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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **826**

Semana epidemiológica 36
AÑO 2026
Desde 06/09 al 12/09
Fecha de publicación
21/09/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

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

Las pruebas de laboratorio son acciones fundamentales para la confirmación de casos de diferentes patologías. Imagen ilustrativa libre de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°826, SE 36.

I. Sobre este BEN

En esta edición del Boletín Epidemiológico Nacional se presenta una actualización de los principales eventos bajo vigilancia, con énfasis en las infecciones respiratorias agudas y en dengue y otros arbovirus.

Dentro de los eventos priorizados, se desarrolla la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas, con información sobre la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la situación nacional y la vigilancia centinela a través de las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI y de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave. Se incorpora además información sobre la subtipificación y caracterización genómica de influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia, incluyendo la secuenciación de influenza A(H3N2) y la caracterización de los casos recibidos. El apartado se completa con recomendaciones para la prevención y control, vigilancia epidemiológica, vacunación antigripal y tratamiento antiviral.

En relación con dengue y otros arbovirus, se presenta la situación regional, con información específica de la subregión del Cono Sur, la situación de dengue en Argentina y el inicio de la temporada 2026/2027, junto con la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026. También se actualiza la situación de fiebre chikungunya y de otros arbovirus en Argentina.

La edición incluye además una actualización de las alertas y comunicaciones internacionales, con información sobre la situación del sarampión en la Región de las Américas y sobre la enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo. Se suman los contenidos destacados de los boletines jurisdiccionales de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Tucumán, con información sobre enfermedades respiratorias, varicela y bronquiolitis.

Finalmente, se incorpora la fe de erratas correspondiente a la actualización de la tabla de eventos priorizados y, dentro de las herramientas para la vigilancia, el listado de modificaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0.

Los contenidos de esta edición aportan información actualizada para el seguimiento de los eventos priorizados, la vigilancia clínica y de laboratorio, y el monitoreo de situaciones epidemiológicas de relevancia nacional, regional e internacional.

Contenido

I. Sobre este BEN 4

TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS 7
II. Actualización de la tabla de eventos priorizados 8
II.1. Fundamentación 8
II.2. Metodología de análisis 8
II.2.A. Sobre la construcción de la tabla 8
II.2.B. Clasificación de la situación epidemiológica 8
II.2.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 9
II.2.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos 9
II.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica 9
II.4. Fe de erratas 11

EVENTOS PRIORIZADOS 12
III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 13
III.1. Nota Metodológica 13
III.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 13
III.3. Síntesis de la información nacional destacada 13
III.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 14
III.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 14
III.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 17
III.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 20
III.5.A. Secuenciación genomica de influenza A(H3N2) 2025-2026 21
III.5.B. caracterización de casos de influenza recibidos en el LNR desde SE1 a SE34/2026. 21
III.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 25
III.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 25
III.7. Vigilancia epidemiológica 25
III.8. Recomendaciones para la población 26
III.9. Vacunación antigripal 27
III.10. Tratamiento antiviral 28
IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus 30
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 30
IV.1.A. Subregión Cono Sur 31
IV.2. Situación de dengue en Argentina 33
IV.2.A. inicio de temporada 2026/2027 33
IV.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 35
IV.3.A. Nota metodológica 35
IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 36
IV.5. Situación epidemiológica de otros arbovirus 38

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 39
V. Introducción 40
V.1. Sarampión - Sarampión en la Región de las Américas 40
V.1.A. Resumen de la situación 40
V.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo – República Democrática del Congo 45

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 48
VI. Boletines Jurisdiccionales 49
VI.1. Buenos Aires: Enfermedades Respiratorias 49
VI.2. Tierra del fuego: varicela 50
VI.3. Tucumán: bronquiolitis 51

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA..... 52
VII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 53

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

II. Actualización de la tabla de eventos priorizados

II.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.

II.2. Metodología de análisis

II.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.

II.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.

II.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.

II.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.

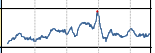
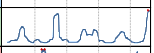
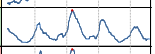
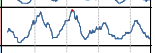
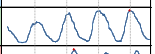
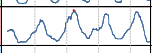
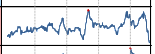
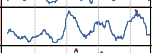
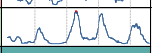
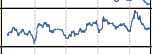
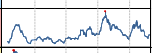
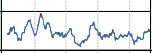
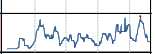
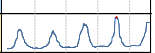
II.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 36 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE36	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)	196	381	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	3	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	571	594	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	316	552	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	91	99	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	10342	14892	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	244	207	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	116	111	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	6	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3342	4147	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	496	579	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	31	24	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	84	104	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hantavirosis	42	58	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	111	189	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	73	78	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE36**	**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	31	21	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	641	649	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1144	942	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	6426	8069	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	39	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	45	64	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	436	475	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis C	858	915	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	4	14	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	20399	35874	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	16	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	992	1000	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	15	18	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	25	37	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	10	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	1378	1815	En aumento	Dentro de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	5584	9029	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	276	418	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	165	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	

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

II.4. Fe de erratas

Los datos incluidos en esta tabla corresponden a la información disponible en el SNVS 2.0 al momento del cierre del presente BEN y deben considerarse parciales y sujetos a modificación. Este carácter preliminar no responde únicamente a los tiempos y modalidades de notificación de los distintos efectores y jurisdicciones, sino también al propio proceso de vigilancia epidemiológica. La investigación de los casos, la incorporación progresiva de resultados de laboratorio y otros antecedentes, la actualización de las clasificaciones y la validación de la información pueden requerir tiempos diferentes según el evento y la situación epidemiológica. Asimismo, en períodos de alta notificación, el volumen de casos puede dificultar que todos los procesos de revisión, investigación y validación se realicen en tiempo real. Por estos motivos, los datos pueden presentar modificaciones entre sucesivas ediciones del BEN a medida que se completa, revisa y consolida la información.

* En las últimas 3 ediciones se presentó un caso de Chagas Agudo vectorial que, en el actual Boletín, luego de la investigación epidemiológica, fue descartado por la jurisdicción que lo había notificado. Los casos de Chagas agudo vectorial continúan siendo 2 para el total país.

** Luego de la revisión y análisis, se observó que los dos casos que se habían notificado como “Hepatitis B - Expuestos a transmisión vertical”, correspondían a errores de carga por parte de la jurisdicción.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

III.1. Nota Metodológica

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

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

III.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios

En la semana 35 la actividad de influenza en la Región de las Américas muestra tendencias mixtas. La circulación se mantiene baja en Norteamérica, mientras que el Caribe y Centroamérica siguen mostrando actividad de baja a moderada, con tasas de positividad de 5,4% y 6%, respectivamente. La Región Andina muestra una tendencia decreciente, con una positividad de 5,5%, dominada por influenza A. En cambio, Brasil y el Cono Sur presentan un aumento de actividad, con una positividad de 9,4% en la SE 35, dominada por influenza B. El VSR muestra tendencia creciente en Brasil y el Cono Sur (14,2%) y actividad moderada en Centroamérica (15,7%), mientras persiste una tendencia decreciente continua en la Región Andina (5,6%). Por su parte, la circulación de SARS-CoV-2 sigue en aumento en el Caribe, alcanzando 17,1%, y se mantiene en niveles moderados a bajos en Centroamérica (8,7%) y bajos en Norteamérica (2,6%). En cuanto a otros virus respiratorios, la tendencia continúa al alza en varios países, siendo el rinovirus el más detectado.

III.3. 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 notificaciones en semanas posteriores. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados en el 2026, con tendencia ascendente desde SE15 hasta SE29.

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 SE36, la positividad fue del 18,8% con 10 casos confirmados. 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 las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 29 casos positivos entre 375 muestras estudiadas.

En la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG) para la SE 36 se identificaron 61 casos. Durante las primeras 36 semanas de 2026 se registraron 5.971 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 SE34.El

número de casos de VSR para la SE 36 fue de 165 casos. En las últimas cuatro semanas analizadas predominaron las detecciones de VSR, con 326 casos positivos entre los 891 casos de IRAG estudiados, seguido por influenza (n=44) y SARS-CoV-2 (n=5). Además, se notificaron 2 codetecciones de influenza y VSR y 4 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. En las últimas semanas se observa un ascenso progresivo, a expensas principalmente de influenza B. 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, SE31/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente influenza, seguido de VSR, metapneumovirus, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.

Entre la vigilancia universal en 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 SE20-23, luego de las cuales comenzó a descender. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un aumento a partir de SE 13. En la última semana no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 165 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

III.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[1]

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos. En las SE 35 y 36, no se registraron casos positivos para SARS-CoV-2 entre las 165 muestras procesadas.

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

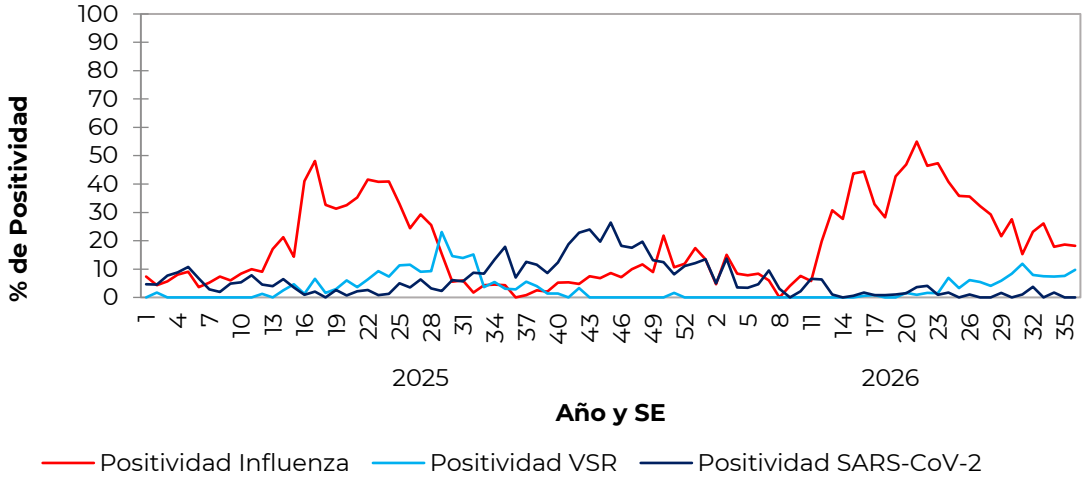
[1] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B linaje Victoria y, en las últimas semanas del año, un mayor número de detecciones de influenza A, aunque con valores bajos.

En lo que va de 2026, se observó un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12 hasta la SE21, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). Posteriormente, las detecciones semanales presentaron un descenso, con predominio en las últimas SE de influenza B. En las SE35 y 36 de 2026 se notificaron 33 casos de influenza entre las 178 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 18,2%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En 2026, las detecciones de VSR fueron esporádicas hasta la SE 20. A partir de entonces, se registraron casos todas las semanas, aunque en baja magnitud, con porcentajes de positividad superiores al 3% desde la SE 24 en adelante. En las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 29 casos positivos entre 375 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE36/2026. Argentina.

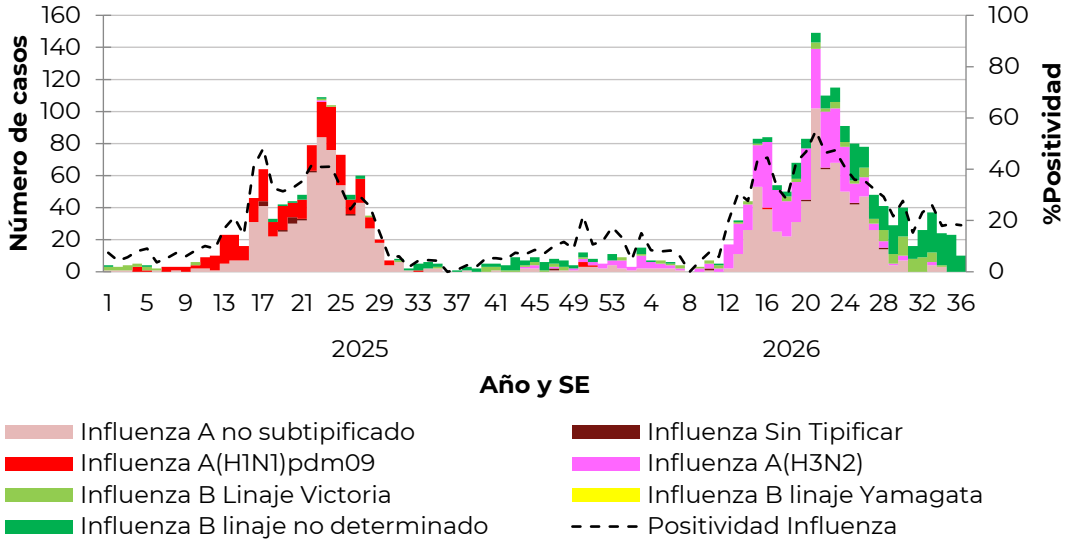


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

En las primeras 32 SE de 2026, se detectaron 1.435 casos de influenza, predominantemente influenza A (n=1.122). Entre estos, 421 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 308 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 75 de ellos.

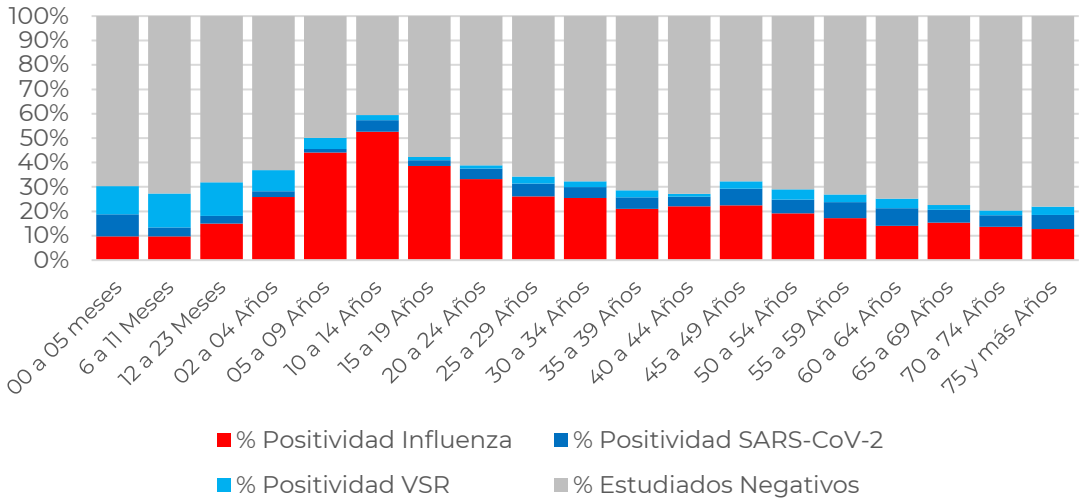
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE36/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE36/2026. Estrategia UMA. Argentina[2].



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

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

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 42 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [3]

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[4].

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[5].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[6] y shock[7] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 32 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total 5.971 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.527 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[8].

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

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

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

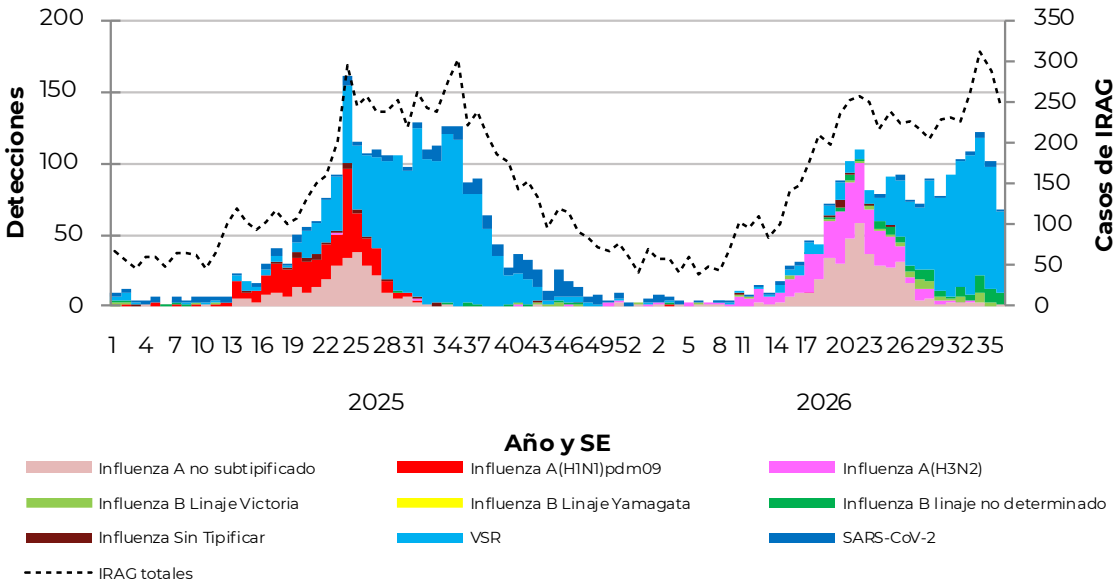
[5] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

[6] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura

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

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

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE1/2025 a SE36/2026. Argentina



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

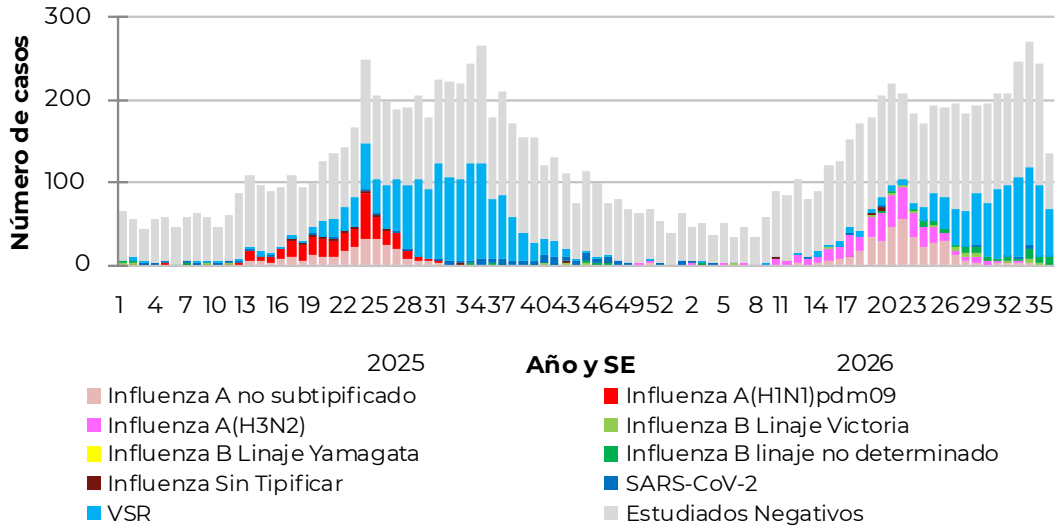
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** durante 2025 las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento a partir de la SE35, seguido de una disminución en las últimas semanas del período. En 2026, los casos continúan en niveles bajos.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todas las semanas de 2025, se observó un incremento en las detecciones a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor frecuencia de A(H1N1) y, en menor medida, de A(H3N2). Asimismo, se detectaron en menor medida casos de influenza B, con identificación de linaje Victoria.

En las 36 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 905 casos de influenza. Las detecciones mostraron tendencia ascendente desde la SE10, con un máximo en SE22 y descenso posterior. Se tipificaron 753 casos de influenza A, y de éstos 369 cuentan con subtipificación: 367 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). De los 141 casos de influenza B, 46 corresponden al linaje Victoria y el resto no tiene identificación de linaje al momento.

En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de **VSR**, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las primeras 36 semanas de 2026, las detecciones de VSR se mantuvieron en niveles bajos durante las primeras semanas del año y mostraron una tendencia ascendente desde la SE 16. Hasta la SE 36 se registraron 900 casos acumulados durante 2026.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE36/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [9].



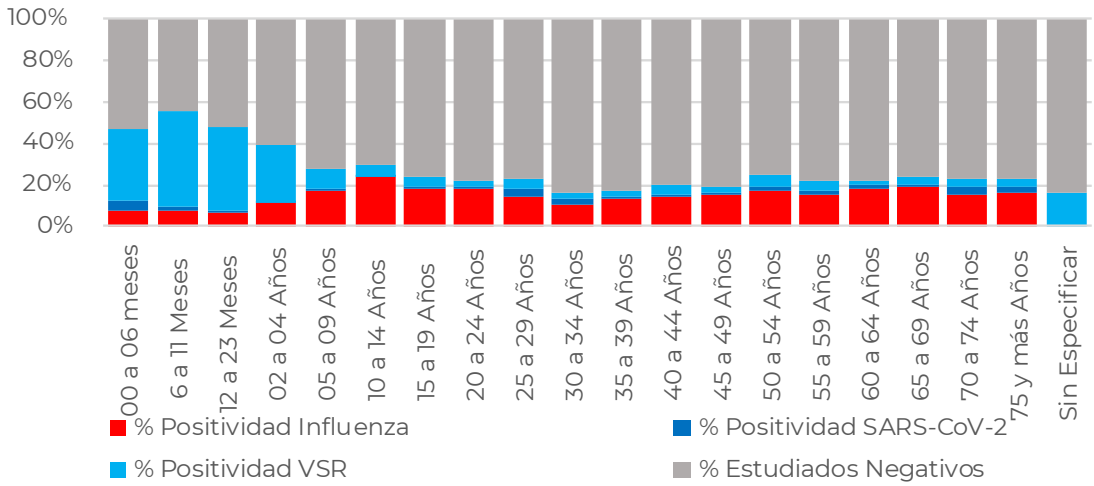
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En las últimas 4 semanas, entre 891 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 2 codetecciones de influenza y VSR, 4 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, 326 casos de VSR, 44 casos de influenza y 5 casos de SARS-CoV-2. Los restantes 472 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados mediante técnicas moleculares para los tres virus priorizados desde la SE 1/2025, la mayor positividad para influenza se observó en personas de 10 a 19 años y de 60 a 69 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad más elevado se registró en menores de 6 meses. En el caso del VSR, los mayores porcentajes de positividad se observaron en menores de 2 años, particularmente en el grupo de 6 a 11 meses, seguido por los de 12 a 23 meses y los menores de 6 meses.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE1/2025 a SE36/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[10]



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

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

Nota metodológica: Para el presente informe se tuvieron en cuenta las muestras con diagnóstico 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 no fue posible confirmar la detección viral mediante los algoritmos diagnósticos del LNR. A partir del informe de SE27 estas muestras, previamente clasificadas como "Influenza sp." en informes anteriores, se presentan clasifican como negativas en el LNR.

La secuenciación genómica se realizó en el 100% de los casos derivados hasta la SE13 y desde la SE30 hasta ahora; entre las SE14 y SE29 se realizó un muestreo en el que se ponderaron variables temporales (SE de FTM), espaciales (región y provincia de procedencia) y poblacionales (casos cambulatorios e internados y grupos de edad), debido al alto volumen de muestras recibidas en ese período –en coincidencia con el pico estacional.

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 SE34 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de virus en las muestras reibidas en el LNR con fecha de toma en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación.

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

III.5.A. SECUENCIACIÓN GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE1/2025 y la SE34/2026, el LNR secuenció 480 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 24 jurisdicciones, de las cuales 439 (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 34/2026 (N =480).

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**	**161**	**184**
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	69	79
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	22	24
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**	**32**	**36**
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	16	16
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
NOA	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**3**	**134**	**140**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13
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	53	53
Sur	**1**	**0**	**16**	**0**	**15**	**0**	**0**	**3**	**0**	**43**	**78**
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	5	8
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	406	480

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

III.5.B. CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 34/2026.

En términos acumulados, hasta el 17/09/2026 el LNR recibió 2624 muestras de Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 y la SE34/2026, de las cuales 2592 pudieron ser tipificadas y subtipificadas y 32 resultaron negativas. Entre las muestras tipificadas, el 82% correspondió a Influenza A y el 18% 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 444 de los 454 casos se pudo identificar el linaje y todos correspondieron al linaje Victoria.

Se recibieron en el LNR muestras provenientes de las 5 regiones del país con la siguiente distribución: Centro, 40%; NOA, 29%; Cuyo, 16%, Sur, 8%; y NEA, 7%. En todas se registró el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A entre 77% y 90% de los casos según región, y el subtipo H3N2 representó entre el 97% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B representaron entre 10% y 23% según la región.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE34, Año 2026 (N = 2624).

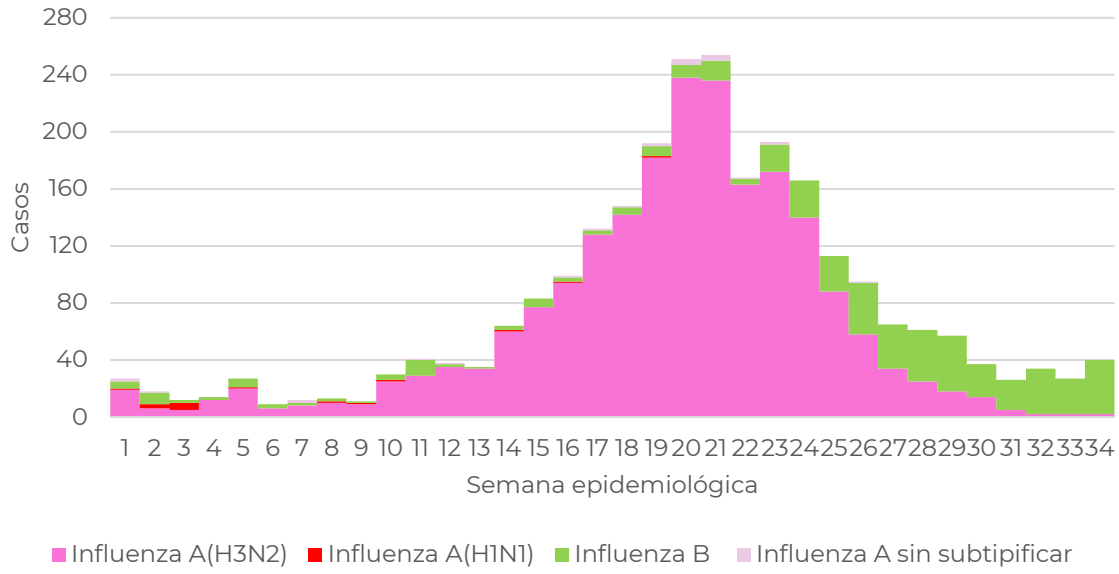
Jurisdicción	Influenza A							Influenza B								Negativo	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)			Victoria									
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.	Sin subtip.	Subclado C.3.1	Subclado C.3.3	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Subclado C.5.7	Sin esp.	Sin linaje		
Centro	**0**	**161**	**6**	**625**	**1**	**7**	**12**	**31**	**9**	**7**	**24**	**39**	**1**	**109**	**3**	**14**	**1049**
Buenos Aires	0	69	5	325	0	1	5	13	8	5	4	20	1	52	0	6	514
CABA	0	39	1	137	0	4	5	1	0	1	0	5	0	12	0	1	206
Córdoba	0	9	0	35	1	1	0	6	1	0	4	4	0	21	0	1	83
Entre Ríos	0	22	0	33	0	0	0	5	0	0	4	5	0	7	0	3	79
Santa Fe	0	22	0	95	0	1	2	6	0	1	12	5	0	17	3	3	167
Cuyo	**0**	**36**	**0**	**272**	**0**	**0**	**1**	**6**	**0**	**0**	**11**	**3**	**0**	**73**	**1**	**3**	**406**
Mendoza	0	21	0	172	0	0	0	1	0	0	10	1	0	56	0	1	262
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	5	0	0	1	2	0	13	1	0	62
NEA	**1**	**32**	**0**	**121**	**1**	**3**	**1**	**3**	**0**	**0**	**5**	**1**	**0**	**21**	**0**	**3**	**192**
Chaco	1	12	0	16	0	0	0	3	0	0	2	1	0	12	0	1	48
Corrientes	0	2	0	13	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	17
Formosa	0	16	0	91	1	3	1	0	0	0	2	0	0	6	0	2	122
Misiones	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5
NOA	**1**	**134**	**3**	**527**	**0**	**3**	**6**	**6**	**0**	**2**	**4**	**3**	**0**	**55**	**6**	**11**	**761**
Catamarca	0	13	0	87	0	1	0	1	0	0	0	1	0	6	0	0	109
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	53	0	125	0	0	0	1	0	0	4	1	0	16	2	1	203
Sur	**3**	**43**	**0**	**133**	**0**	**1**	**4**	**3**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**27**	**0**	**1**	**216**
Chubut	0	5	0	21	0	0	2	0	0	0	0	0	0	3	0	1	32
La Pampa	0	9	0	31	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6	0	0	48
Neuquén	0	16	0	46	0	1	1	0	0	0	0	1	0	5	0	0	70
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	406	9	1678	2	14	24	49	9	9	44	47	1	285	10	32	2624

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 desde la SE14 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 número relativamente estable y un aumento de su proporción hacia las últimas semanas a expensas del descenso de Influenza A, 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.

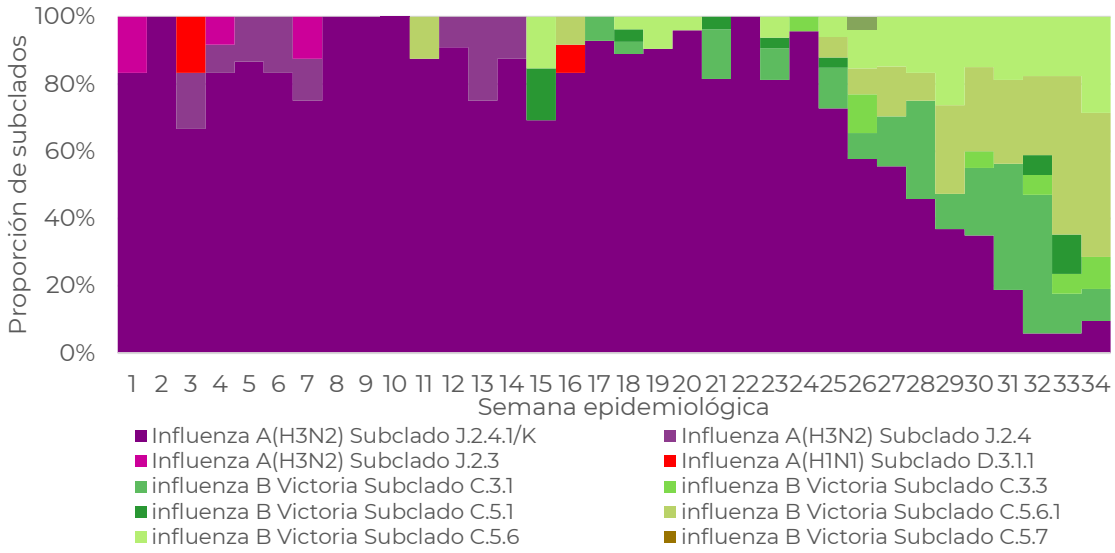
Gráfico 1. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE34, Año 2026[11]



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 581 muestras de Influenza: 420 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 159 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 (31%), C.5.6 (28%) y C.5.6.1 (30%). Las restantes secuencias correspondieron a los subclados C.5.1 (6%), C.3.3 (6%) y C.5.7 (1%).

Gráfico 2. Distribución proporcional de casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE34. Año 2026.

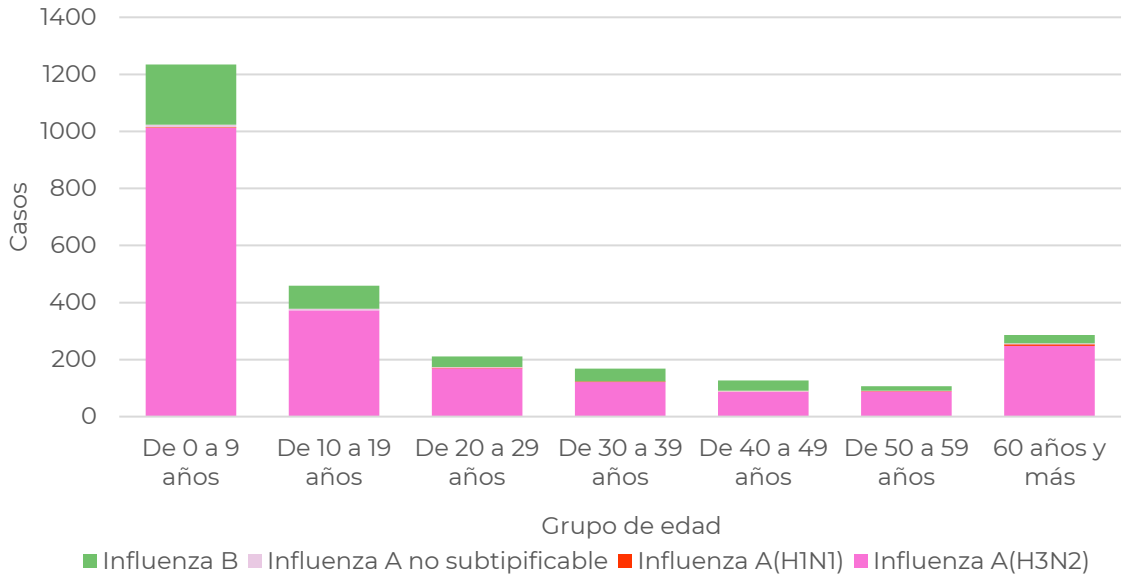


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

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

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 47%; y 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 65% en los menores de 20 años.

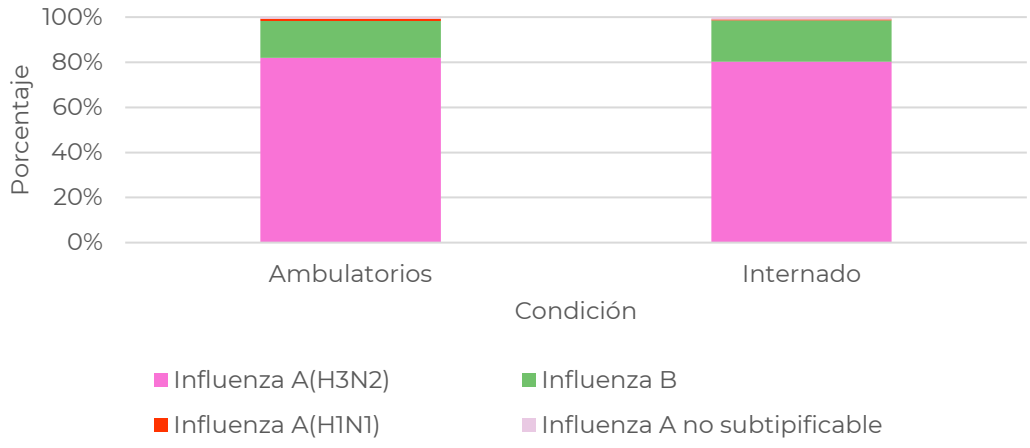
Gráfico 3. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo y subtipo según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE34, Año 2026.



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 (81%) como en internados (79%). Influenza B representó el 16% de los casos recibidos en el LNR entre los pacientes ambulatorios y el 18% entre los internados, mientras que Influenza A(H1N1) se registró en una proporción muy baja en ambos grupos.

Gráfico 4. Distribución proporcional de tipos y subtipos según condición clínica de los casos. SE1 a SE34, 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.

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

III.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.

III.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 derivación para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

Caracterización de virus Influenza:

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

Por otra parte, para todos los laboratorios participantes o no de la red que detecten virus de la influenza A (H3N2), realizar la derivación al LNR para procurar identificar la variante K 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 2026:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf.

III.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.

III.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.

III.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.[12],[13] 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.[14],[15] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

[12] 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.
[13] 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.
[14] 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.
[15] 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.

-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/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf.

IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

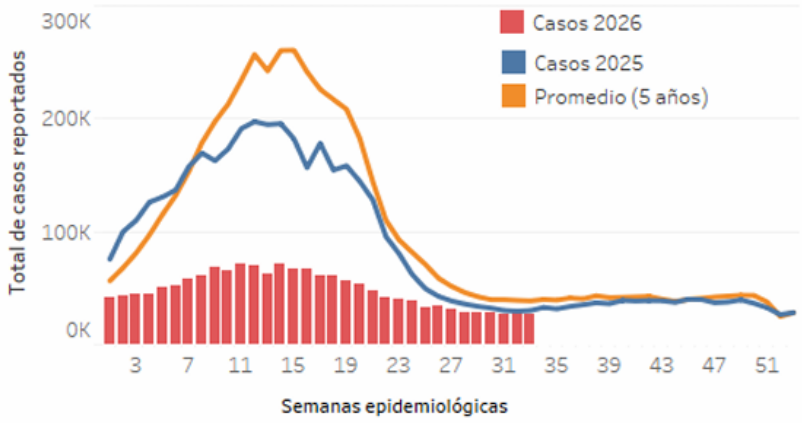
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas actualizado el 11 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 33 del 2026, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,599,333 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 153 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 58% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 64% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 33.

De los 1,599,333 casos de dengue reportados en las Américas, 487,638 casos (30%) fueron confirmados por laboratorio y 3,176 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 507 muertes por dengue, para una letalidad del 0.032%.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 33 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

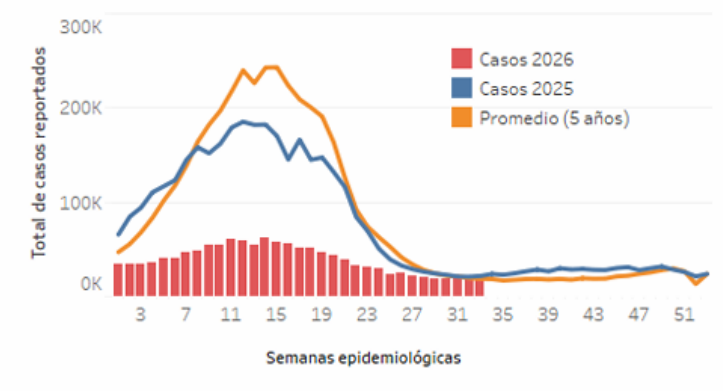
18 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 33. Estos países registran en conjunto 27,460 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 33. Del total de casos registrados en la SE 33, 79 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 7 muertes. para una letalidad de 0.025%.

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

IV.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 16,747 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 33. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 63% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 68% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 33 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 33, 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)[16] y el ARBO-portal[17] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 17/09/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 36 de 2026 se notificaron 1.276.720 casos de dengue, de los cuales 342.885 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 75% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 330 fallecidos. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 35 se reportaron un total de 126.276 casos. De ellos, 53.778 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 47% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 52 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 35 se registraron 12.089 casos, de los cuales 625 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 62%. 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 33/2026, se reportaron un total de 58.628 casos de dengue, de los cuales 613 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 50% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 47.586 casos, de los cuales 11.596 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 1.855 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 35/2026 se registraron un total de 10.034 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 34/2026 se reportaron un total de 49.691 casos de dengue, de los cuales 40.550 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa un aumento del 34% en comparación con la misma semana epidemiológica del 2025. Se registraron 56 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 33/2026 se notificaron 6 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la SE 33, 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

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

[17] 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[18].

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.

IV.2. Situación de dengue en Argentina

IV.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 SE36/2026, 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[19], durante la SE**36/2026** (quinta semana de la temporada 2026/27) se confirmó un casos con antecedente de viaje a Ecuador. De ahí que en lo que va de la temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 875 casos sospechosos. De ellos, **3** fueron **confirmados**, ambos con antecedente de viaje a **Brasil** y **Ecuador**, todos con residencia en Provincia de Buenos Aires e identificación del serotipo

[18] 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

[19] 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).

DENV-3; 7 fueron clasificados como probables en las provincias de Salta, Entre Ríos y Buenos Aires que aún continúan en investigación; 376 fueron descartados y 489 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.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2026/2027. SE31 a SE36/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Descartados	Casos sospechosos en estudio	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	0	2	3	1	DENV-3	16	33	55	3
CABA	0	0	0	0		1	10	10	0
Córdoba	0	0	0	0		3	272	275	0
Entre Ríos	0	1	0	0		6	6	13	0
Santa Fe	0	0	0	0		16	25	41	0
Total Centro	**0**	**3**	**3**	**1**		**42**	**346**	**394**	**3**
Mendoza	0	0	0	0		0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0		0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0		2	0	2	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**		**2**	**0**	**2**	**0**
Chaco	0	0	0	0		1	15	16	0
Corrientes	0	0	0	0		1	4	5	0
Formosa	0	0	0	0		282	0	282	0
Misiones	0	0	0	0		17	1	18	0
Total NEA	**0**	**0**	**0**	**0**		**301**	**20**	**321**	**0**
Catamarca	0	0	0	0		0	4	4	0
Jujuy	0	o	0	0		16	11	27	0
La Rioja	0	0	0	0		0	5	5	0
Salta	0	3	0	0		11	42	56	0
S. del Estero	0	0	0	0		1	10	11	0
Tucumán	0	0	0	0		0	45	45	0
Total NOA	**0**	**3**	**0**	**0**		**28**	**117**	**148**	**0**
Chubut	0	0	0	0		1	2	3	0
La Pampa	0	0	0	0		0	2	2	0
Neuquén	0	0	0	0		0	1	1	0
Río Negro	0	0	0	0		0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0		2	1	3	0
T. del Fuego	0	0	0	0		0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**3**	**6**	**9**	**0**
Total País	**0**	**6**	**3**	**1**	**DENV-3**	**376**	**489**	**875**	**3**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación.

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

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

IV.3.A. NOTA METODOLÓGICA

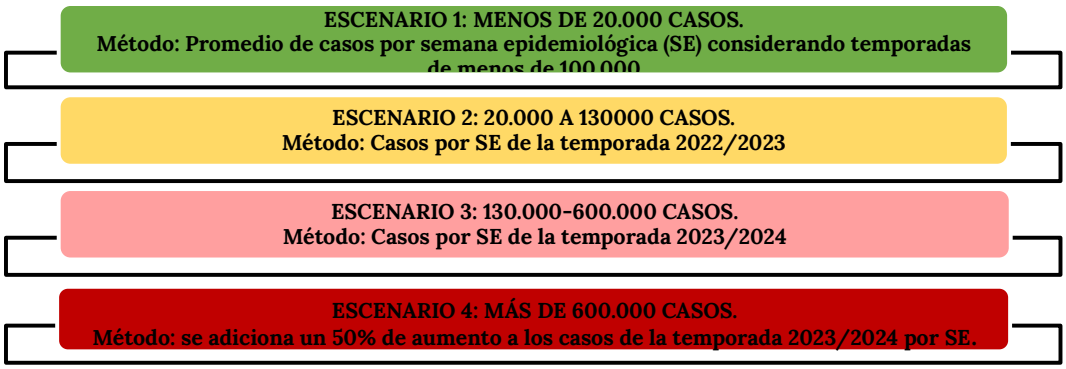
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada 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.

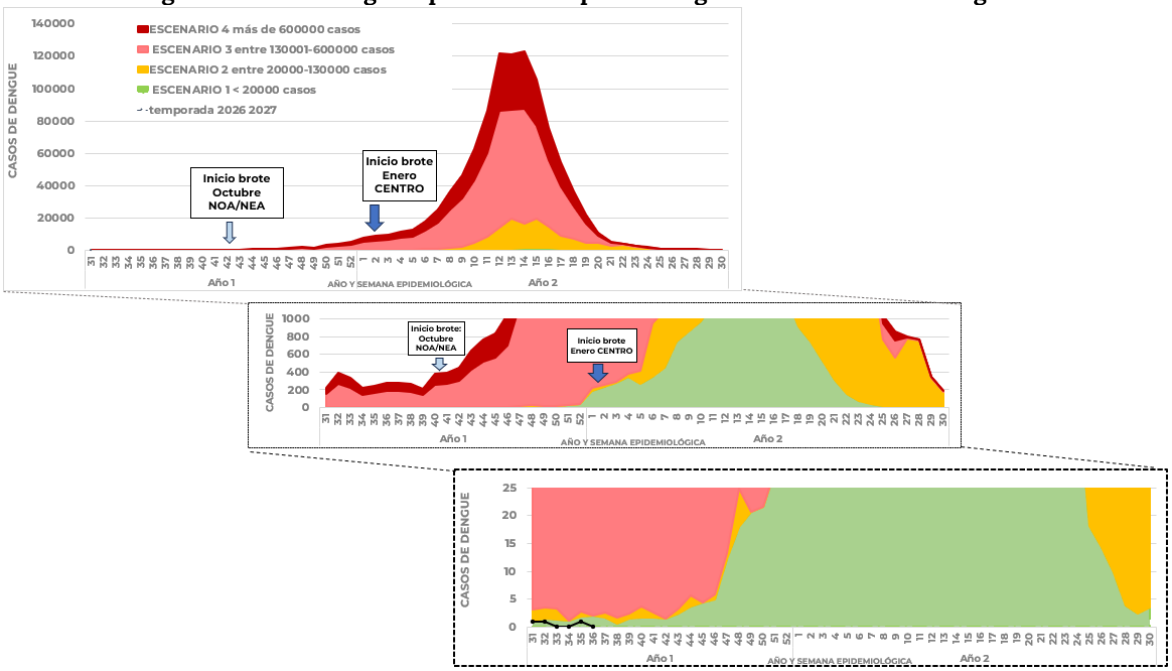
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan la curva de la nueva temporada 2026-2027 (n=3) y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 4)

Gráfico 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)

Gráfico 4. Dengue: Casos de dengue[20] 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)

IV.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) 132 casos sospechosos. De ellos, **1** fueron **confirmado** en el departamento de Orán, Salta;6 fueron clasificados como probables de los cuales 5 corresponden a las provincias de Salta (departamentos Gral. San Martín, Orán y Rivadavia), 25 fueron descartados y 100 permanecen en estudio como casos sospechosos en estudio.

Dos casos probables de la provincia de Salta fueron **reclasificados como correspondientes a la temporada anterior**, dado que la fecha de inicio de síntomas se remontaba a más de dos

[20]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).

meses antes del estudio, realizado en el contexto de manifestaciones **clínicas persistentes** posteriores a la infección por chikungunya.

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2026/2027. SE31 a SE36/2026. Argentina.

Jurisdicción	SAV		CAV		Descartados	Sospechosos en estudio	Total notificados	Total casos confirmados de Chikungunya
	Conf. Labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.				
Buenos Aires	0	0	0	0	4	2	6	0
CABA	0	0	0	0	0	1	1	0
Córdoba	0	0	0	0	0	10	10	0
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	0	0	0	0	0	2	2	0
Total Centro	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**15**	**19**	**0**
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0		0	0	0	0	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	4	4	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	1	0	0	0	0	1	0
Misiones	0	0	0	0	1	1	2	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**1**	**5**	**7**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	2	2	0
Jujuy	0	0	0		10	8	18	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	1	5	0	0	10	30	46	1
S. del Estero	0	0	0	0	0	3	3	0
Tucumán	0	0	0	0	0	37	37	0
Total NOA	**1**	**5**	**0**	**0**	**20**	**80**	**106**	**1**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total País	**1**	**6**	**0**	**0**	**25**	**100**	**132**	**1**

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 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.

Se ha registrado un solo casos confirmado 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.

IV.5. Situación epidemiológica de otros arbovirus

Se presenta la situación epidemiológica de enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis, fiebre del Nilo occidental y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2026-2027 (SE31/2026 a SE36/2026).

Encefalitis arbovirales

Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **41** casos sospechosos de fiebre **Encefalitis de San Luis** y **6** casos sospechosos de **Fiebre del Nilo Occidental,** todos con resultados negativos hasta el momento.

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 **4** 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. Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **28** 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 **no se notificaron casos sospechosos** de Fiebre Amarilla. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

V. 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).

V.1. Sarampión - Sarampión en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 11/09/2026

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–35 2026 (4 de enero – 5 de septiembre deL 2026)
Acumulado SE 1-35, 2026.

Casos confirmados: 523.676

Fallecimientos: 61

Países y territorios (acumulados): 17

Últimas dos semanas – SE 33-34, 2026.

Nuevos casos confirmados: +911 (-36.6% en comparación con SE 31-32)

Nuevas muertes: +6 (5 Guatemala, 1 México)

Países y territorios que han notificado casos: 6/17

V.1.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 35 de 2026 (que finalizó el 5 de septiembre del 2026), la Región de las Américas notificó 52.676 casos confirmados de sarampión procedentes de 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 3,8 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. Guatemala (33.334), México (12.848), Estados Unidos (3.134), Perú (1.997) y Canadá (1.119) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (Mapa 1). Se han notificado un total de 61 muertes, de los cuales 41 ocurrieron en Guatemala, 19 en México y una en Bolivia (1). Durante las SE 33 y 34 de 2026, la Región de las Américas reportó 911 nuevos casos confirmados de sarampión en seis países y territorios, lo que representa una disminución del 36,6% en comparación con el periodo de dos semanas

anterior (SE 31-32; 1.436 casos nuevos, de los cuales 274 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional) (Figura 1). De los 911 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 33-34, Guatemala registró 350, seguida de Estados Unidos con 303, Perú con 171 y México con 83, mientras que Bolivia y Canadá notificaron dos casos cada uno.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – SE 35, 2026. (n = 52.676)

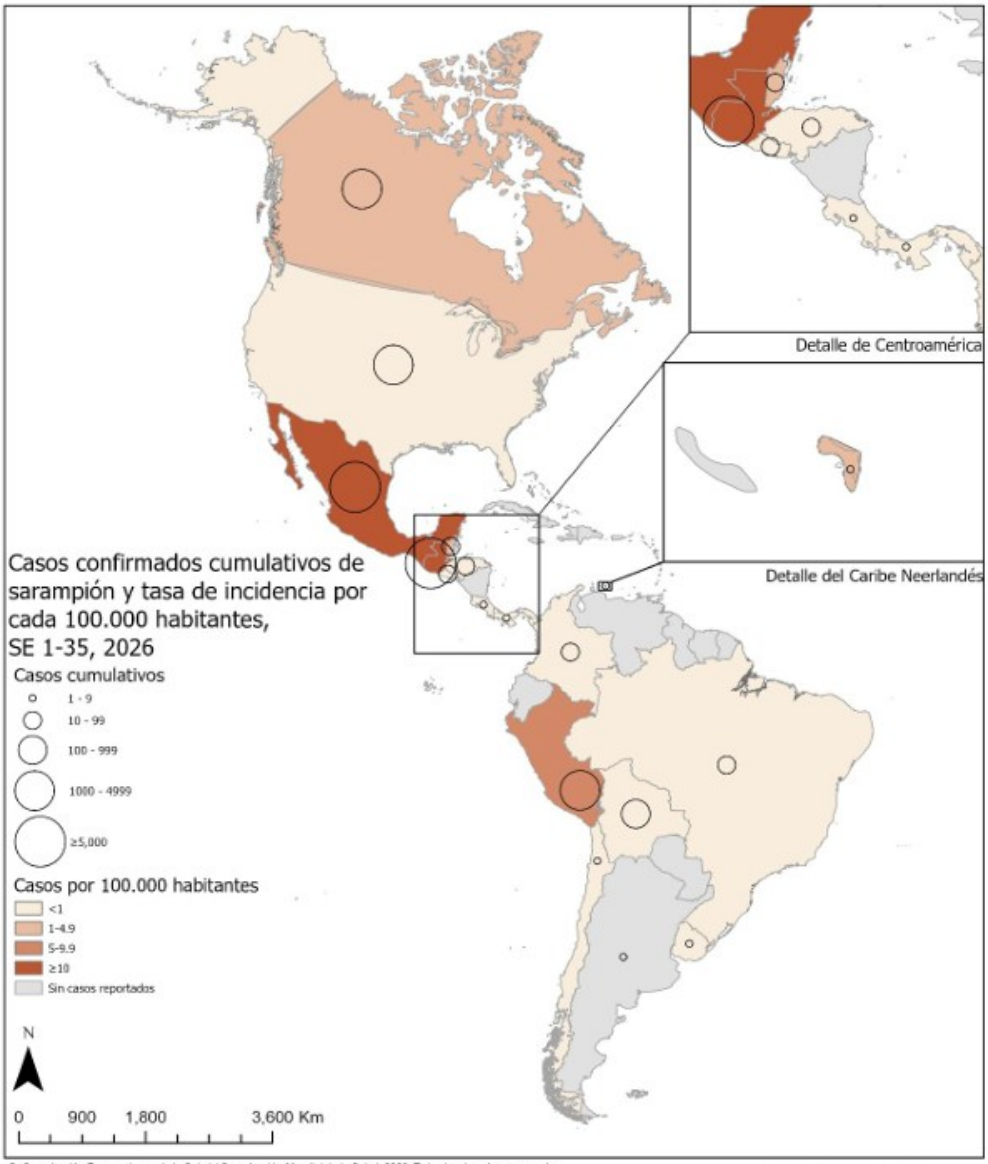


Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 35 del 2026

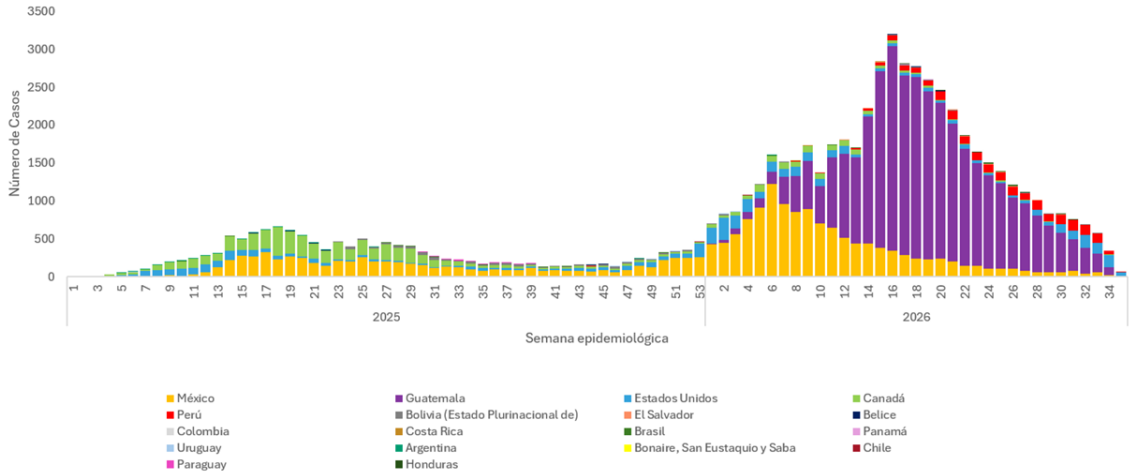
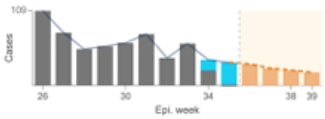
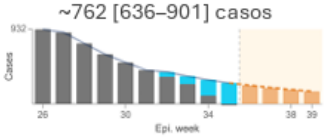
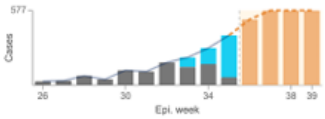
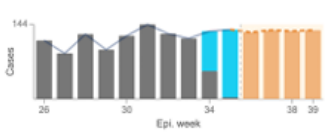


Tabla 1. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, hasta la SE 35 del 2026

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 33-34	Casos en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Tendencia (SE 31 a 34)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+350	33.334	41	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la SE 35, se ha notificado transmisión en 19 de los 22 departamentos. La tendencia general a la baja continúa a nivel nacional; a nivel departamental, la transmisión se mantiene sostenida en Alta Verapaz. Las tasas de incidencia más elevadas siguen observándose en Izabal (374,9 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Guatemala Central (322,4 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (302,4 por cada 100.000 habitantes). De todos los casos confirmados de sarampión, el 63% se produjo en personas de entre 15 y 39 años, siendo el grupo de edad de 20 a 29 años el más afectado. Los lactantes menores de un año siguen siendo el grupo de mayor riesgo. El 67,5% de los casos no tenía antecedentes de vacunación. El caso más reciente se notificó en la SE 34 del 2026.
México*	+83	12.848	19	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	La mayoría de los casos en 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 6.797 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.033 casos; y Chiapas, con 874 casos. El caso más reciente se registró en la SE 35 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 33-34	Casos en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 35) (1)	Tendencia (SE 31 a 34)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Estados Unidos*	+303	3.134	0	↑en aumento 	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Carolina del Sur (670), Pensilvania (557), Utah (526), Texas (191), Virginia (178), Florida (144), Wisconsin (112) y Arizona (110). El caso más reciente se notificó en la SE 35 del 2026.
Perú*	+171	1.997	0	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	El caso más reciente se registró en la SE 35 del 2026.
Canadá*	+2	1.119	0	Transmisión por gotitas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario C: transmisión comunitaria	Durante el año 2026, hasta la SE 35, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (680) y Alberta (311); les siguen Columbia Británica (49), Ontario (32) y Quebec (31). El grupo de edad más afectado sigue siendo el de 5 a 17 años (41 %). El caso más reciente se registró en la SE 34 del 2026.
Bolivia*	+2	104	1	Transmisión por gotitas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario B: cadenas de transmisión identificables	El último caso se notificó en la SE 33 del 2026.
El Salvador	0	56	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 30 del 2026.
Brasil	0	24	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 27 del 2026.
Honduras	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 31 del 2026.
Colombia	0	14	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 27 del 2026.
Belice	0	12	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El caso más reciente se notificó en la SE 27 del 2026.
Panamá	0	9	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 23 del 2026.
Costa Rica	0	5	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 15 del 2026.
Otros (≤5 casos) * **	—	Véase el panel de control (1)	Véase el panel de control (1)	—		—

Tabla 2. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, a fecha de la SE 35 del 2026

País	R_t (CrI del 95 %)[1] Número de reproducción efectivo	Según el modelo[2]	Previsión a 4 semanas (SE 36-38) Mediana [PrI del 95%][3]	Interpretación del modelo
México	0,73 [0,63–0,85]	↓ *en descenso*	~97 [56–150] casos 	R_t es inferior a 1, y el intervalo de incertidumbre se mantiene íntegramente por debajo de 1; el modelo sugiere que la transmisión está disminuyendo.
Guatemala	0,75 [0,71 – 0,79]	↓ *en descenso*	~762 [636–901] casos 	Se estima que el valor de R_t es de 0,75, lo que se mantiene por debajo del umbral epidémico. Esto indica una disminución de la transmisión, y las previsiones sugieren que la tendencia a la baja continuará.
Estados Unidos	1,81 [1,70 – 1,92]	↑ *en aumento*	~3.296 [2.867–3.769] casos 	Se estima que R_t es de 1,81. La estimación y su intervalo de incertidumbre se mantienen muy por encima de 1, lo que indica un aumento sostenido de la transmisión en el período más reciente. Se recomienda un seguimiento continuo para evaluar la persistencia y la magnitud de esta tendencia al alza.
Canadá	—[4]	—[4]	—[4]	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota de pie 4. De los 1.117 casos registrados en 2026, 1.021 siguen vinculados al brote que comenzó en octubre de 2024, que ahora muestra un descenso sostenido.
Perú	1,01 [0,92 – 1,10]	*~estable*	~526 [411–657] casos 	Se estima que R_t es 1,01. La estimación se aproxima a 1, con un intervalo de incertidumbre que abarca valores por debajo y por encima de 1, lo que indica una transmisión globalmente estable en el período más reciente. Se recomienda un seguimiento continuo para evaluar si la transmisión evoluciona hacia una tendencia claramente al alza o a la baja.
Bolivia	—[4]	—[4]	—[4]	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota de pie 4.

Fuente:https://www.paho.org/es/documentos/informe-situacion-11-sarampion-region-americas-11-septiembre-2026

V.2. Enfermedad por el virus del Ébola causada por el virus Bundibugyo – República Democrática del Congo

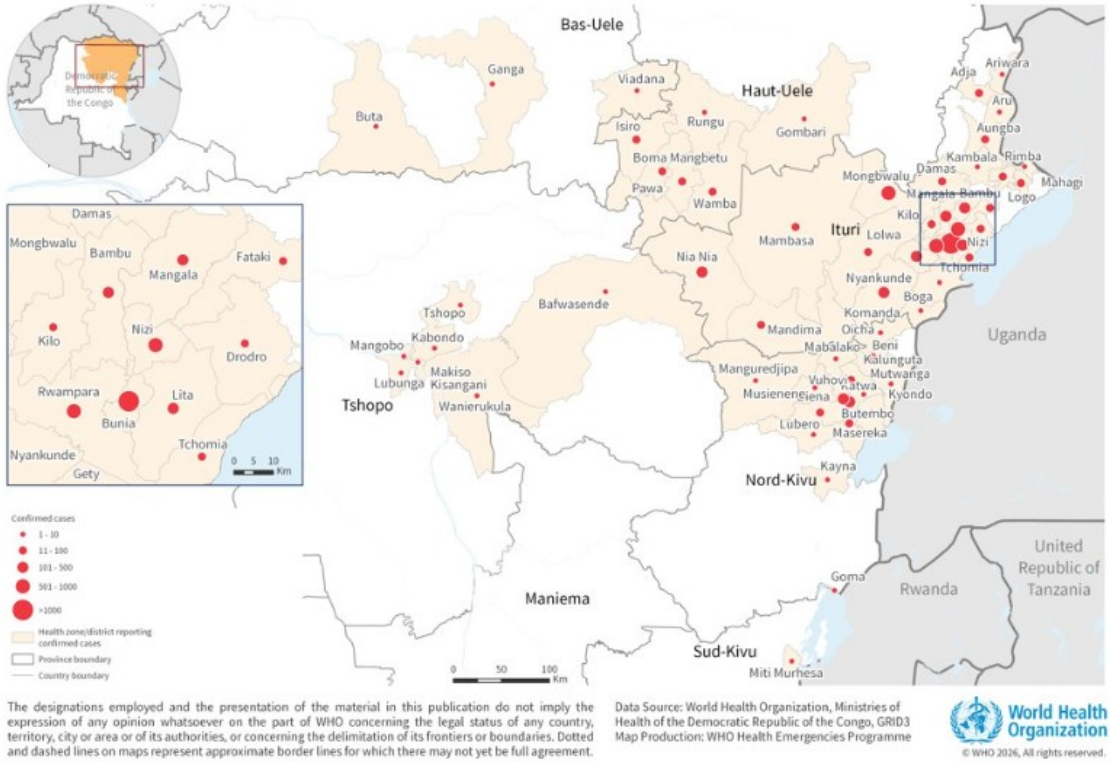
Recibido a través del CNE el 10/09/2026

Desde la publicación de la anterior Noticias sobre brotes de enfermedades (Disease Outbreak News), el 28 de agosto de 2026, se han notificado casos confirmados y defunciones adicionales por enfermedad por virus Bundibugyo (EVD) únicamente en la República Democrática del Congo.

Al 7 de septiembre de 2026, se ha notificado un total acumulado de 6778 casos confirmados: 6757 en la República Democrática del Congo (incluidos dos casos diagnosticados en la República Democrática del Congo y posteriormente tratados en Alemania), 20 casos en Uganda y un caso en Francia. En total, se han notificado 3269 defunciones, incluidas dos en Uganda. Al 7 de septiembre, al menos 1611 pacientes se han recuperado, incluidos 1590 en la República Democrática del Congo, 18 en Uganda, dos en Alemania y uno en Francia.

El nivel sostenido de transmisión en la República Democrática del Congo continúa representando un riesgo de propagación transfronteriza. Las actividades de control sanitario y vigilancia permanecen operativas en aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres oficiales; sin embargo, persiste el tránsito a través de pasos informales, lo que puede facilitar la exportación, importación y posterior transmisión del virus. En este contexto, el fortalecimiento de la coordinación transfronteriza, junto con las actividades continuas de vigilancia y preparación, sigue siendo fundamental para limitar una mayor propagación regional y apoyar una respuesta eficaz de salud pública.

Figura 1. Distribución de los casos confirmados acumulados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, al 7 de septiembre de 2026.



República Democrática del Congo

Desde la publicación de la anterior Noticias sobre brotes de enfermedades (Disease Outbreak News), el 28 de agosto de 2026, se han notificado en la República Democrática del Congo 963 casos confirmados adicionales, incluidas 481 defunciones confirmadas. Si bien parte de este incremento puede atribuirse al fortalecimiento de las actividades de vigilancia, al aumento de las pruebas de laboratorio, a la mejora de la capacidad diagnóstica y a la conciliación de datos previamente no notificados, el crecimiento continuo tanto de los casos como de las defunciones también refleja una transmisión comunitaria sostenida y una importante expansión geográfica del brote. Al 7 de septiembre, la República Democrática del Congo ha notificado un total de 6757 casos confirmados, incluidas 3267 defunciones (tasa de letalidad [TL] del 48,3%). Hasta la fecha, un total de 1590 pacientes se han recuperado.

Se han notificado casos confirmados en 61 zonas de salud (ZS) de seis provincias, de las cuales 51 ZS pertenecientes a cinco provincias notificaron al menos un caso durante los últimos 21 días. Ituri continúa siendo la provincia más afectada, con 28 de sus 36 zonas de salud que han notificado casos, seguida de Kivu del Norte (16/34), Tshopo (7/23), Alto Uele (6/13), Bajo Uele (3/11) y Kivu del Sur (1/34). No se han notificado nuevos casos en la provincia de Kivu del Sur desde el 29 de mayo de 2026. La ZS de Kayna, en la provincia de Kivu del Norte, es el área afectada más recientemente. Al 7 de septiembre, se habían notificado 71 nuevos casos confirmados durante las 24 horas previas en 17 zonas de salud ubicadas en las provincias de Ituri, Kivu del Norte y Alto Uele.

Ituri continúa siendo el epicentro del brote, con 5406 casos confirmados desde el inicio del brote, incluidos 1114 nuevos casos confirmados notificados durante los 21 días previos al 7 de septiembre. Kivu del Norte es la segunda provincia más afectada, con un total acumulado de 1066 casos confirmados, incluidos 453 notificados durante los últimos 21 días, al 7 de septiembre. Una de las tasas de letalidad más elevadas observadas en este brote (65,4%) se ha registrado en la provincia de Kivu del Norte; se encuentran en curso investigaciones para comprender mejor los factores que contribuyen a esta elevada mortalidad.

El número de personas que requieren seguimiento como contactos también ha aumentado considerablemente con la expansión del brote. Al 7 de septiembre, el 85,3% de los contactos identificados fueron monitoreados satisfactoriamente durante las 24 horas previas: se realizó el seguimiento de 21 359 contactos de un total de 24 719 que requerían seguimiento. El elevado número de contactos bajo vigilancia pone de manifiesto la magnitud de la exposición potencial dentro de las comunidades afectadas y las importantes demandas que recaen sobre las operaciones de respuesta.

El brote continúa desarrollándose en un contexto humanitario complejo, caracterizado por la inseguridad, los conflictos armados y el desplazamiento generalizado de la población. Más de 26 millones de personas se encuentran en situación de inseguridad alimentaria aguda, mientras que aproximadamente un millón de personas desplazadas internamente residen únicamente en la provincia de Ituri. La inseguridad y los desplazamientos persistentes limitan el acceso a la atención sanitaria y a los servicios esenciales, restringen la capacidad de los equipos de respuesta para llegar a las zonas afectadas y dificultan las actividades de vigilancia, investigación de casos y rastreo de contactos. El hacinamiento, el acceso limitado a servicios de agua, saneamiento e higiene y las dificultades para acceder a la atención sanitaria en comunidades mineras, asentamientos informales y sitios destinados a personas desplazadas internamente afectan aún más la detección temprana de casos, las medidas de prevención y control de infecciones y la provisión de atención oportuna. Estas condiciones

también reducen la eficacia de las intervenciones de respuesta y de las actividades de alcance comunitario.

Figura 2: Número de casos confirmados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 7 de septiembre de 2026.

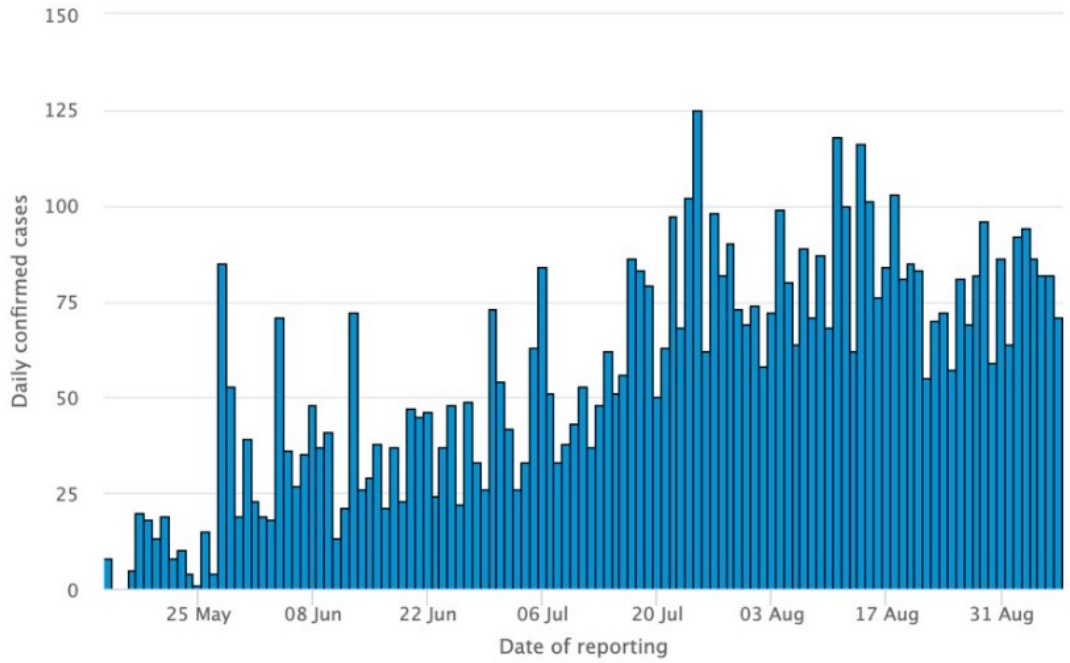
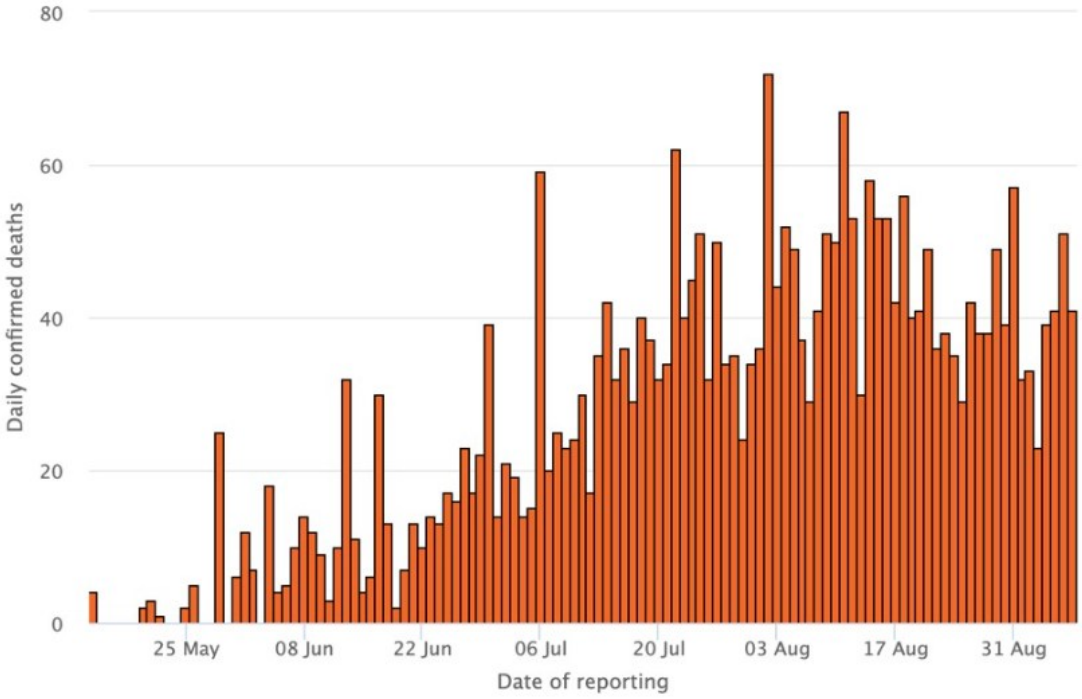


Figura 3: Número de defunciones entre los casos confirmados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 7 de septiembre de 2026.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON617

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

VI. Boletines Jurisdiccionales

VI.1.Buenos Aires: Enfermedades Respiratorias

En la PBA, en 2026 entre mediados de abril y junio (SE 16 y SE 24) influenza A(H3N2) fue el principal agente etiológico identificado en pacientes internados por IRA, registrándose el mayor número de internaciones y de detecciones virales en la primera semana de junio (SE 22). A partir de ese momento las internaciones disminuyeron por dos semanas hasta la tercera semana de junio (SE 24). En simultáneo con la disminución de influenza A, aumentó progresivamente la detección de VSR, que pasó a ser el agente etiológico predominante a partir de la tercera semana de junio (SE 25) y hasta la actualidad (SE 36).

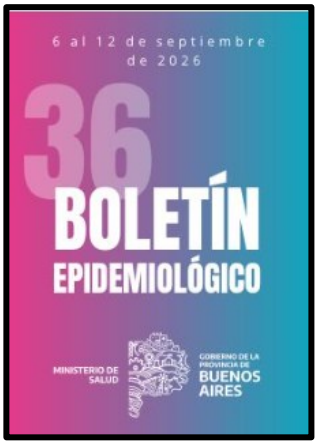
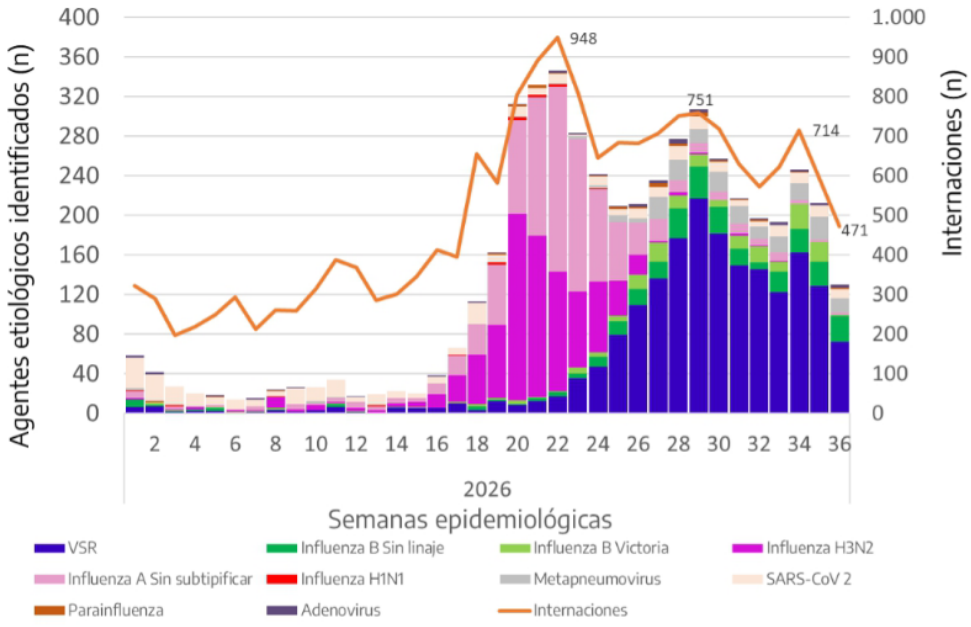


Gráfico 1. Internaciones por IRA y agentes etiológicos hallados. PBA, año 2025-2026



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

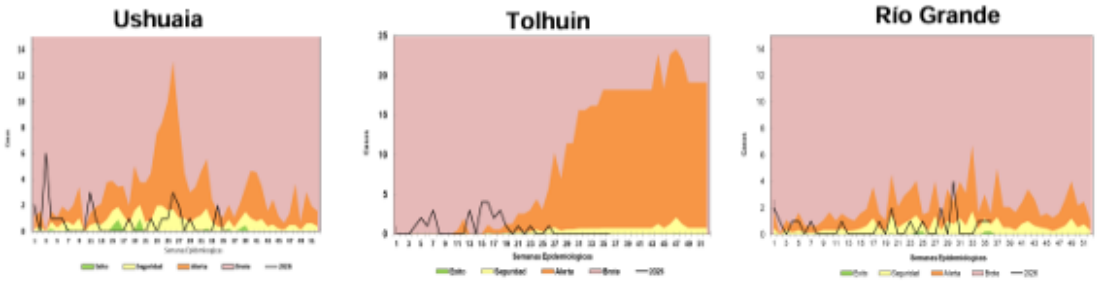
Para más información:

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

VI.2. Tierra del fuego: varicela

Hasta la SE36, en 2026 se notificaron 83 casos de varicela en el SNVS 2.0 en la modalidad “agrupadas”. Con respecto al mismo período del año 2025, se observa una disminución del 49% de los casos registrados a nivel provincial. Sin embargo, puede observarse un comportamiento heterogéneo en cada localidad, con dinámicas opuestas entre las ciudades del norte y centro y la ciudad capital. El aumento drástico del % de variación interanual para Tolhuin debe tomarse con cautela dado que al tratarse de números pequeños, pequeñas variaciones interanuales pueden implicar la presentación de grandes diferencias. En la SE36 sólo se notificaron casos de varicela en la localidad de Río Grande, sin embargo no constituye un brote.





Localidad	Casos 2025	Casos 2026	% Variación interanual
Río Grande	19	29	53%
Tolhuin	6	27	350%
Ushuaia	139	27	-81%
Tierra del Fuego	164	83	-49%

Para más información:

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

VI.3. Tucumán: bronquiolitis

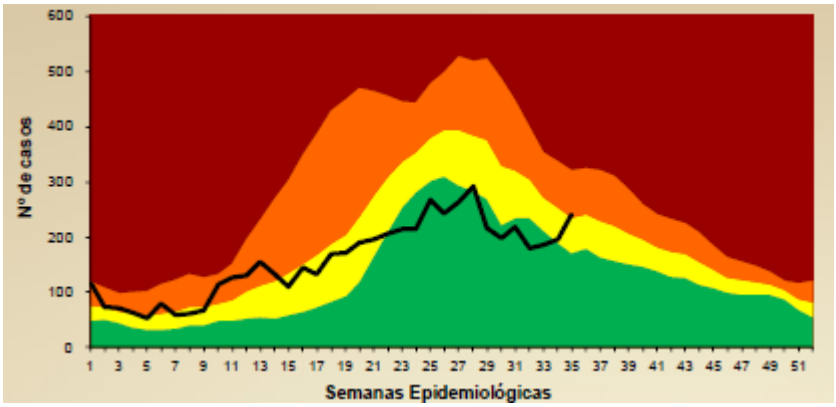
La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 35 se notificaron 241 casos.



Bronquiolitis por año en SE 35. Tucumán -Año 2026

Año	Número
2021	289
2022	177
2023	212
2024	306
2025	280
2026	241

Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 35 Provincia de Tucumán. Año 2026



Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

VII. 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 **septiembre** 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**
Septiembre	Citomegalovirus	Laboratorio	Técnicas	Para la técnica "Afinidad IgG anti Citomegalovirus", se adiciona: "Método Inmunoenzimatico por Fluorescencia (ELFA)"y "Quimioluminiscencia (CMIA)", "ELISA"; para la técnica "IgG:", se adiciona "Método Inmunoenzimatico por Fluorescencia (ELFA)", "Quimioluminiscencia (CMIA)" y "ELISA"; para la técnica "IgM", se adiciona: "Método Inmunoenzimatico por Fluorescencia (ELFA)". "Quimioluminiscencia (CMIA)" y "ELISA".
	Hantavirosis	Clínica	Diagnóstico Referido/Estadíos clínicos	Se deshabilita: "Fase diurética", "Fase de convalescencia"
	Insuficiencia Cardíaca descompensada - Primera internación	Se crea nuevo evento		
	Insuficiencia Cardíaca descompensada - Internaciones ulteriores			