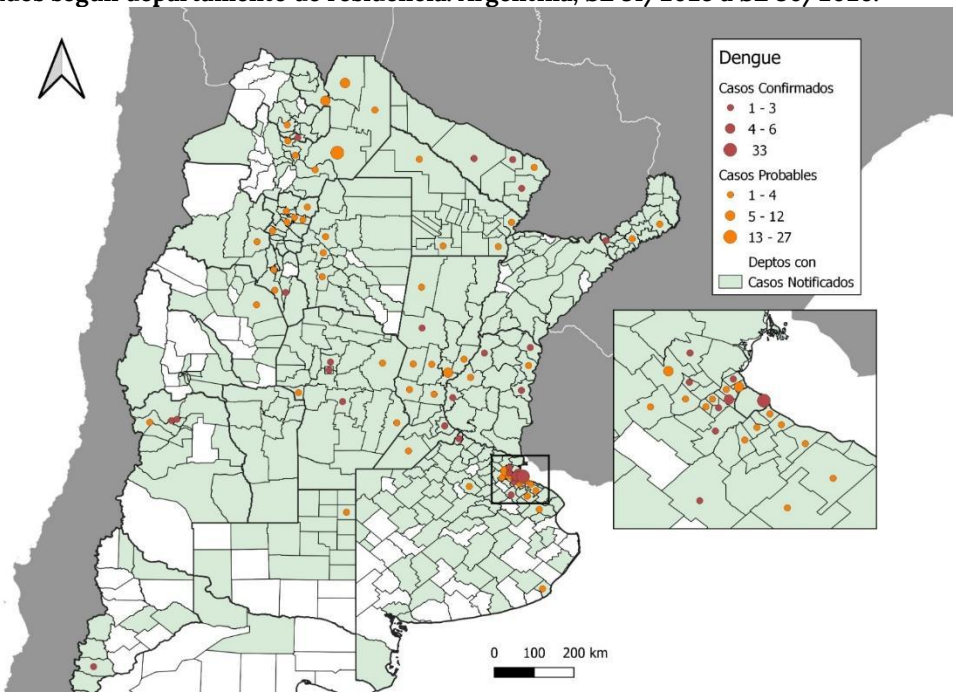
La positividad presentó diferencias regionales: fue del **1,43% en la región Sur**, del **0,8% en la región Centro**, del **0,69% en Cuyo**, del **0,05% en el NEA** y del **0,024% en el NOA**. No obstante, estos valores deben interpretarse considerando el volumen de muestras analizadas y el origen de los casos. En particular, la mayor positividad relativa de la región Sur se basó en un número reducido de casos sospechosos/muestras estudiadas y correspondió exclusivamente a casos importados, sin evidencia de circulación autóctona. En términos absolutos, la región Centro concentró 59 de los 71 casos confirmados del país.

En este contexto de baja positividad, los **189 casos clasificados como probables** constituyen una señal que requiere especial atención, principalmente cuando se presentan en áreas sin casos confirmados. Esta clasificación no permite establecer por sí sola la existencia de circulación viral activa, ya que los resultados serológicos pueden relacionarse con una infección aguda, la persistencia de anticuerpos por infecciones previas, el antecedente de vacunación o reacciones cruzadas e inespecíficas. Sin embargo, tampoco permiten descartar la infección, por lo que deben motivar la profundización de la investigación epidemiológica y de laboratorio.

Por este motivo, resulta fundamental obtener **segundas muestras**, completar los pares serológicos e intensificar la búsqueda de otros casos febriles en las áreas donde se detecten casos probables. Asimismo, debe priorizarse la toma oportuna de muestras durante la fase aguda, a fin de confirmar tempranamente la circulación viral e identificar el serotipo involucrado. Cuando los estudios iniciales no confirman dengue, es necesario ampliar la investigación hacia otros Arbovirus que puedan producir cuadros clínicos similares o reacciones serológicas cruzadas, entre ellos Encefalitis de San Luis y Fiebre Chikungunya.

En el mapa 1, el color verde representa los departamentos con casos notificados, independientemente de su clasificación final, mientras que los casos probables y confirmados se presentan de manera superpuesta. De esta forma, el verde refleja el alcance territorial y la sensibilidad del sistema de vigilancia; el naranja identifica áreas con casos probables que requieren completar la investigación; y el rojo señala aquellas en las que se confirmaron casos de dengue. La presencia de casos probables en áreas sin casos confirmados constituye una señal para profundizar la investigación, pero no debe interpretarse por sí sola como evidencia de circulación viral.

Mapa 1. Dengue: departamentos con casos notificados y distribución de casos probables y confirmados según departamento de residencia. Argentina, SE 31/2025 a SE 30/2026.



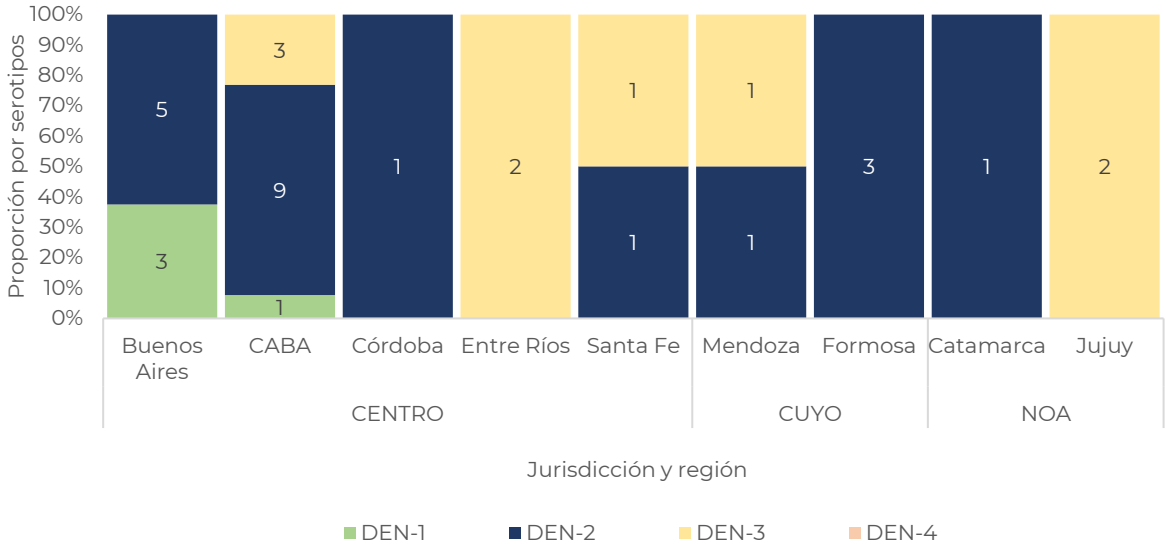
Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

VI.3.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

Del total de casos notificados, el 91% contó con estudios de laboratorio y el 70% fue estudiado mediante métodos directos. Entre los casos con serotipo identificado (n=34), predominó DENV-2 (61,76%), seguido de DENV-3 (26,47%) y DENV-1 (11,77%).

En la SE 19/2026 se notificó el primer y único caso de dengue por DENV-3 sin antecedente de viaje, correspondiente a una persona residente del departamento El Carmen, provincia de Jujuy. Los restantes casos de DENV-3 presentaron antecedentes de viaje a Brasil, Sri Lanka, Pakistán, México, Colombia, Maldivas o Bolivia.

Gráfico 7. Dengue: distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=34) según Jurisdicción. SE31/2025 a SE30/2026. 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).

VI.3.H. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO "DENGUE DURANTE EL EMBARAZO"

En Argentina, durante la temporada 2023-2024, se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años, 21 casos se notificaron como dengue grave y 4 casos fallecieron. Por lo tanto, ha sido creado en octubre 2024 el evento "Dengue durante el embarazo" para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos si correspondiera.

Durante la temporada 2025-2026, los casos sospechosos de dengue en embarazadas se notificaron mediante dos modalidades: en el evento **"Dengue durante el embarazo"** o en el evento **"Dengue"**, consignando el antecedente epidemiológico **"Embarazo: sí"** en la solapa clínica. En total, se notificaron **175** casos sospechosos en embarazadas: 48 mediante el evento específico y 127 mediante el evento Dengue con el antecedente de embarazo. Del total, un caso fue clasificado como probable y no se registraron casos confirmados.

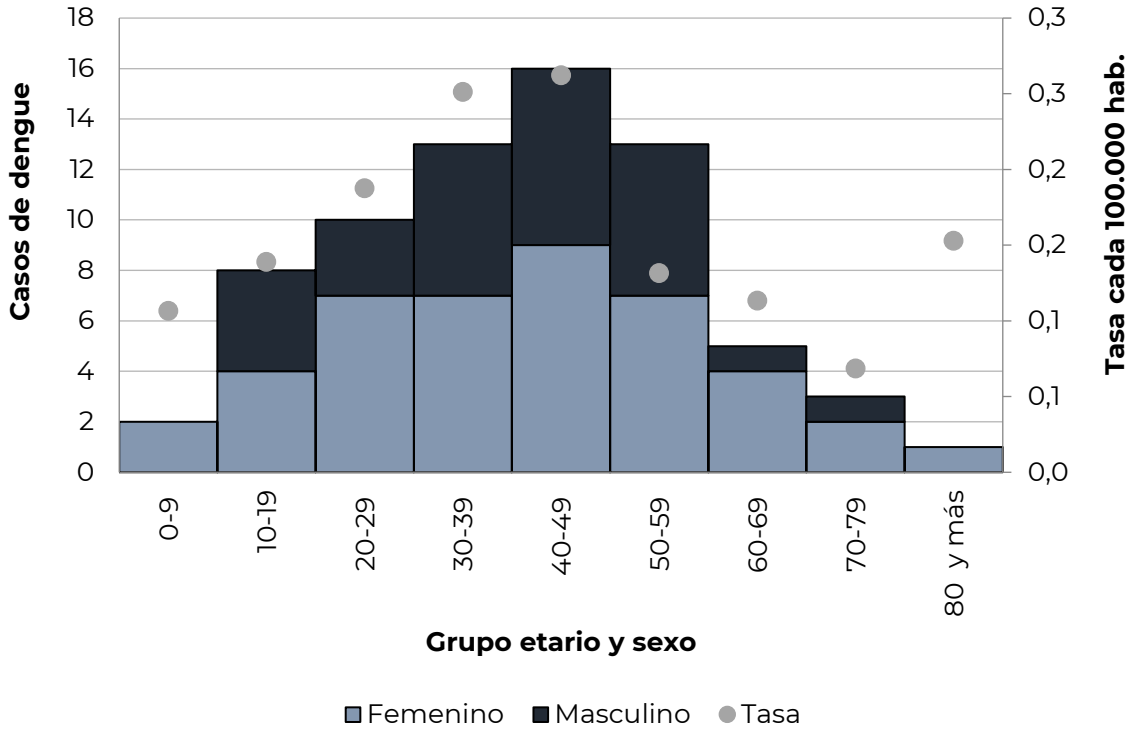
VI.3.I. MORBIMORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

La mediana de edad fue de 43 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 40 a 49 años, seguido por los grupos de 30 a 39 años y de 50 a 59 años. El 58% de los casos notificados corresponde al sexo femenino.

Todos los casos confirmados de dengue (n=71) cuentan con información completa con respecto a la fecha de inicio de síntomas y requerimiento de internación. Trece casos (18%) requirieron hospitalización, sin necesidad de ingreso a cuidados intensivos; uno de ellos fue clasificado como dengue con signos de alarma (B2) en la SE 16. Se trató de un caso de 50 años, con residencia en Villa Real (CABA), confirmado por laboratorio mediante detección de DENV-2, permaneció un día en unidad de cuidados intermedios y luego fue dado de alta.

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

Gráfico 8. Dengue: Casos tasas cada 100.000 habitantes según grupo de edad. SE 31/2025 a SE 30/2026. Argentina[23].



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

Al principio de la temporada, se notificó un **caso probable de dengue en una persona fallecida**, correspondiente a una mujer de 62 años residente en la ciudad de Santa Fe. El caso fue analizado por el **Comité Nacional de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue**, en conjunto con el **equipo provincial**. A partir de la evaluación integrada de los antecedentes clínicos, epidemiológicos, microbiológicos y virológicos, se consideró que el fallecimiento fue probablemente atribuible a una **meningoencefalitis por *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS)**, por lo que se descartó el dengue como causa de muerte. No obstante, debido a los resultados serológicos y ante la imposibilidad de excluir completamente una coinfección reciente por el virus dengue, el caso permaneció clasificado como **dengue probable**.

VI.3.J. CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LOS DATOS EN EL SNVS 2.0.

Los eventos “Dengue” y “Dengue durante el embarazo” en el SNVS 2.0 pueden notificarse de manera manual o mediante interoperabilidad. En este último caso, la interoperabilidad se aplica únicamente a la solapa de laboratorio, aspecto que debe considerarse al momento de la interpretación de los datos presentados.

[23] Incidencia acumulada: calculada con el promedio de la población 2025 y 2026, proyecciones Censo 2022. Proyecciones - Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas

VI.3.K. INTERNACIÓN Y REGISTRO DE EGRESO

Del total de casos de dengue confirmados, el 18% (n=13) requirió internación. El 100% contaba con la consignación en el sistema del dato de internación y, de los pacientes internados, el 70% contaba con fecha de alta.

VI.3.L. COMPLETITUD DE VARIABLES CLÍNICAS

En la solapa clínica, una variable clave para la clasificación de los casos es la fecha de inicio de síntomas. La completitud de esta variable alcanzó el 52% en los casos de dengue notificados, 69% en los probables y 100% en casos confirmados.

VI.3.M. OPORTUNIDAD DE LA NOTIFICACIÓN

La oportunidad de notificación se define como la diferencia en días entre la fecha de consulta y la fecha de apertura de los casos en el SNVS. Durante la temporada 2025/2026, del total de 28.028 casos notificados, 52% contaban con información completa para este cálculo. La mediana de oportunidad de notificación fue de **2 días**.

VI.3.N. OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA

La oportunidad de consulta, medida como el intervalo entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de consulta, presentó una mediana de **1 día**.

VI.3.O. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES IDENTIFICADOS EN CASOS DESCARTADOS DE DENGUE

El dengue puede presentar manifestaciones clínicas inespecíficas, como fiebre, cefalea, mialgias, artralgias, exantema, síntomas gastrointestinales y alteraciones hematológicas, que también se observan en numerosas enfermedades infecciosas. Por este motivo, ante un caso descartado de dengue resulta fundamental continuar la investigación etiológica de acuerdo con las características clínicas, los antecedentes epidemiológicos, las exposiciones de riesgo y la circulación de otros agentes.

VI.3.P. NOTA METODOLÓGICA

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo a partir de la base nominal de casos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Se seleccionaron las personas notificadas para los eventos “Dengue” y “Dengue durante el embarazo” entre el 1 de enero de 2025 y el 15 de agosto de 2026, cuya clasificación final fuera “descartado”. Posteriormente, mediante el Código de ciudadano, identificador único de cada persona dentro del SNVS 2.0, se determinó cuáles de ellas presentaban otro evento de notificación obligatoria clasificado como confirmado.

Se consideró como diagnóstico relacionado aquel evento confirmado cuya fecha de confirmación se encontrara dentro de un intervalo de hasta 30 días respecto de la fecha de inicio de síntomas (FIS) del caso descartado de dengue. Los casos se agruparon de acuerdo con el evento confirmado y se calcularon sus frecuencias absolutas y relativas. De este modo, el análisis permitió identificar, entre las personas con dengue descartado, aquellas en quienes se confirmó otro evento de notificación obligatoria dentro del período establecido.

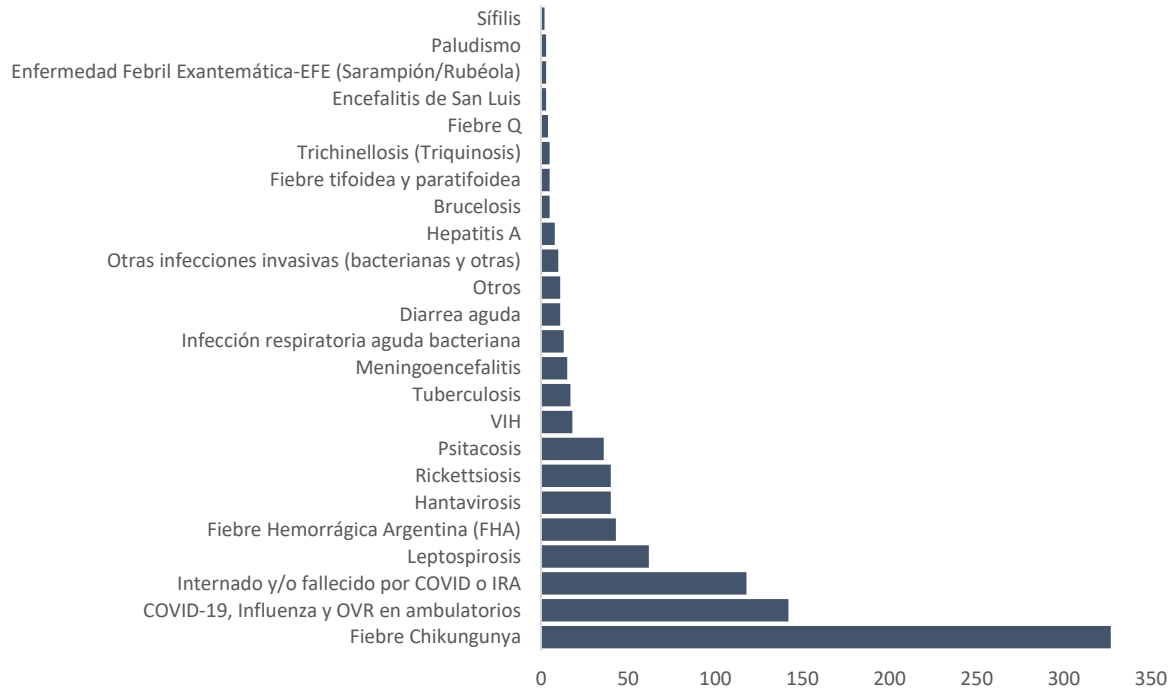
El análisis incluye únicamente eventos de notificación obligatoria que fueron notificados y confirmados en el SNVS 2.0. Por lo tanto, no contempla diagnósticos no notificables, eventos no estudiados o no notificados, resultados no confirmatorios ni diagnósticos registrados fuera de la ventana temporal definida. La relación temporal identificada no permite afirmar en todos los casos que el otro evento haya sido la causa del cuadro clínico que motivó la sospecha de dengue, por lo que los resultados deben interpretarse como diagnósticos alternativos o concomitantes.

VI.3.Q. RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2025 y el 15 de agosto de 2026 se identificaron **940** personas con registros descartados para dengue o dengue durante el embarazo en quienes se confirmó otro evento de notificación obligatoria dentro de un período temporal relacionado.

Como se puede observar en el gráfico 9, el diagnóstico diferencial más frecuente fue **Fiebre Chikungunya**, con 327 casos (34,8%). Le siguieron las **infecciones respiratorias**, que en conjunto representaron 259 casos (27,6%): 141 correspondieron a COVID-19, influenza u otros virus respiratorios en pacientes ambulatorios y 118 a personas internadas o fallecidas por COVID-19 o infección respiratoria aguda. En conjunto, fiebre chikungunya y los eventos respiratorios concentraron el 62,3% de los diagnósticos identificados.

Gráfico 9. Distribución de diagnósticos diferenciales confirmados en personas con dengue descartado. Período 1 de enero de 2025 al 15 de agosto de 2026 (n=940). 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).

Otros diagnósticos relevantes fueron leptospirosis (n=62), fiebre hemorrágica argentina (n=43), hantavirosis (n=40), rickettsiosis (n=40) y psitacosis (n=36). También se registraron VIH, tuberculosis, meningoencefalitis, infección respiratoria aguda bacteriana, diarrea

aguda, otras infecciones invasivas bacterianas y de otras etiologías, hepatitis A, brucelosis, fiebre tifoidea o paratifoidea y triquinosis, fiebre Q, paludismo, encefalitis de San Luis y enfermedad febril exantemática (sarampión/rubéola) y sífilis. La categoría "Otros" comprendió 11 casos: infección por especies del complejo *Cryptococcus neoformans*, ofidismo, síndrome urémico hemolítico por STEC, hidatidosis, hepatitis B, leishmaniasis visceral, infección por citomegalovirus, fiebre del Nilo Occidental, legionelosis y leishmaniasis cutánea.

Estos resultados muestran la amplitud de los diagnósticos que pueden presentarse inicialmente como sospechas de dengue. La identificación de Fiebre Chikungunya como principal diagnóstico diferencial refuerza la necesidad de estudiar simultáneamente los Arbovirus con manifestaciones clínicas similares, especialmente cuando existe circulación concomitante. Asimismo, la detección de leptospirosis, fiebre hemorrágica argentina, hantavirosis, rickettsiosis, psitacosis, paludismo e infecciones bacterianas invasivas resulta particularmente relevante, ya que algunas de estas enfermedades pueden evolucionar hacia formas graves y requieren medidas específicas de tratamiento, prevención y control.

La interpretación de un resultado negativo para dengue debe considerar el momento de obtención de la muestra y la metodología empleada. Cuando la sospecha clínica o epidemiológica persiste, deben completarse los estudios de acuerdo con los días de evolución y, una vez descartado el dengue, orientar la búsqueda hacia otros diagnósticos posibles. Esta estrategia contribuye a mejorar el manejo clínico, detectar oportunamente otros eventos transmisibles, implementar las medidas de control correspondientes y aumentar la calidad de la clasificación y del registro en el sistema de vigilancia.

VI.4.Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

VI.4.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

La serie histórica de fiebre chikungunya en Argentina muestra una circulación discontinua, con períodos de notificación esporádica y brotes de distinta magnitud. Se observan cuatro períodos de mayor frecuencia de casos: **2016, 2023, 2024 y 2026**.

Si bien durante 2014 y 2015 se habían registrado casos en baja magnitud, los primeros casos autóctonos se notificaron en 2016 en las provincias de Jujuy y Salta. Posteriormente, entre 2017 y 2022, los casos se mantuvieron en niveles bajos y ocurrieron de manera esporádica.

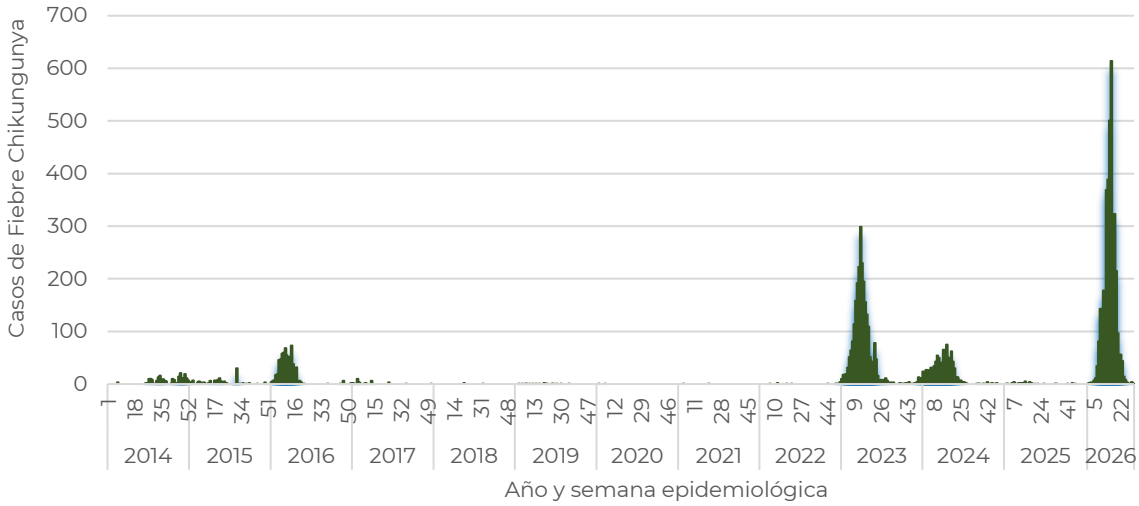
Durante la temporada comprendida entre las SE 31/2022 y 30/2023 se registró un brote de más de 2.200 casos, de los cuales 72% fueron sin antecedente de viaje/autóctonos. Se documentó circulación viral autóctona en nueve jurisdicciones, principalmente de las regiones Centro y NEA, y la curva alcanzó un pico cercano a 300 casos durante la SE13.

En la temporada siguiente, entre las SE 31/2023 y 30/2024, se produjo un brote de menor magnitud, con 890 casos: 795 sin antecedente de viaje (89%). Se registraron casos autóctonos en ocho provincias de las regiones Centro, NEA y NOA, y el pico semanal ocurrió en la SE 16/2024, con 67 casos.

Durante la temporada 2024-2025 la frecuencia de casos descendió marcadamente. Se registraron 31 casos de Fiebre Chikungunya. Estos casos se presentaron de manera aislada y no configuraron un brote.

A partir de la SE1/2026 se registró un nuevo brote en el Noroeste Argentino, con un pico máximo durante la SE 16/2026, que superó los 600 casos. Entre las SE 1 y 30/2026 se contabilizaron 3.730 casos, que representaron el 45,5% del total acumulado en la serie histórica.

Gráfico 9. Fiebre Chikungunya: Casos por semana epidemiológica. SE01/2014-SE30/2026. Argentina. N=8.191.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología, con base en los registros del SIVILA para el período 2014-SE 18/2018 y en los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) desde la SE 18/2018 hasta la actualidad.

VI.4.B. ANÁLISIS DE CIERRE DE LA TEMPORADA EPIDÉMICA SE31/2025 A SE30/2026

Durante la temporada se notificaron 1**3.308** casos sospechosos de fiebre chikungunya, de los cuales **3.730** fueron clasificados como confirmados, probables o probables por nexo epidemiológico.

Los primeros casos sin antecedente de viaje se identificaron en la provincia de Salta, en un contexto de detección previa de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, lo que permitió confirmar la existencia de transmisión local.

A lo largo de la temporada, el **83%** de los casos no presentó antecedente de viaje, evidenciando el predominio de la transmisión autóctona. Los casos importados presentaron antecedentes de viaje a **Bolivia, Brasil, Paraguay o Cuba**.

La tabla muestra 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 en el sistema de vigilancia (**Ver tabla 2**).

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31/2025 a SE30/2026. Argentina.

Jurisdicción	SAV		CAV		Casos por criterio C-E	Con lab. negativo	Sosp. (sin lab)	Sosp. en estudio	Total notificados	Total casos de Chikungunya
	Conf. Lab o.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.						
Buenos Aires	13	23	7	6	2	151	23	16	241	51
CABA	5	1	4	4	0	19	15	4	52	14
Córdoba	27	6	2	2	0	1922	19	13	1991	37
Entre Ríos	5	0	0	0	1	84	2	5	97	6
Santa Fe	0	0	0	1	0	288	7	1	297	1
Total Centro	**50**	**30**	**13**	**13**	**3**	**2464**	**66**	**39**	**2678**	**109**
Mendoza	0	0	0	0	0	26	0	0	26	0
San Juan	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0
San Luis	0	0	2	0	0	17	0	0	19	2
Total Cuyo	**0**	**0**	**2**	**0**	**0**	**45**	**0**	**0**	**47**	**2**
Chaco	0	2	0	0	0	229	0	0	231	2
Corrientes	0	0	0	0	0	2	0	1	3	0
Formosa	0	0	0	0	0	174	0	1	175	0
Misiones	0	0	0	0	0	66	1	0	67	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**	**0**	**471**	**1**	**2**	**476**	**2**
Catamarca	12	11	0	0	0	229	0	32	284	23
Jujuy	123	63	4	1	93	909	2	0	1195	284
La Rioja	0	0	0	0	0	74	0	1	75	0
Salta	1237	335	130	19	653	1431	476	194	4475	2374
S. del Estero	187	46	0	0	0	140	156	13	542	233
Tucumán	569	112	0	0	19	178	64	2569	3511	700
Total NOA	**2128**	**567**	**134**	**20**	**765**	**2961**	**698**	**2809**	**10082**	**3614**
Chubut	0	0	0	1	0	3	0	0	4	1
La Pampa	0	0	0	1	0	4	0	0	5	1
Neuquén	0	0	0	1	0	2	3	0	6	1
Río Negro	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	4	0	1	5	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**15**	**3**	**4**	**25**	**3**
Total País	**2178**	**599**	**149**	**36**	**768**	**5956**	**768**	**2854**	**13308**	**3730**

SAV Sin antecedente de viaje

CAV: Con antecedente de viaje

C-E: Criterio clínico epidemiológico.

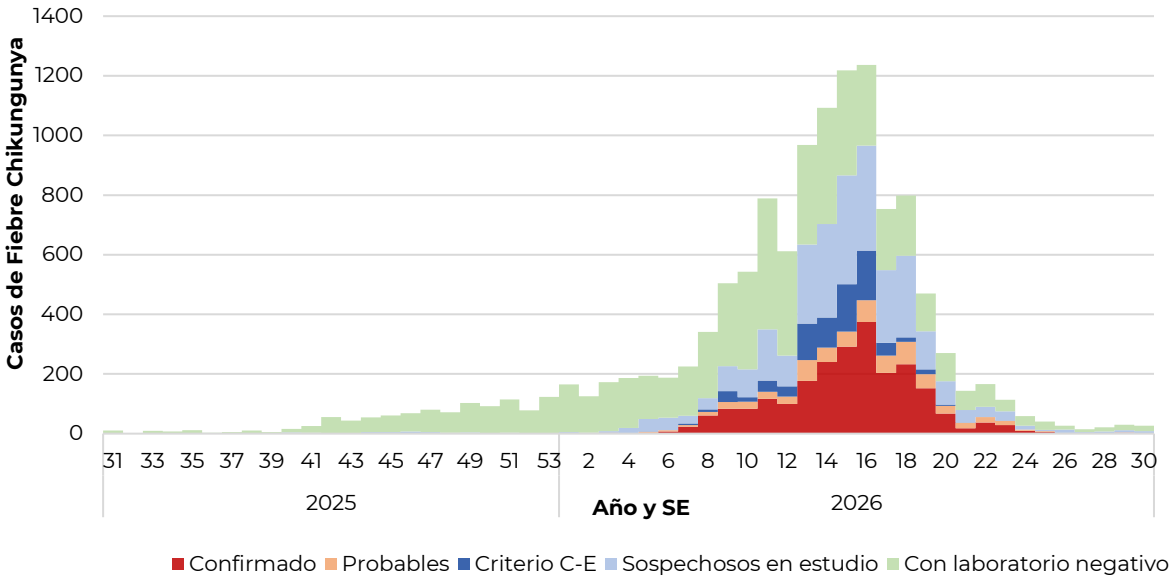
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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=614)[24], se registró 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 10).**

[24] Como resultado de la reclasificación de casos, se redistribuyeron las notificaciones entre semanas epidemiológicas, lo que explica la modificación observada en el número de casos del pico.

Gráfico 10. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por semana epidemiológica según fecha mínima[25]. SE31/2025 a SE30/2026. Argentina.

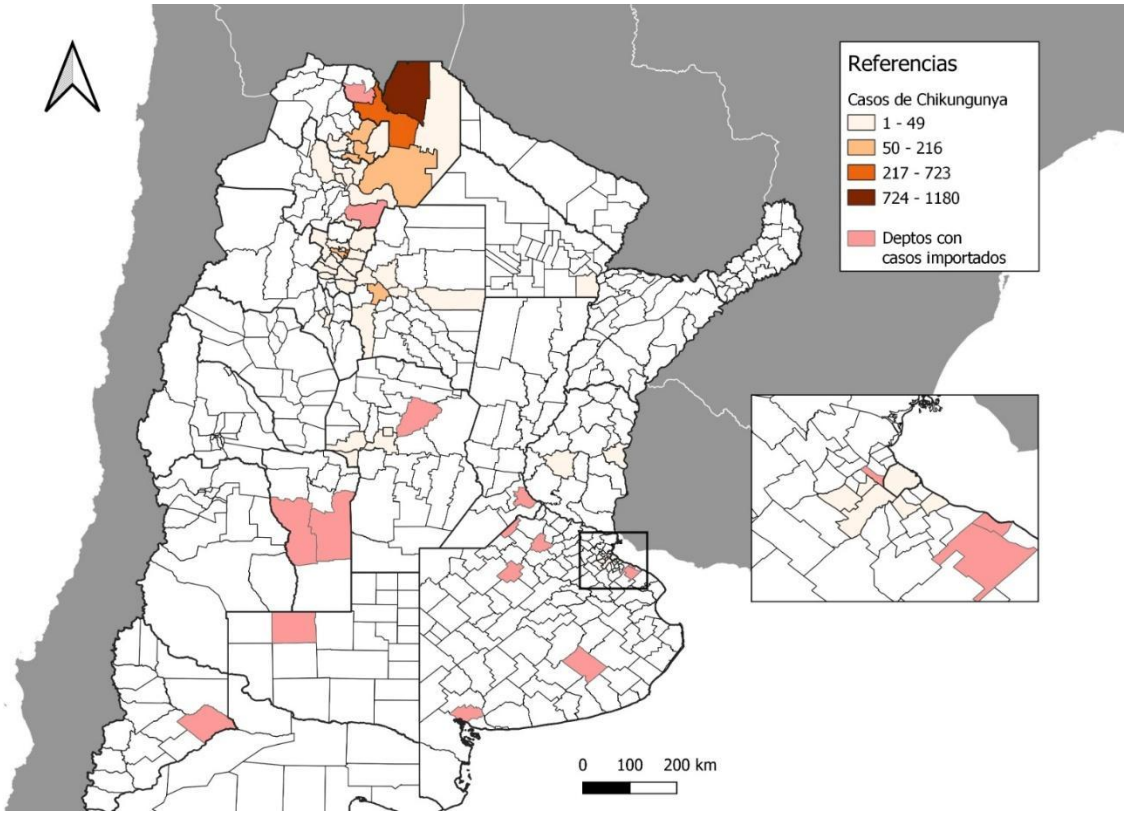


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En cuanto a la distribución espacial, la mayor carga de enfermedad se concentra en la región **NOA** (n=3614; 97% del total) con predominio en **Salta, Tucumán y Jujuy**, donde se consolidaron 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 2**), lo que evidencia la expansión del evento fuera de las áreas inicialmente afectadas durante las últimas temporadas.

[25]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).

Mapa 2. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por departamento a nivel nacional. SE1 a SE30/2026. Argentina[26].



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

VI.4.C. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE CHIKUNGUNYA

La mediana de edad de los casos fue de **31 años**. Al analizar la distribución por grupos decenales, la mayor cantidad de casos se concentró en el grupo de **10 a 19 años**[27], seguido por los grupos de **30 a 39**, **40 a 49 y 20 a 29**. El **55%** de los casos notificados corresponde al sexo femenino.

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

Del total de casos, 3057 (82%) cuentan con información sobre requerimiento de internación (si/no), de los cuales el 7,8% (n=239) requirió hospitalización.

Se notificaron nueve casos graves de fiebre por virus Chikungunya (CHIKV), de los cuales dos fallecieron.

Los siete casos no fatales correspondieron a residentes de Salta (n=4), Santiago del Estero (n=2) y Tucumán (n=1). Los más recientes fueron dos neonatos de Salta, notificados en las SE 22 y 25, que permanecen en cuidados intensivos. Los cinco casos restantes ocurrieron entre las SE 9 y 17 e incluyeron una mujer de 33 años con encefalitis y una lactante de cuatro meses,

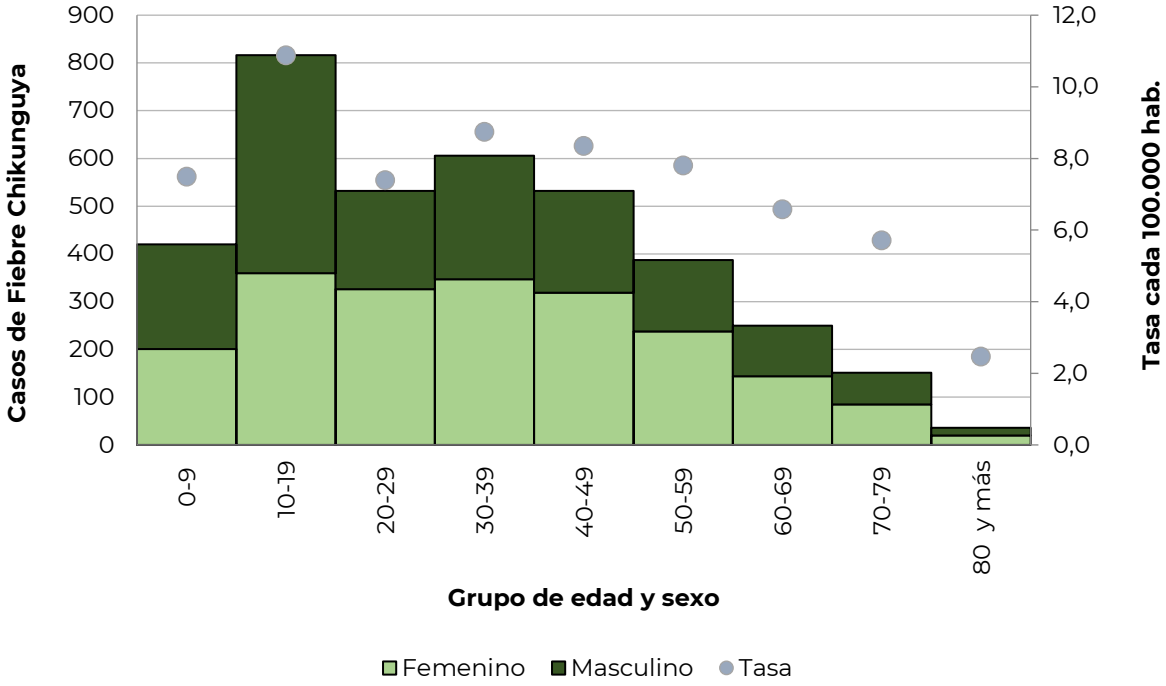
[26] El aumento en el total de casos se debe a la reclasificación de casos de semanas epidemiológicas previas (según fecha de inicio de síntomas, consulta o toma de muestra), inicialmente notificados como sospechosos y posteriormente clasificados como probables por nexo epidemiológico.

[27] Dada la reclasificación y por consiguiente el aumento del total de casos, se observa una modificación en los rangos etarios, además de que para el análisis final se utilizaron edades decenales.

ambas con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y evolución favorable; un hombre de 81 años con compromiso sistémico; una recién nacida que permanece en cuidados intensivos; y una mujer de 26 años. Durante la SE 28 se completó la información clínica de este último caso y se confirmó que requirió internación, sin necesidad de 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.

Gráfico 11. Fiebre Chikungunya: Casos y tasas cada 100.000 habitantes según grupo de edad. SE 31/2025 a SE 30/2026. Argentina[28].



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

[28] Incidencia acumulada: denominador calculado con el promedio de la población 2025 y 2026, proyecciones Censo 2022. Proyecciones - Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas

VI.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus en Argentina

VI.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

Durante la temporada 2025/2026 se notificaron **555 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. Los casos corresponden a las jurisdicciones: **Buenos Aires**, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Jujuy. 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.

Casos de Encefalitis en provincia de Buenos Aires

Durante la temporada, se notificaron 5 casos confirmados de Encefalitis de San Luis, 7 casos confirmados y 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**[29]. Los casos iniciaron con síntomas entre SE3 y SE15 (fines de enero y principio de abril). La mediana de edad fue 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.

29

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **141** 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 SE30/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE30/2026. 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	55	1	44	3	7
CABA	0	6	0	4	0	0
Córdoba	0	409	0	6	1	1
Entre Ríos	1	19	0	6	0	0
Santa Fe	0	24	0	18	2	0
Total Centro	**6**	**513**	**1**	**78**	**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	10	0	42	1	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
S. del Estero	0	8	0	4	0	0
Tucumán	0	1	0	4	0	0
Total NOA	**0**	**23**	**0**	**50**	**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	1	0	1	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**4**	**0**	**2**	**0**	**0**
Total País	**6**	**555**	**1**	**141**	**7**	**8**

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

VI.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 SE30/2026).

Tabla 4. 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 SE30/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre Amarilla	
Jurisdicción	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	Estudiados
Buenos Aires	0	102	0	53	0	16
CABA	0	13	0	7	0	0
Córdoba	0	107	0	67	0	1
Entre Ríos	0	10	0	3	0	1
Santa Fe	0	174	0	43	0	11
Total Centro	**0**	**406**	**0**	**173**	**0**	**29**
Mendoza	0	27	0	2	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	5	0	10	0	0
Total Cuyo	**0**	**32**	**0**	**13**	**0**	**0**
Chaco	0	101	0	168	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	31	0	38	0	0
Misiones	0	4	0	55	0	8
Total NEA	**0**	**136**	**0**	**261**	**0**	**10**
Catamarca	0	2	0	0	0	0
Jujuy	0	53	0	139	0	0
La Rioja	0	10	0	49	0	9
Salta	0	329	0	1245	0	0
Santiago del Estero	0	6	0	237	0	1
Tucumán	0	235	0	27	0	89
Total NOA	**0**	**635**	**0**	**1697**	**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**	**1215**	**0**	**2146**	**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 **1215** 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 **2146** 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.

VI.6. Vigilancia integrada de Dengue y otros Arbovirus

La vigilancia integrada del dengue constituye un pilar fundamental en la respuesta de salud pública frente a esta enfermedad, en concordancia con las normativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue[30]. Este enfoque combina la vigilancia epidemiológica, entomológica, virológica y clínica, con el fin de generar información oportuna y de calidad que permita orientar la toma de decisiones.

A partir de mayo de 2024, se incorporó además la vigilancia de la vacuna contra el dengue, en el marco de la implementación de la estrategia focalizada, lo que amplía el alcance de los sistemas de monitoreo e integra la dimensión de las inmunizaciones al análisis epidemiológico.

La integración de fuentes de información busca mejorar la detección temprana de brotes, fortalecer la capacidad de predicción y monitorear la circulación de serotipos, al tiempo que optimiza la planificación de intervenciones de control vectorial y la organización de los servicios de salud. De esta manera, se favorece la articulación entre los distintos niveles del sistema sanitario y sectores involucrados, promoviendo acciones coordinadas que reduzcan la morbimortalidad y el impacto social del dengue en las comunidades.

En este marco, a continuación, se presentan los informes de cierre de temporada elaborados por las áreas responsables, con el propósito de consolidar los hallazgos y orientar estrategias futuras de prevención y control.

VI.6.A. VACUNACIÓN CONTRA EL DENGUE

En mayo de 2024 el Ministerio de Salud de la Nación definió una estrategia nacional de vacunación focalizada contra el dengue dirigida a zonas con alta circulación histórica del

[30] Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

virus, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad asociada a la enfermedad. Esta decisión se apoyó en la recomendación de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn) de implementar la vacunación a nivel departamental, priorizando escenarios de alta transmisibilidad.

La población objetivo de esta estrategia está constituida por personas de 15 a 39 años que residen en departamentos priorizados según carga histórica de enfermedad, densidad poblacional y otros indicadores socio-sanitarios. Posteriormente, en marzo de 2026, se estableció la posibilidad de ampliar progresivamente la población objetivo, así como la incorporación de nuevos departamentos, en función de la capacidad operativa y la disponibilidad de vacunas en cada jurisdicción.

La vacuna tetravalente contra el dengue es una vacuna a virus vivos atenuados, compuesta por los cuatro serotipos del virus, producidos en células Vero mediante tecnología de ADN recombinante. La vacuna se administra por vía subcutánea en dosis de 0,5 mL y el esquema de vacunación consiste en dos dosis con un intervalo mínimo de 3 meses entre ambas.

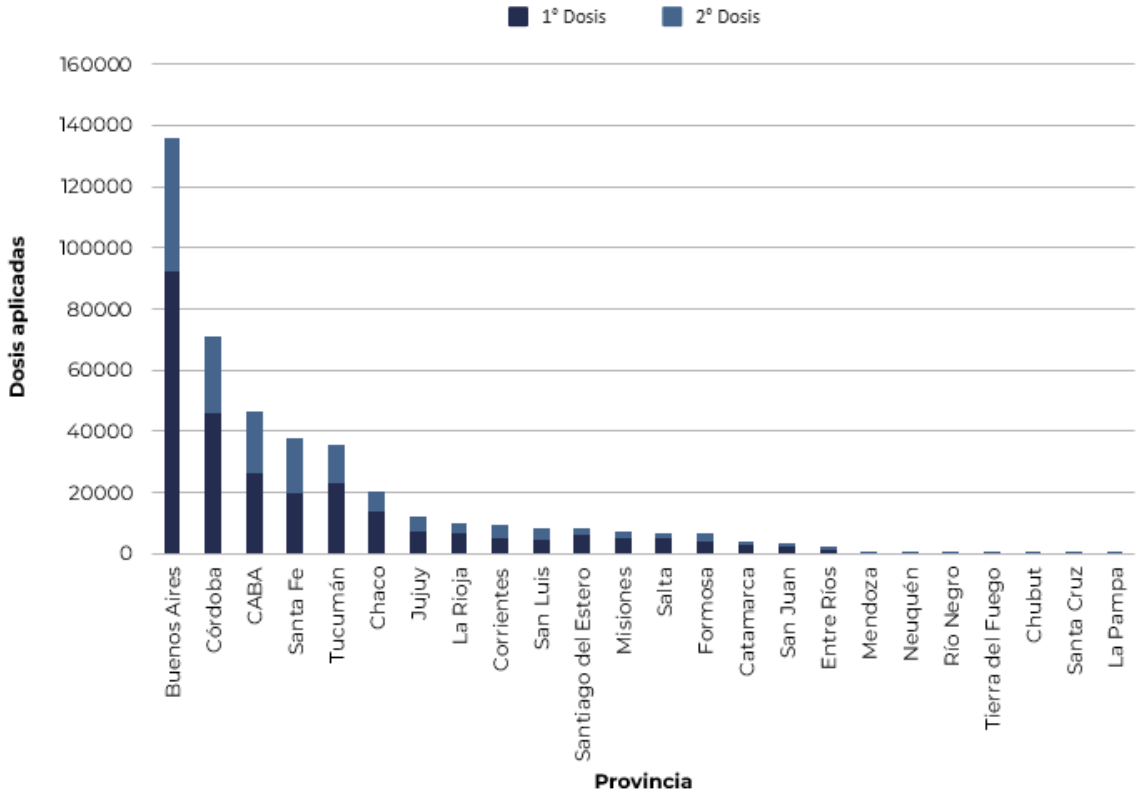
En este informe se presenta la información de las dosis aplicadas y registradas en el Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NOMIVAC) de la vacuna contra el dengue en todo el país, con datos actualizados al 11 de agosto de 2026. Estos datos incluyen tanto las dosis adquiridas por el Estado Nacional como por los estados provinciales y por los subsectores privado y de la seguridad social.

Entre la SE 31 de 2025 y la SE 30 de 2026 se aplicaron 428.607 dosis de vacuna contra el dengue, de las cuales 274.092 correspondieron a primeras dosis y 154.515 a segundas dosis.

En relación con las primeras dosis, la mayor cantidad de aplicaciones se concentró en la región Centro, principalmente en la provincia de Buenos Aires, con 92.499 dosis, seguida por Córdoba, con 46.018, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), con 26.139. Fuera de esta región, se destacó la provincia de Tucumán, con 22.916 primeras dosis aplicadas.

En cuanto a las segundas dosis, Buenos Aires registró 43.546 aplicaciones, seguida por Córdoba, con 24.835; CABA, con 20.578; y Santa Fe, con 17.966.

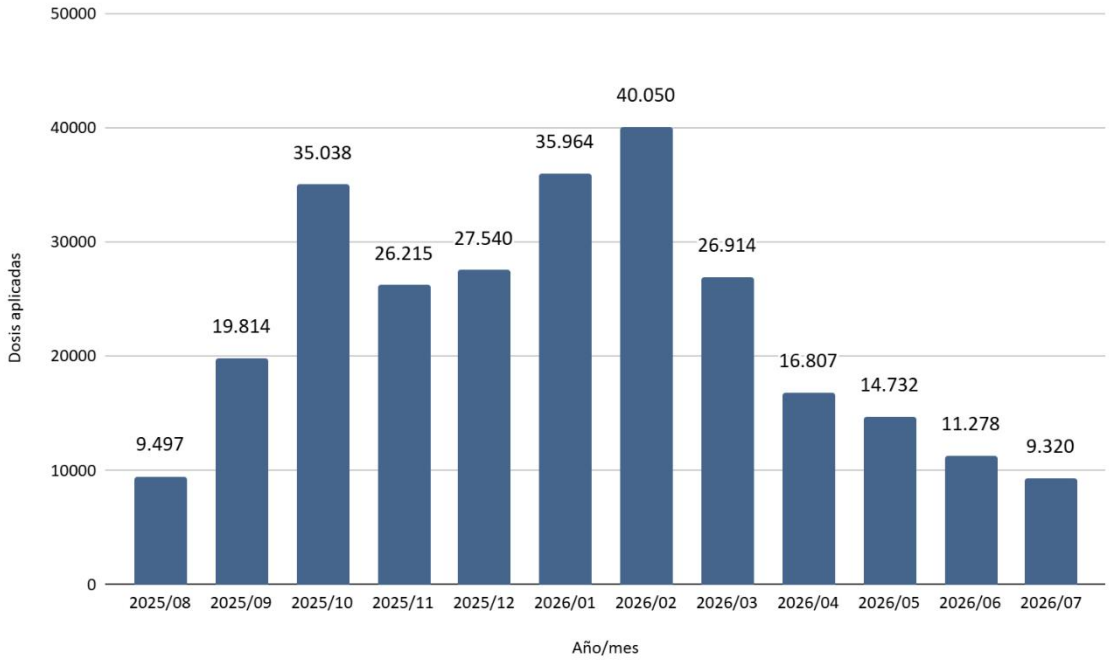
Figura 1. Dosis aplicadas de vacuna contra el dengue según provincia de residencia. SE31/2025 a SE30/2026, Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a información proveniente del NOMIVAC.

En relación con las dosis aplicadas por mes, desde agosto de 2025 se observó una tendencia creciente en la cantidad de primeras dosis administradas, con un pico en febrero de 2026, en donde se registraron 40.050 primeras dosis. A partir de ese momento, se evidenció un descenso sostenido en el número mensual de aplicaciones hasta el final del período analizado.

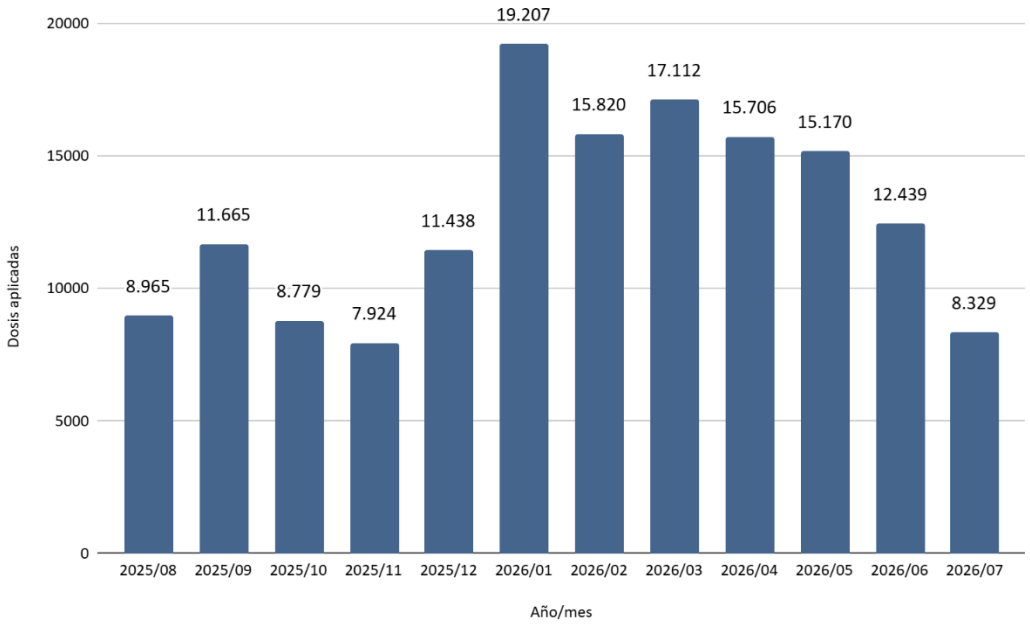
Figura 2. Primeras dosis aplicadas de vacuna contra el dengue según mes y año. Agosto de 2025 a julio de 2026, Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a información proveniente del NOMIVAC.

Para las segundas dosis, el número de aplicaciones se mantuvo relativamente estable entre agosto y diciembre de 2025. En enero de 2026 se observó un incremento, alcanzándose el máximo del período con 19.207 dosis aplicadas. A partir de entonces, se registró una tendencia descendente en la cantidad de aplicaciones mensuales.

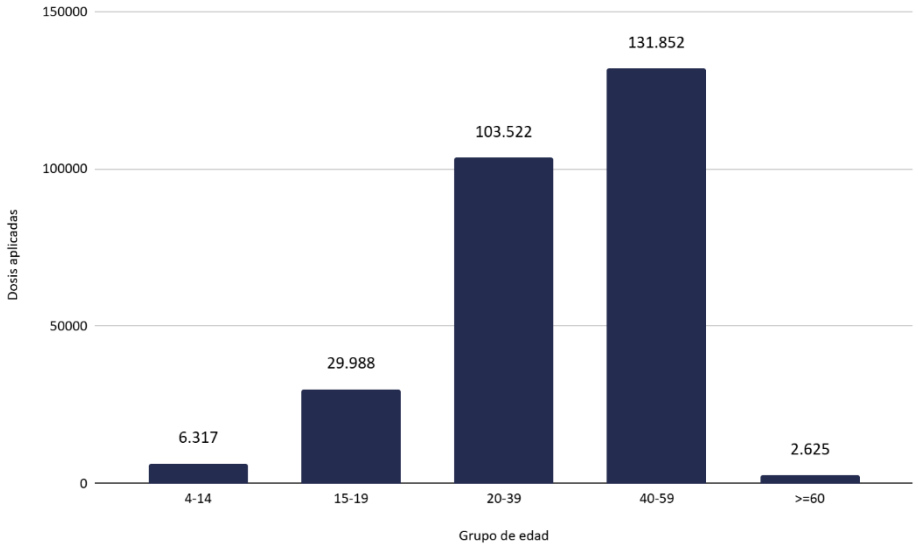
Figura 3. Segundas dosis aplicadas de vacuna contra el dengue según mes y año. Agosto de 2025 a julio de 2026, Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a información proveniente del NOMIVAC.

La distribución de las primeras dosis según grupo de edad registró 131.852 aplicaciones en personas de 40 a 59 años, que representaron casi la mitad (48,1%) del total de primeras dosis aplicadas en este período. Además, fueron aplicadas 103.522 dosis en el grupo de 20 a 39 años y 29.988 en adolescentes de 15 a 19 años.

Figura 4. Primeras dosis aplicadas de vacuna contra el dengue según grupo de edad. SE31/2025 a SE30/2026, Argentina.

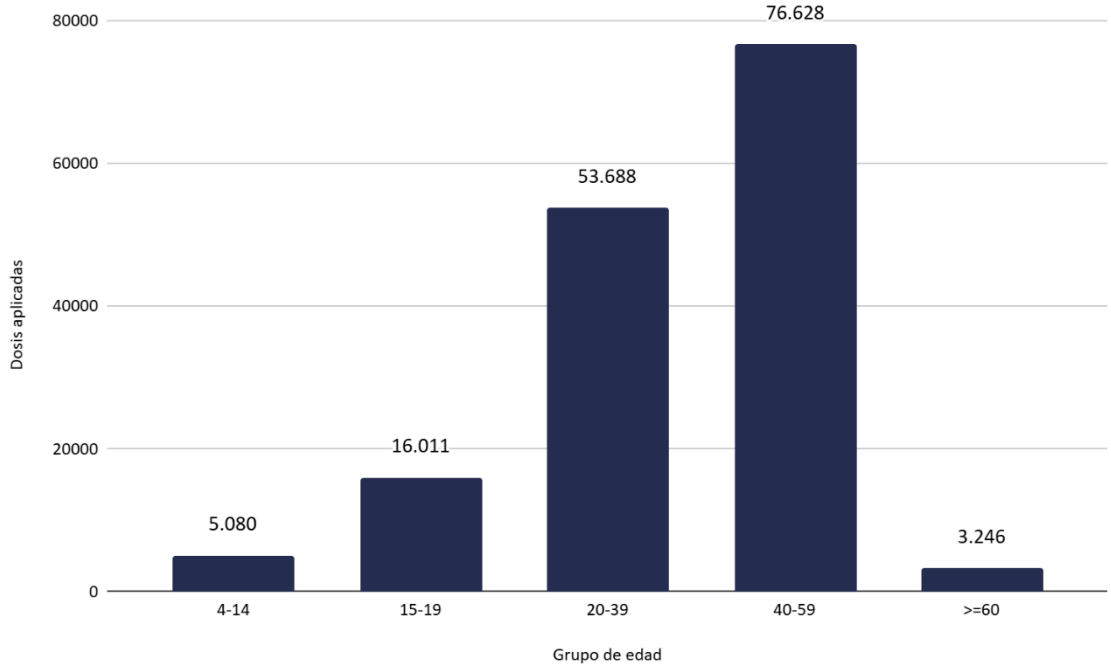


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a información proveniente del NOMIVAC.

Para las segundas dosis se observó una distribución similar, con 76.628 aplicaciones en personas de 40 a 59 años, que representaron el 49,5% del total de segundas dosis aplicadas

en la temporada. En el grupo de 20 a 39 años fueron aplicadas 53.688 dosis, mientras que en el de 15 a 19 años se registraron 16.011 dosis.

Figura 5. Segundas dosis aplicadas de vacuna contra el dengue según grupo de edad. SE31/2025 a SE30/2026, Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a información proveniente del NOMIVAC.

VI.6.B. VIGILANCIA GENÓMICA

Desde el Laboratorio Nacional de Referencia en INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui" se suma información de la vigilancia genómica realizada durante el período del presente informe, la cual se integra como una herramienta adicional de la Estrategia de Gestión Integrada para el estudio y caracterización de las arbovirosis aportando información sobre diversidad genética en las cepas circulantes detectadas por la vigilancia laboratorial.

Para el caso de dengue, en una temporada de baja circulación viral y detección de DENV-1, DENV-2 y DENV-3, resultó de interés profundizar en la caracterización del DENV-3 que podría ser de alta implicancia para las próximas temporadas en el país si se convierte en el serotipo predominante. Se estudiaron cepas de serotipo DENV-3 procedentes de 2 jurisdicciones diferentes: una en la provincia de Santa Fe, con antecedente de viaje a Brasil y otra de la provincia de Jujuy, con antecedente de viaje a Bolivia. En ambos casos, se identificó el **genotipo III, linaje B3,** mostrando asociación con secuencias de Brasil y el Caribe, reflejando además la situación actual de circulación y predominio de este genotipo en la región de las Américas.

La circulación autóctona de DENV-3 se observó durante 4 temporadas consecutivas en nuestro país (2023-2024, 2025 y 2026) en áreas limitadas de diferentes provincias y con un bajo número de casos, pero marca el riesgo de introducción y dispersión de este serotipo al país. Debe tenerse en cuenta que el serotipo DENV-3 ha incrementado su incidencia en los países de América Central, el Caribe y Brasil y que la entrada de nuevos serotipos en la región ha sido asociada con ciclos epidémicos de mayor magnitud.

Para el caso del **virus Chikungunya** durante la presente temporada se obtuvo secuencia genómica completa en 63 muestras agudas procedentes de 9 jurisdicciones del país con circulación autóctona y/o detección de casos importados procedentes de Bolivia u otra provincia del país con circulación autóctona confirmada con fecha de inicio de síntomas entre la SE 4 a la 17/2026. En todas se identificó el **genotipo ECSA** (East-Central-South-África), el mismo que fue identificado en Argentina en la emergencia ocurrida durante 2023-2024. El genotipo determinado para CHIKV corresponde al predominante actualmente en la región de las Américas. La comparación de las secuencias obtenidas y análisis filogenético con otras disponibles en bases de datos (GenBank/GSAID) mostraron mayor identidad nucleotídica con secuencias que circularon en Brasil durante 2021 a 2026 y en Bolivia durante 2025-2026. Cabe aclarar que en las muestras estudiadas durante 2026 para CHIKV en Argentina, **carecen de la mutación en la posición 226 dentro de la glicoproteína E1 y que origina el cambio del aminoácido Alanina (A) a Valina (V) (E1-A226V)**. Dicha mutación dentro del genotipo ECSA determina un linaje que le confiere al virus mayor fitness de replicación en *Ae. Albopictus*.

VI.6.C. VIGILANCIA LABORATORIAL Y RED NACIONAL

En relación a la Red Nacional de Laboratorios para diagnóstico de Dengue y otros Arbovirus es importante destacar que durante esta temporada 2025-2026 se sostuvieron y ampliaron las capacidades de diagnóstico de los laboratorios que integran la red, de modo tal que en todas las provincias del país se ha realizado una vigilancia laboratorial integrada para los diferentes Arbovirus bajo vigilancia nacional (los cuatro serotipos de virus Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre Amarilla, Oropouche, Mayaro, Encefalitis de San Luis, Nilo Occidental y virus de las encefalitis equinas) con el objetivo de contar con una respuesta local inicial frente a la sospecha clínica, complementándose la confirmación mediante el trabajo en red y los intercambios de referencia y contra referencia con INEVH . Además, se trabajó durante esta temporada con una estrategia de vigilancia laboratorial por muestreo o vigilancia laboratorial “activa” para CHIKV y OROV, siendo clave en contextos de baja sospecha clínica, especialmente en un escenario regional con circulación documentada de ambos virus. Precisamente, esta estrategia permitió detectar los primeros casos de circulación del virus CHIKV en la provincia de Tucumán, región del NOA de nuestro país.

Un total de 83 laboratorios de mediana y alta complejidad distribuidos en el territorio nacional y en el ámbito de Salud Pública, tienen en la actualidad capacidad para detección de antígeno NS1 de dengue por técnica de ELISA y detección de IgM por técnica comercial para Dengue y Chikungunya.

Por otro lado, se cuenta con 18 laboratorios que poseen capacidad para realizar detección de anticuerpos IgM por técnica “in house” (MAC-ELISA), para estudio de infecciones por Arborivus para los cuales no se disponen de reactivos comerciales (Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis, Zika) así como la detección de IgM para Dengue y Chikungunya como alternativa a los reactivos comerciales y 42 laboratorios que tienen capacidad para realizar el diagnóstico y confirmación por biología molecular por técnica RT-PCR en Tiempo Real para detectar y serotipificar dengue y otros Arbovirus (Oropouche, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis Equina del Oeste, Mayaro, Nilo Occidental y Encefalitis de San Luis, entre otros).

El Ministerio de Salud de la Nación, ANLIS Malbrán e INEVH han gestionado y ejecutado compras durante 2025-2026 para proveer insumos estratégicos y de calidad a la red nacional, asegurando así, la disponibilidad de las metodologías en forma activa en las provincias y

garantizando la homogeneidad y comparabilidad de la información de la vigilancia laboratorial.

VI.6.D. RED FEDERAL DE REFERENTES CLÍNICOS

En el marco de las acciones de formación continua de la Red Federal de Referentes Clínicos de Enfermedades Arbovirales, durante el período septiembre de 2025 a febrero de 2026 se implementó la primera edición del Curso de Actualización en Abordaje Clínico de Dengue, alojado en la Plataforma Virtual de Salud (PVS) del Ministerio de Salud de la Nación. La propuesta consistió en un curso virtual autoadministrado de ocho módulos, orientado a fortalecer las competencias del personal de salud de los tres niveles de atención para el diagnóstico oportuno, la clasificación de gravedad y el manejo adecuado del dengue.

El curso contó con 700 personas matriculadas provenientes de 22 jurisdicciones del país, de las cuales 368 aprobaron (52,6%). El perfil de quienes finalizaron fue predominantemente femenino (82%), con una mediana de edad de 42 años, desempeño en funciones asistenciales (78%) y pertenencia al subsector público (más del 90%). Los perfiles profesionales más frecuentes fueron médicos (37,0%), enfermeros (32,1%) y bioquímicos/técnicos de laboratorio (10,9%).

La evaluación del impacto mostró una mejora significativa en el desempeño: el 81,5% de los participantes obtuvo un puntaje superior en la evaluación final respecto al inicio del curso. La satisfacción fue elevada, con más del 95% de los participantes que refirieron que la propuesta cumplió sus expectativas y contribuyó a mejorar sus competencias para el abordaje clínico del dengue.

En función de estos resultados, se encuentra en preparación la segunda edición del curso, prevista para el último trimestre de 2026, que incorporará contenidos sobre chikungunya, ampliando la cobertura temática hacia el abordaje clínico integral de las principales arbovirosis de relevancia epidemiológica para el país.

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VII. Introducción

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

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

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

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

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

VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

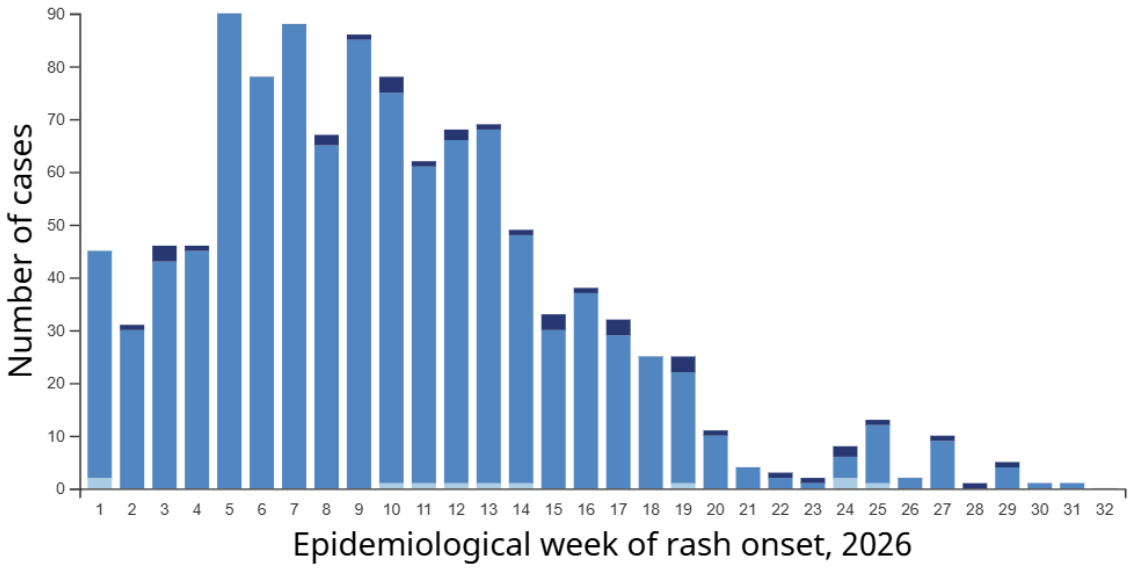
VII.1.A. CANADÁ[31]

En 2026, se han notificado un total de 1.117 casos de sarampión (1.036 confirmados, 81 probables) en 8 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 8 de agosto del 2026.

En la semana 32 (del 9 al 15 de agosto del 2026), se notificaron 2 nuevos casos de sarampión (1 confirmados y 0 probables).

[31] 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=1.117)



VII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[32]

Al 27 de agosto de 2026, se notificaron 2.903 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 2.887 casos fueron reportados por 47 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, 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, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 16 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

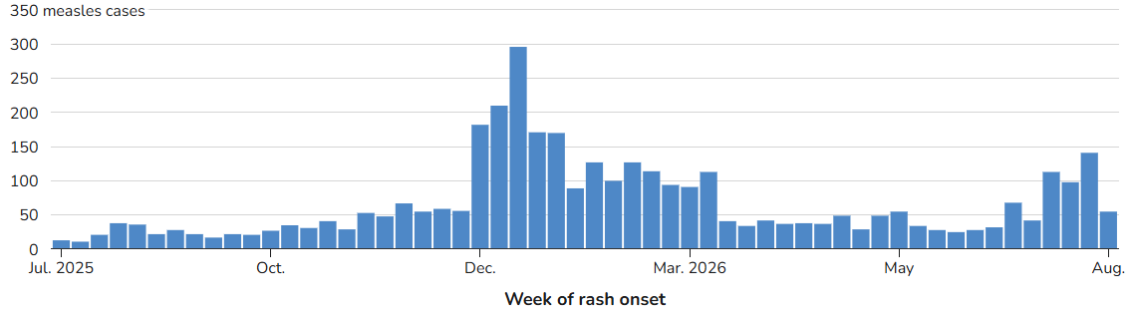
Se han notificado 37 nuevos brotes en 2026, y el 94% de los casos confirmados (2.737 de 2.903) están asociados a brotes (1.362 correspondientes a brotes en 2026 y 1.375 a brotes que comenzaron en 2025).

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.

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

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 27/08/26).

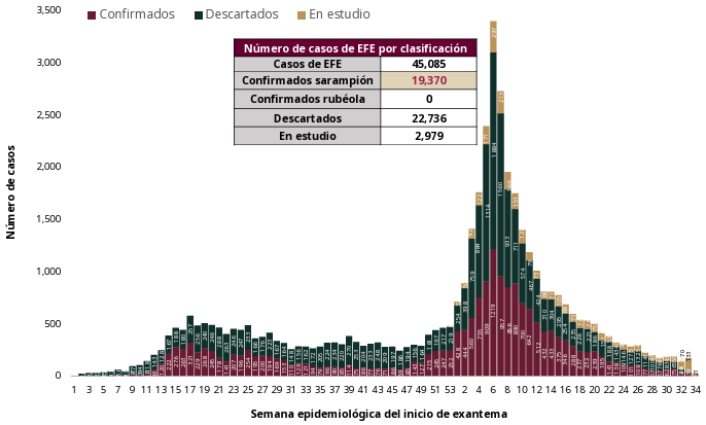


VII.1.C. MÉXICO[33]

Al 18 de agosto de 2026, se han reportado 19.370 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.589 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.275 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.196 casos).

Se han reportado 45 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.

VII.2. Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 26/08/2026

VII.2.A. CONTEXTO GLOBAL

La influenza aviar A(H5) es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta predominantemente a aves de corral y silvestres, con capacidad de infectar de forma esporádica a especies mamíferas, incluidos los seres humanos. Desde 1996, el linaje A/goose/Guangdong/1/96 ha ocasionado brotes recurrentes en poblaciones de aves, así como cientos de casos humanos y defunciones secundarias a la exposición con animales infectados o entornos contaminados. En la actualidad, el subtipo A(H5N1) y otros virus de

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

influenza aviar A(H5) han sido identificados en aves y mamíferos en múltiples regiones geográficas a nivel mundial.

Entre 2021 y marzo del 2026 se han reportado más de 600 especies de aves silvestres y de producción avícola y más de 100 especies de mamíferos afectados por virus de la influenza aviar con potencial zoonótico A(H5Nx). En mayo del 2026, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) determinaron que el riesgo para la salud pública mundial asociado a los virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5) pertenecientes al linaje Gs/Gd se mantiene bajo. Asimismo, para personas con exposición ocupacional o frecuente, el riesgo se estimó de bajo a moderado. Esta evaluación se fundamenta en que la mayoría de los contagios humanos registrados corresponden a exposición directa o indirecta con animales infectados (como ganado lechero en explotaciones afectadas, aves de subsistencia o tareas de sacrificio en granjas avícolas) o entornos contaminados (como mercados de aves vivas o áreas costeras con mamíferos marinos y aves enfermas). El cuadro clínico en humanos ha variado de sintomatología leve a formas graves y fatales. Hasta la fecha, las investigaciones epidemiológicas, virológicas y serológicas no han demostrado transmisión autosostenida de persona a persona.

A nivel mundial, desde octubre del 2025 hasta julio del 2026 se registró un incremento significativo en las detecciones de IAAP en aves silvestres en comparación con las dos temporadas previas, observándose la mayor concentración en Europa (7.379 brotes). En la Región de las Américas, para julio del 2026 se notificaron eventos de transmisión en mamíferos, específicamente en ganado vacuno en los Estados Unidos de América.

Asimismo, el 20 de junio del 2026 la OMSA fue notificada sobre la primera identificación de IAAP A(H5N1) en Australia en un ave marina silvestre (Stercorarius antarcticus), lo que representa un evento epidemiológico significativo, ya que documenta la primera detección de IAAP A(H5N1) en un ave silvestre en Australia. Posteriormente, el 8 de julio del 2026, fue notificada la primera identificación de IAAP A(H5N1) en Nueva Zelanda en la misma especie de ave marina silvestre (Stercorarius antarcticus) siendo esta también la primera detección de IAAP A(H5N1) en un ave silvestre en el país.

Durante julio del 2026, se notificaron 16 brotes en aves de corral y 72 en especies no avícolas (aves silvestres y mamíferos) distribuidos en África, las Américas, Asia, Europa y Oceanía. Posteriormente, la incidencia en aves de corral mostró una tendencia decreciente en el hemisferio norte, en concordancia con el comportamiento estacional habitual de la enfermedad.

Entre 2003 y el 7 de agosto del 2026, se notificaron a la OMS un total de 1.002 casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de influenza aviar A(H5N1) en 25 países, incluidos 479 defunciones (tasa de letalidad: 47,8%). En 2026, hasta esa fecha, se notificaron nueve casos y dos defunciones: Bangladesh notificó tres casos, incluida una muerte; India notificó un caso; y Camboya notificó cinco casos, incluida una defunción.

La evidencia científica disponible indica que los virus circulantes continúan siendo virus de influenza aviar y que no se ha demostrado transmisión sostenida de persona a persona. Las detecciones sostenidas en especies de aves y mamíferos silvestres, incluida su identificación en nuevas áreas geográficas, mantienen la preocupación por la posible adaptación viral a huéspedes mamíferos, aun cuando las infecciones humanas continúan siendo esporádicas.

VII.2.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN EL 2026 EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Infecciones en animales con el virus de la influenza aviar A(H5)

En 2026 y hasta el 15 de julio, diez países de las Américas notificaron 455 brotes2 de influenza aviar A(H5) en animales. Del total de brotes, 386 ocurrieron en especies aviares (35 en aves silvestres y 351 en aves de corral o domésticas) y 69 en mamíferos (44 en mamíferos silvestres y 25 en mamíferos domésticos) (10). Los países que notificaron brotes fueron Argentina (n= 23), Brasil (n= 5), Canadá (n= 21), Chile (n= 42), Colombia (n= 2), Ecuador (n= 1), Estados Unidos de América (n= 301), México (n= 3), Perú (n= 49) y Uruguay (n= 8). La mayor cantidad de brotes se concentró en los Estados Unidos de América, seguido por Perú, Chile, Argentina y Canadá (10).

Tabla 1. Brotes de influenza aviar A(H5) en aves y mamíferos en la Región de las Américas 2026, hasta el 15 de julio del 2026

País	Total de brotes	Brotes en aves silvestres	Brotes en aves de corral o aves domésticas	Brotes en mamíferos silvestres	Brotes en mamíferos domésticos
Argentina	23	4	19	0	0
Brasil	5	2	3	0	0
Canadá	21	2	18	0	1
Chile	42	10	32	0	0
Colombia	2	0	2	0	0
Ecuador	1	1	0	0	0
México	3	2	1	0	0
Perú	49	0	49	0	0
Uruguay	8	8	0	0	0
Estados Unidos de América	301	6	227	44	24
Total	**455**	**35**	**351**	**44**	**25**

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de Sanidad Animal.

El total de 455 brotes de influenza aviar A(H5) en animales representa una disminución de 25,7% respecto de los 612 brotes registrados durante el mismo periodo del 2025. La reducción se observó tanto en aves (7,2%, de 416 a 386 brotes) como en mamíferos (64,8%, de 196 a 69), siendo más marcada en este último grupo.

Entre enero y agosto del 2026, la actividad de brotes animales se concentró en América del Norte, con niveles más bajos de actividad reportada en América del Sur. Estos hallazgos confirman la circulación continua del virus en poblaciones animales y sus implicaciones para la salud pública.

De acuerdo con una alerta regional publicada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) en abril del 2026, la actividad de influenza aviar A(H5N1) en América Latina y el Caribe mostró una renovada expansión durante finales del 2025 y los primeros meses del 2026, con detecciones en aves silvestres y brotes en aves de traspatio y de producción comercial en varios países. La FAO señaló que la circulación sostenida del virus en poblaciones de aves silvestres, particularmente a lo largo de las rutas migratorias, continúa representando un importante mecanismo para su propagación geográfica y para la introducción o reintroducción del virus en poblaciones de aves domésticas. Asimismo, destacó que el contacto directo o indirecto entre aves silvestres y aves de corral constituye uno de los principales factores de riesgo para la introducción de influenza aviar de alta patogenicidad en establecimientos avícolas.

En el 2026, los Estados Unidos de América fueron el país con el mayor número de brotes de influenza aviar A(H5), con 233 brotes en aves y 68 en mamíferos, seguido por Perú con 49 brotes en aves y Chile con 42 brotes en aves.

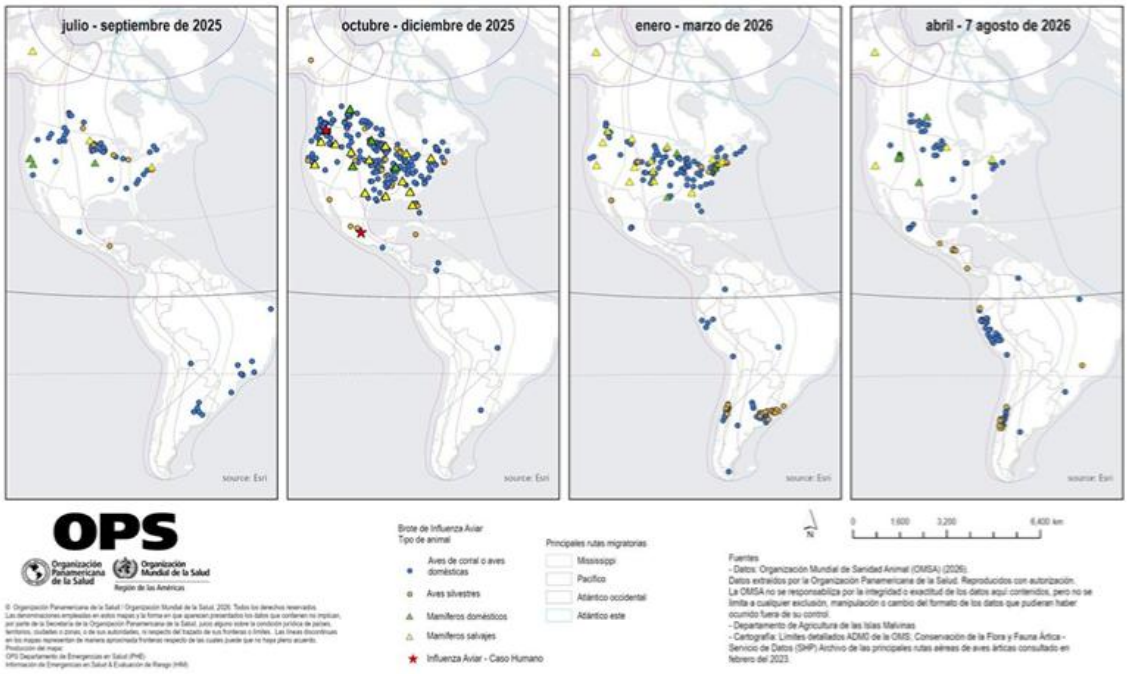
Figura 1. Casos de influenza aviar A(H5) en la región de las Américas desde enero hasta 7 de agosto del 2026.



Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal (10) y Organización Panamericana de la Salud.

Durante el periodo comprendido entre julio del 2025 y julio del 2026, la influenza aviar mostró una dinámica relacionada con los movimientos estacionales de las aves migratorias. Entre julio y septiembre del 2025 ocurrieron brotes focalizados en América del Norte. La transmisión alcanzó su punto máximo entre octubre y diciembre del 2025, con mayor propagación en el centro y el este de América del Norte a lo largo de las rutas del Misisipi y el Atlántico, afectando aves silvestres, aves de corral y mamíferos, y registrándose también casos humanos. Entre enero y marzo del 2026, la actividad disminuyó en el norte y se desplazó hacia el sur del continente, con un incremento de brotes en América del Sur. Finalmente, entre abril y agosto del 2026, la actividad disminuyó en parte de América del Norte, mientras persistieron focos localizados en la costa del Pacífico y el Cono Sur.

Figura 2. Histórico de brotes en animales por influenza A(H5N1) reportados a la OMSA y casos humanos por influenza A(H5), entre julio 2025 y 7 de agosto del 2026, en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal (9) y Organización Panamericana de la Salud.

Infecciones humanas con el virus de la influenza aviar A(H5)

En 2026, y hasta la semana epidemiológica (SE) 32, no se notificaron casos humanos de influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas. Entre 2022 y 2025, se notificaron 75 infecciones humanas por virus de influenza aviar A(H5) en cinco países de la Región de las Américas (Canadá, Chile, Ecuador, México y Estados Unidos): 72 correspondieron a influenza A(H5N1), dos a influenza A(H5N2) y una a influenza A(H5N5). El último caso de influenza A(H5) en la Región fue notificado en noviembre del 2025. Información adicional sobre la caracterización de los casos humanos identificados en la Región de las Américas se encuentra disponible en la actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) publicada por la OPS/OMS el 11 de marzo del 2026.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5-region-americas-26-agosto-2026

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

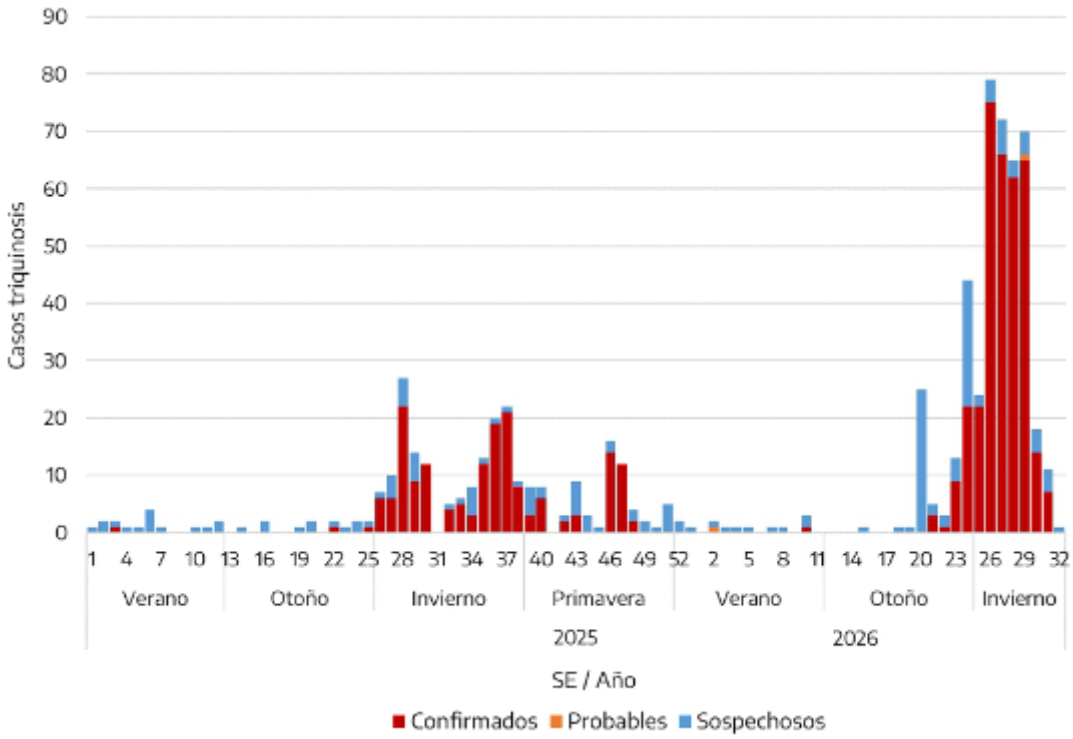
VIII. Boletines Jurisdiccionales

VIII.1. Buenos Aires: Triquinosis

Entre SE 1 y 32 de 2026 se notificaron 461 casos sospechosos de triquinosis: 347 confirmados, 2 probables y 94 que continúan como sospechosos. Comparativamente en el mismo período de 2025 se notificaron 108 casos (62 confirmados, 42 en estudio y 4 descartados).



Distribución anual de casos notificados de triquinosis por semana epidemiológica (SE) de fecha de inicio de síntomas (FIS). Provincia de Buenos Aires. Período 2025 hasta SE 32 de 2026. n= 700



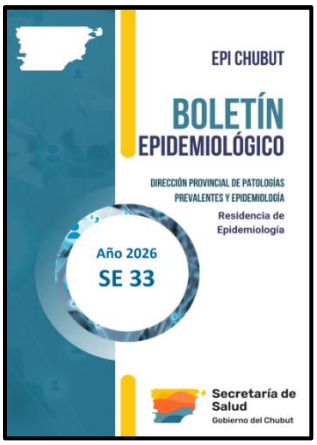
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

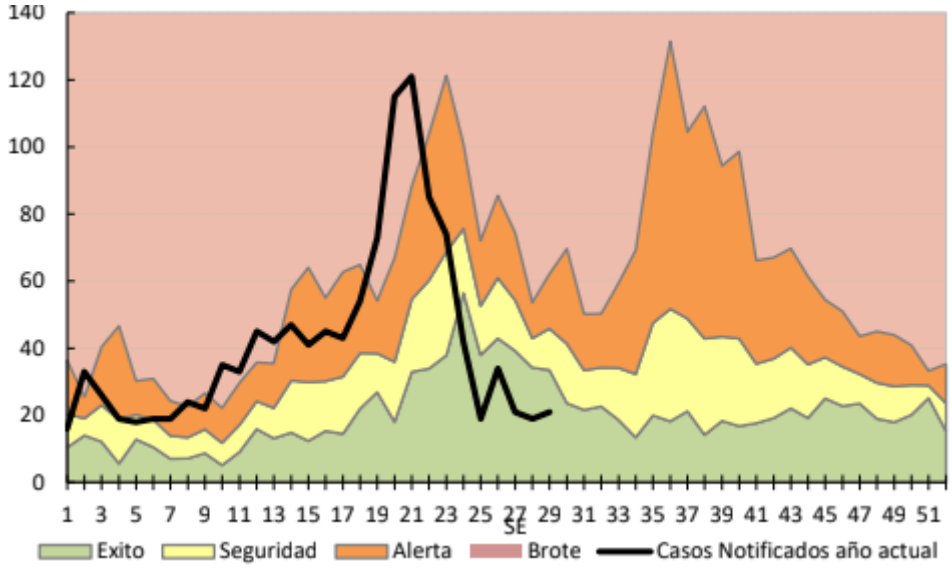
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VIII.2. Chubut – Neumonía

El corredor endémico de neumonía se ubica en zona de éxito y seguridad a partir de la SE 24.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Provincia de Chubut. SE 1-31 Año 2026. N= 1275



Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

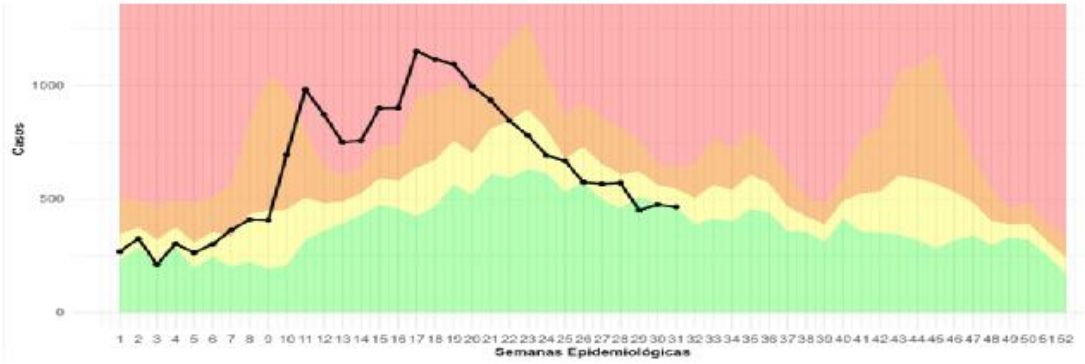
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

VIII.3. Salta – Enfermedad tipo influenza (ETI)

En las notificaciones de casos de ETI se observa n que se mantienen constante respecto a los casos de la semana anterior, el corredor endémico ingresa a Zona de Seguridad.



Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (eti) – Años: 2019 a 2025. Se 31 de 2026. Provincia de salta. (n=20.047*)

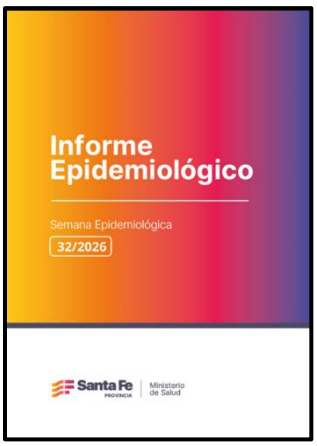


Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D. G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0 . NOTA: 2 per.med. móv. = media de casos entre dos semanas epidemiológicas.

Para más información:

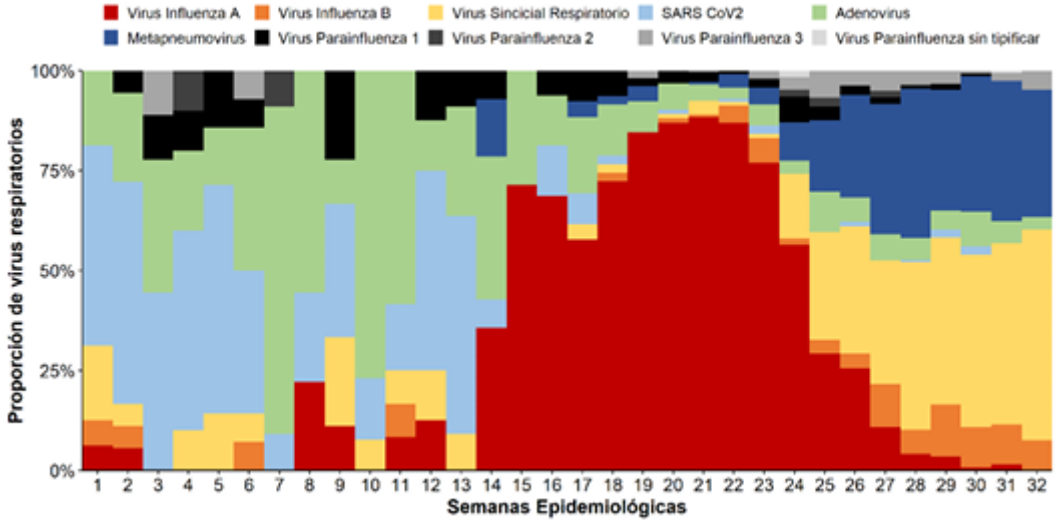
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VIII.4. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA)



En lo que va del 2026 (SE1 hasta SE32) se informaron un total de 34.462 notificaciones de IRAG en internados, de los cuales se confirmaron 2.002 casos (5,8% del total de las notificaciones por virus respiratorios) con el siguiente orden de frecuencia: Virus Influenza A (n= 638 casos), Virus Sincicial Respiratorio (n= 512 casos), Metapneumovirus (n= 390 casos), Adenovirus (n= 170 casos), Virus Influenza B (n= 117 casos), Virus Parainfluenza (n= 101 casos) y SARS CoV-2 (n= 74 casos). En las últimas tres semanas (desde SE30/2026 hasta SE32/2026) se registraron un total de 6.076 notificaciones de IRAG en internados, de las cuales se confirmaron 524 casos para todos los virus respiratorios (8,6% del total de las notificaciones desde SE30 hasta SE32).

Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados por IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE1 a SE32/2026.



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:

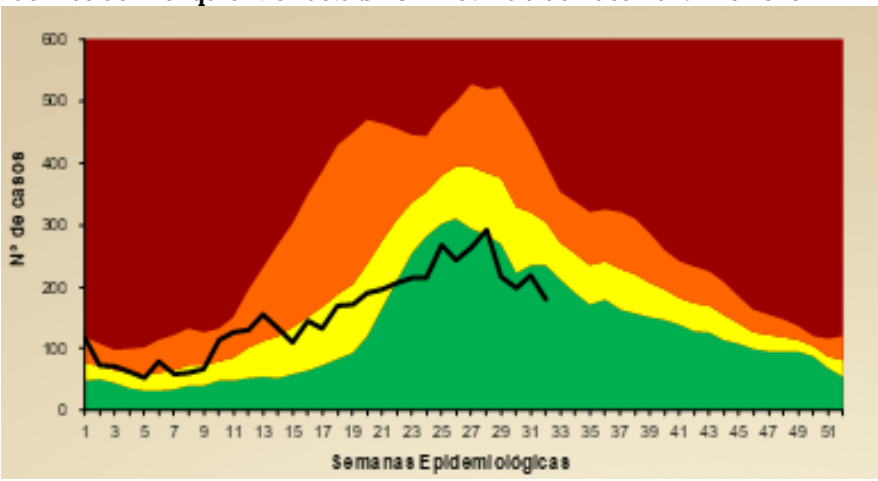
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

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

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 32 se notificaron 180 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 32 Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **agosto** 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**
Agosto	Accidente Cerebrovascular Agudo (ACV)	Se crea nuevo evento		
	Esporotricosis	Laboratorio	Muestra	Se adiciona: “Hisopado de lesiones específicas”
	Fiebre Amarilla (Sospecha de epizootia)	Clínica	Signos y síntomas	Se adiciona: “Desnutrición”, “Deshidratación”, “Lesiones cutáneas”, “Secreciones hemorrágicas oculares”, “Secreciones hemorrágicas nasales”, “Piel con coloración amarillenta”, “Esclerótica ocular con coloración amarillenta”, “Membranas mucosas con coloración amarillenta”.

MODALIDAD AGRUPADA			
Fecha de modificación	**Grupo de eventos**	**Nombre del evento**	**Sección** **Cambio realizado**
Agosto	Infecciones Respiratorias Bacterianas	Infecciones respiratorias bacterianas seleccionadas	Se adiciona: “Chlamydia pneumoniae por PCR”, “Mycoplasma pneumoniae por PCR”, “Legionella pneumophila por PCR”, “Legionella pneumophila por Antígeno urinario”, “Haemophilus influenzae por cultivo”, “Haemophilus influenzae por PCR”, “Streptococcus pneumoniae Por Antigeno Uninario”, “Streptococcus pneumoniae por cultivo”, “Streptococcus pneumoniae por PCR”, “Neisseria meningitidis por cultivo”, “Neisseria meningitidis por PCR”