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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **827**

Semana epidemiológica 37
AÑO 2026
Desde 13/09 al 19/09
Fecha de publicación
28/09/2026

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: 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, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Codina Adriana Mariela, Couto Esteban, Dávalos Gladys Florencia, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe , Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Gómez Lara, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Gutman Damián, Iglesias María Marta, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nogueira Camila Roxana, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo**,** Ormeño Mazzochi Franco, Pajón Candela Ivana, Palero Mariano, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Quintas María Agostina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Schiavon Carolina, Santo Christian Javier, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna 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

Larvas y pupa de mosquito bajo microscopio, producto de prueba LIRA, control de foco para la prevención de arbovirosis. Foto de banco de imágenes de la Dirección de Epidemiologia del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°827, SE 37.

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 y la situación nacional, junto con la vigilancia clínica de enfermedad tipo influenza, neumonía y bronquiolitis. Se incluye además la vigilancia universal de virus respiratorios a través de la Red de Laboratorios, tanto en personas internadas y fallecidas como en el componente de subtipificación y caracterización genómica de influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia. En este último apartado se presentan la secuenciación genómica de influenza A(H3N2) y la caracterización de los casos recibidos en el laboratorio. El capítulo 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 epidemiológica regional de sarampión en Canadá, Estados Unidos, México y Perú, y sobre el brote de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo. Se suman los contenidos destacados de los boletines jurisdiccionales de Salta, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, con información sobre chikungunya, leptospirosis, diarreas agudas e influenza.

Finalmente, dentro de las herramientas para la vigilancia, se incorpora 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 6
II. Actualización de la tabla de eventos priorizados 7
II.1. Fundamentación 7
II.2. Metodología de análisis 7
II.2.A. Sobre la construcción de la tabla 7
II.2.B. Clasificación de la situación epidemiológica 7
II.2.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026 8
II.2.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos 8
II.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica 8

EVENTOS PRIORIZADOS 10
III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 11
III.1. Nota Metodológica 11
III.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 11
III.2. Síntesis de la información nacional destacada 11
III.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 12
III.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 12
III.3.B. Neumonía 14
III.3.C. Bronquiolitis 15
III.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 16
III.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 20
III.1. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 22
III.1.A. Secuenciación genómica de influenza a(h3n2) 2025-2026 23
III.1.B. caracterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 35/2026 23
III.2. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 27
III.2.A. Recomendaciones para equipos de salud 27
III.2.B. Vigilancia epidemiológica 27
III.2.C. Recomendaciones para la población 29
III.2.D. Vacunación antigripal 29
III.2.E. Tratamiento antiviral 30
IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus 32
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 32
IV.1.A. Subregión Cono Sur 33
IV.2. Situación de dengue en Argentina 35
IV.2.A. inicio de temporada 2026/2027 35
IV.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 37
IV.3.A. Nota metodológica 37
IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 38
IV.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus 39

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 41
V. Introducción 42
V.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 42
V.1.A. Canadá 42
V.1.B. Estados Unidos de América 43
V.1.C. México3F 44
V.1.D. Peru3F 44
V.2. Brote de enfermedad por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo. 45
V.2.A. Descripción del evento 45

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 47
VI. Boletines Jurisdiccionales 48
VI.1. Salta: Chikungunya 48
VI.2. Santa Fe: Leptospirosis 49
VI.3. Tierra del fuego: Diarreas agudas 50
VI.4. Tucumán: Influenza 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.

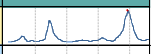
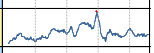
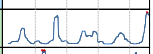
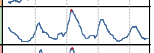
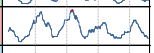
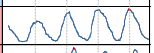
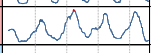
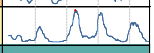
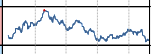
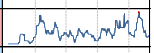
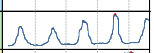
II.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 37 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE37	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)	205	383	Por encima de lo esp.	Dentro 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	590	618	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)	328	556	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	92	106	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	10625	15465	Por encima de lo esp.	En aumento	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	246	208	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	119	114	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	3391	4219	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	501	586	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	31	25	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	88	109	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hantavirosis	42	59	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	112	197	Por encima de lo esp.	En aumento	
	Psitacosis	73	84	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE37**	**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	658	670	Dentro de lo esp.	Por encima 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	1185	974	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	6652	8344	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	41	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	46	66	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	453	491	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	891	953	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis E	4	15	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	21128	37152	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	17	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1026	1034	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	17	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	9	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	26	38	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	1413	1863	En aumento	Por debajo de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	5816	9330	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	291	438	Por encima de lo esp.	En aumento	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	199	20	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	8483	10138	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

III.1. Nota Metodológica

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

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

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

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 6,0%, 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.2. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) presentaron un ascenso desde la SE9, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22, con un descenso posterior. Los casos de neumonía presentaron un aumento desde la SE8, permaneciendo en valores de alerta desde la SE15 hasta la SE22, con un menor número de casos en semanas posteriores. Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados en el 2026, con tendencia ascendente desde SE15 hasta la 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 SE37, se registraron 11 detecciones y la positividad fue del 26,2%, con predominancia de influenza B. 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 23 casos positivos entre 350 muestras estudiadas.

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

En la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), durante las primeras 37 semanas epidemiológicas de 2026 se registraron 6.230 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. En las últimas cuatro semanas analizadas predominaron las detecciones de VSR, con 297 casos positivos entre los 892 casos de IRAG estudiados para los 3 virus, seguido por influenza (n=47) y SARS-CoV-2 (n=6). Además, se notificaron 4 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, y una de influenza y VSR.

Con respecto a la vigilancia universal de virus respiratorios, en 2026 las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de SE10 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 SE13. En relación con SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos en lo que va de 2026. En la última semana analizada, SE36/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente influenza, seguido de VSR, metapneumovirus, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.

Entre las personas internadas, las detecciones de influenza presentaron un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE10, el mayor número y porcentaje de positividad se observó en las SE20-22, luego de las cuales comenzó a descender. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un aumento progresivo a partir de la SE13. En la última semana se registró un fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 166 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

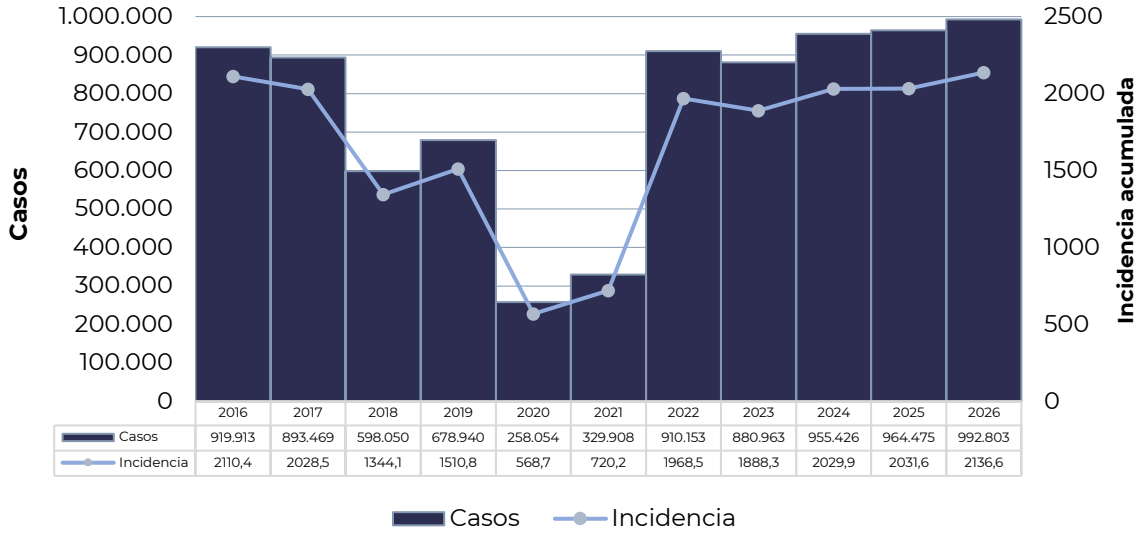
III.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

En las 36 SE transcurridas de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 992.803 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2.136,6 casos/ 100.000 habitantes.

Hasta la 36 SE del período 2016–2026, el mayor número de notificaciones de ETI correspondió a 2026. En segundo lugar, se encuentra el año 2025, seguido por los años 2024 y 2016.

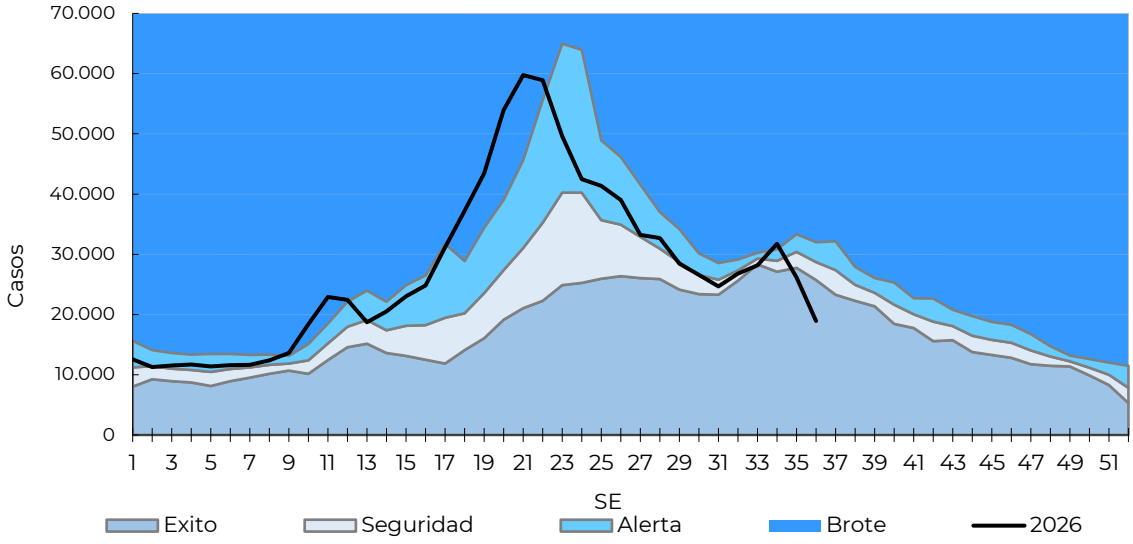
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de ETI por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE36. Argentina[2].



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

En relación con el corredor endémico de ETI, las notificaciones se mantuvieron entre los niveles de seguridad y alerta durante las primeras semanas del año. Desde la SE9 se registró un ascenso de los casos, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22, con oscilaciones entre semanas. Desde la SE22 registra tendencia descendente de las notificaciones, con un ligero incremento a partir de la SE32.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 36 de 2026[3]. Argentina.



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

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

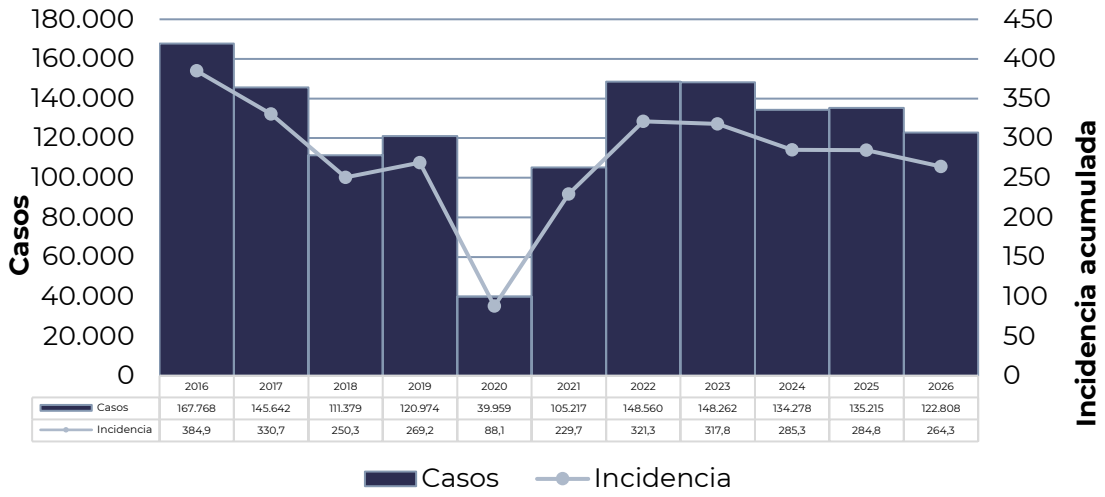
[3] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

III.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 36 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 122.808 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 264,3 casos/ 100.000 habitantes.

En el período 2016–2026, las notificaciones de neumonía acumuladas hasta SE36 registraron su mayor número de casos en 2016, seguido de 2022 y 2023. En 2026 se registran tasas de incidencia similares a los dos años previos, con valores ligeramente inferiores.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE36. Argentina.

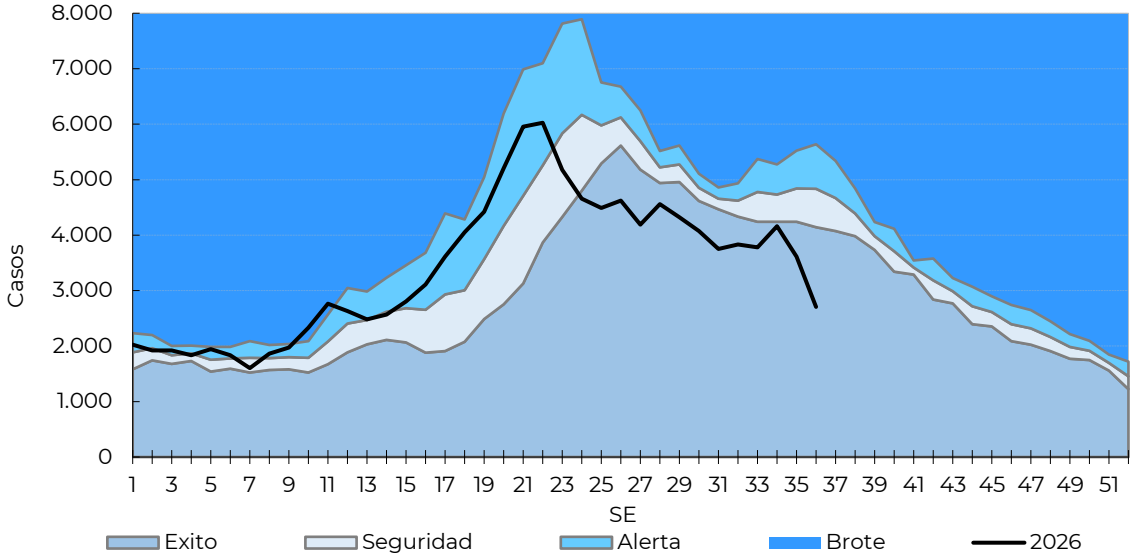


	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	167.768	145.642	111.379	120.974	39.959	105.217	148.560	148.262	134.278	135.215	122.808
Incidencia	384,9	330,7	250,3	269,2	88,1	229,7	321,3	317,8	285,3	284,8	264,3

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

En las primeras semanas de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro las zonas de seguridad y alerta el corredor endémico. A partir de la SE8 se registró un ascenso, permaneciendo en niveles de alerta desde la SE15, con algunas oscilaciones. Los registros de neumonía alcanzaron su máximo en SE21 y 22, con un descenso de los casos en semanas posteriores, manteniéndose desde entonces con ligeras oscilaciones.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-36 de 2026[4]. Argentina.



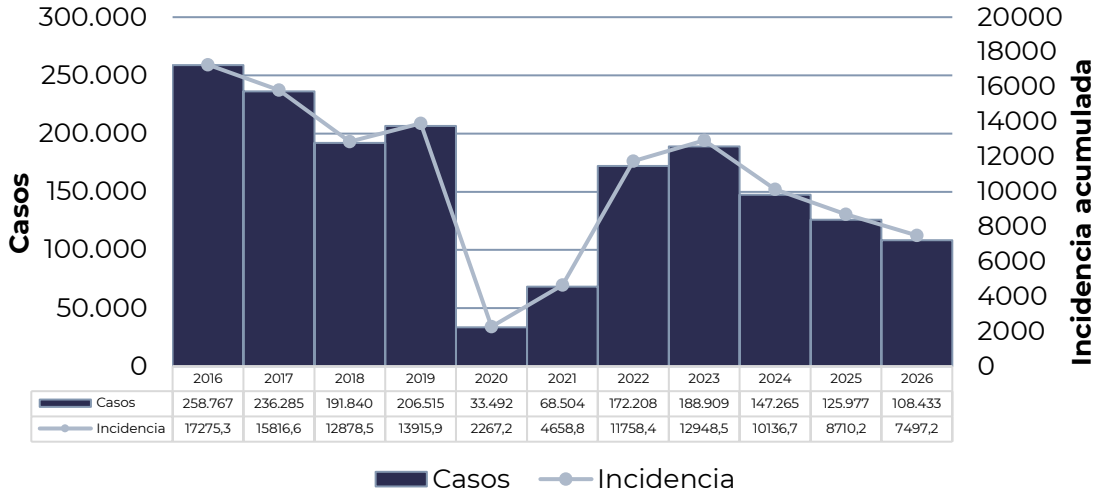
fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

III.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 36 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 108.433 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 7.497,2 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 36 SE alcanzaron su pico en 2016, con un descenso marcado en los dos primeros años de pandemia (2020-2021), y un posterior aumento en 2022 y 2023. Los años 2024, 2025 y el corriente 2026 presentan un descenso marcado de los casos registrados respecto de los años históricos, con excepción del mencionado período pandémico.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2016-2026. SE36. Argentina.



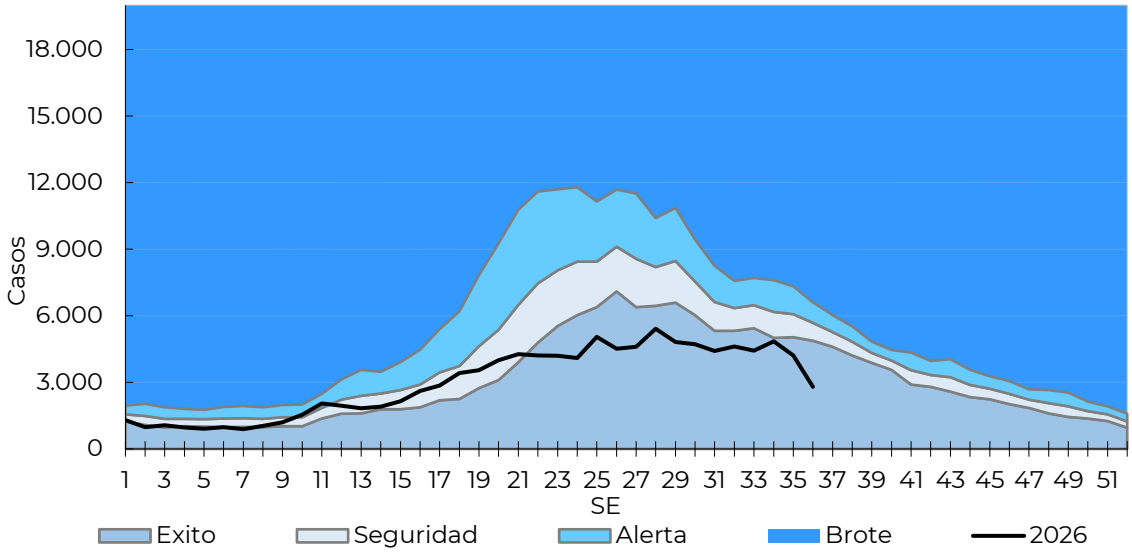
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	258.767	236.285	191.840	206.515	33.492	68.504	172.208	188.909	147.265	125.977	108.433
Incidencia	17275,3	15816,6	12878,5	13915,9	2267,2	4658,8	11758,4	12948,5	10136,7	8710,2	7497,2

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

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

En las primeras 36 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos, si bien se registra tendencia ascendente de los casos desde la SE15.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-36 de 2026[5]. Argentina.



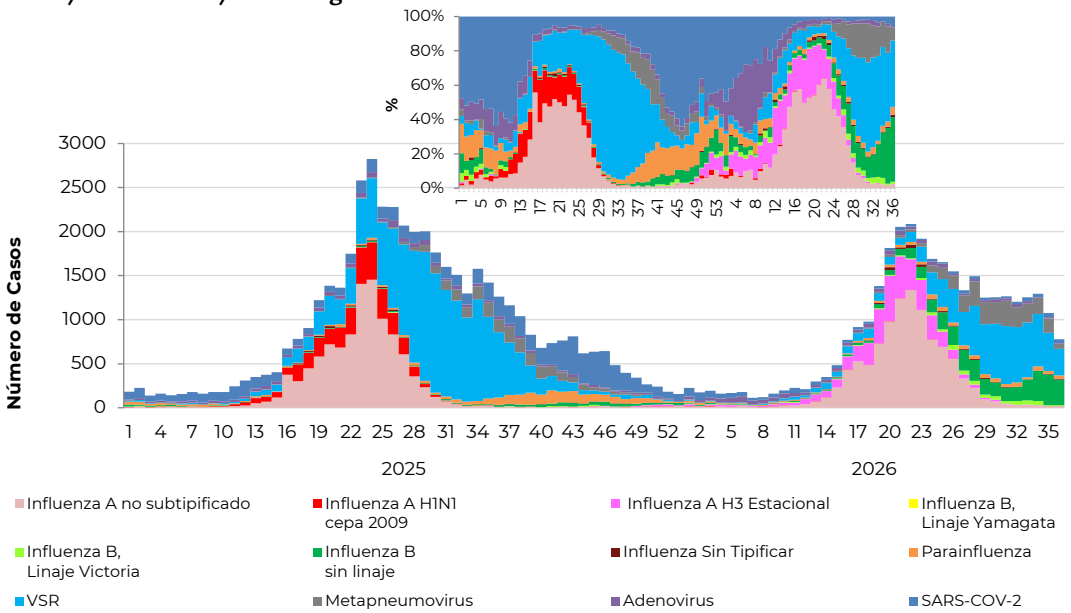
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

Durante 2026, las detecciones de **influenza** se mantuvieron estables hasta la SE9, y, a partir de la SE 10, se registró un aumento, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad, para este virus. El mayor número de casos se registró en las SE21 y 22, luego de las cuales las detecciones comenzaron a descender. Además, desde la SE15, se observa un incremento de los casos de Influenza B. Entre las SE 35-36 se notificaron un total de 719 casos de influenza. En cuanto a **VSR,** se registra un aumento desde la SE 13, con 733 casos en las últimas dos semanas (SE35 y 36). Durante las 36 semanas transcurridas de 2026, las detecciones de **SARS-CoV-2** se mantienen en niveles bajos.

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

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2025 a SE36/2026. Argentina.

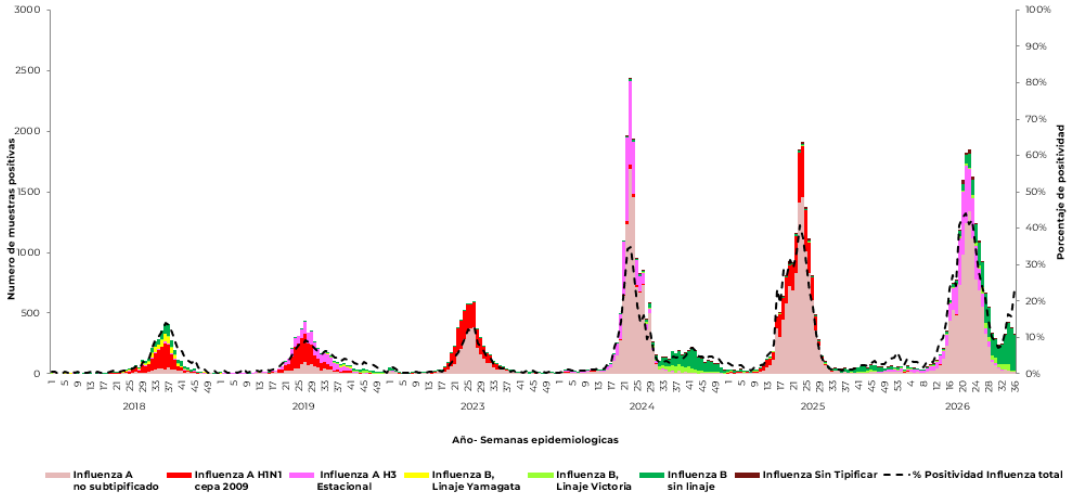


Fuente Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

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

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE36/2026. Argentina.[6]



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

En cuanto a **SARS-CoV-2**, durante las primeras 36 semanas de 2026 las detecciones se han mantenido en niveles bajos. Este comportamiento es similar al observado en 2025, año en el que las detecciones también permanecieron en niveles bajos durante la mayor parte del año, aunque se registró un leve aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47.

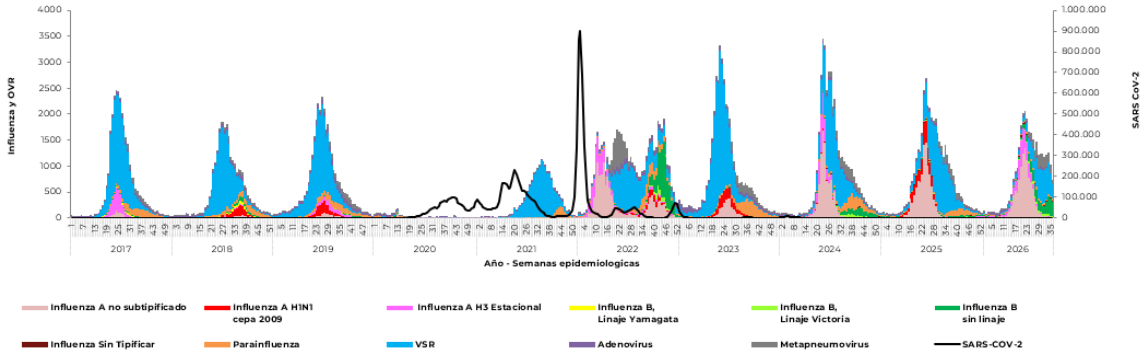
En relación con el **VSR**, durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente. En el año 2026, las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un aumento progresivo a partir de la SE13. Entre las SE35 y SE36 de 2026 se notificaron 733 casos.

Respecto a otros virus respiratorios, en 2025 se observó un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso posterior. Adicionalmente, los casos de parainfluenza mostraron un aumento progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores. Durante 2026, se registra un incremento de las detecciones de metapneumovirus desde la SE20, que se mantiene hasta la actualidad, mientras que las detecciones de los demás virus respiratorios permanecen en niveles bajos.

En la SE36, los virus respiratorios detectados, en orden de frecuencia, fueron influenza, VSR, metapneumovirus, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.

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

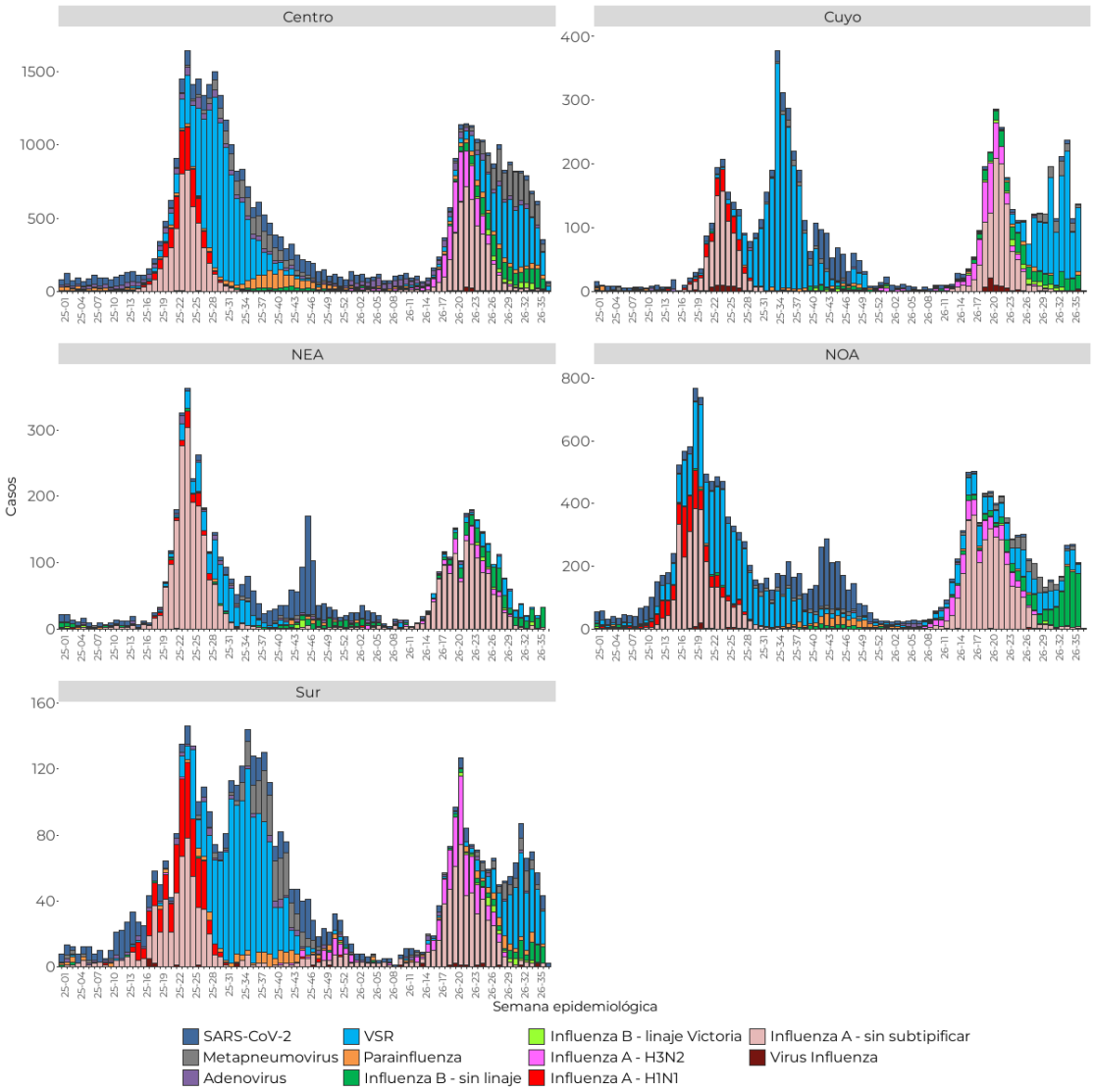
Gráfico 9. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE36/2026. Argentina.



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

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

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

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

En las 37 SE transcurridas de 2026 se notificaron 830 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas, cifra que resulta un 55,5% inferior a la registrada en igual período de 2025**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025, manteniéndose en valores bajos hasta la actualidad. En las SE36 y 37 de 2026 se registraron 36 casos hospitalizados con este diagnóstico.

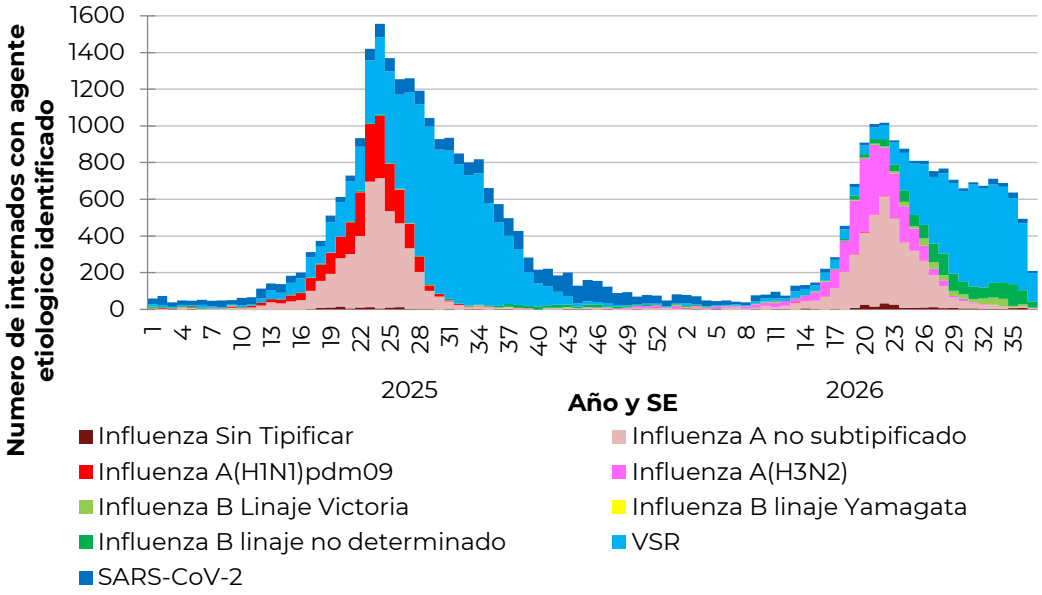
En cuanto a **influenza** en personas hospitalizadas, durante 2025 se observó, a partir de la SE12, un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzó su máximo en la SE24. Posteriormente, las detecciones en pacientes hospitalizados mostraron una tendencia descendente, manteniéndose en niveles bajos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

detectados en personas hospitalizadas, con un máximo en las SE20 a 22. En las SE36 y SE37 se notificaron 149 casos hospitalizados con diagnóstico de influenza.

Entre los 8.919 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.955), con menor detección de influenza B (n= 1.748). De los casos de influenza A, 2.693 cuentan con subtipificación, correspondiendo 26 a influenza A (H1N1) pdm09 y 2.667 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B (n= 1.748), 427 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto del **VSR**, durante 2025 el número de casos en personas hospitalizadas comenzó a aumentar a partir de la SE12, alcanzando un pico en la SE29, seguido de una tendencia descendente. En lo que va de 2026 se notificaron 6.434 casos hospitalizados con detección de VSR. Las detecciones en personas hospitalizadas muestran una tendencia ascendente desde la SE13, superando los 100 casos semanales desde la SE23. En conjunto, en las SE36 y SE37 se registraron 518 detecciones.

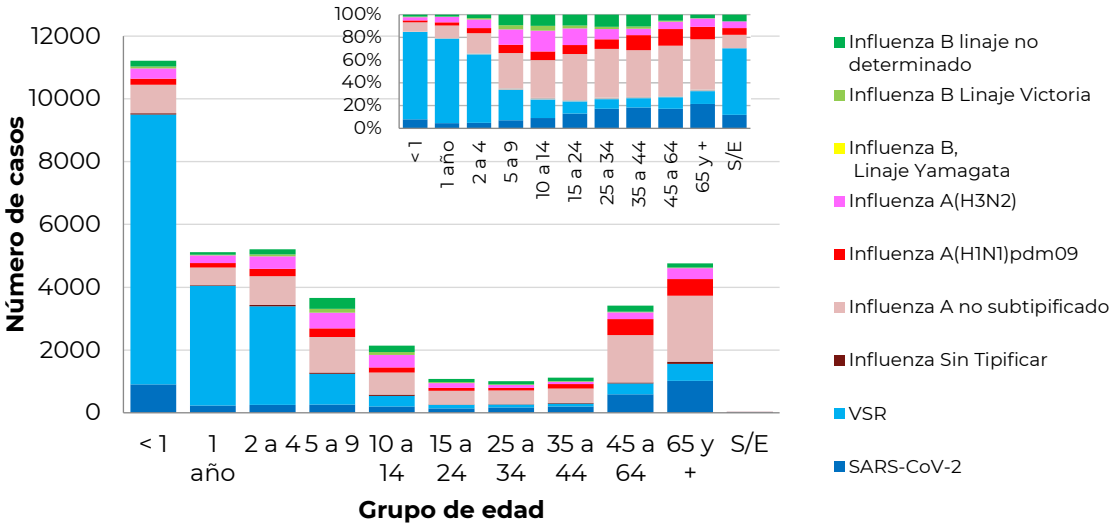
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2025 a SE37/2026. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE37/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE37/2026.



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

En lo que va del año, se registraron 166 fallecimientos con diagnóstico de influenza. En la SE37 se notificó un fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2.

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 derivadas 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 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 ambulatorios 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 presentan, 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 SE35 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de virus en las muestras recibidas en el LNR con fecha de toma en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación.

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

Entre la SE1/2025 y la SE35/2026, el LNR secuenció 481 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 24 jurisdicciones, de las cuales 440 (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 35/2026 (N =481).

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**	**162**	**185**
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	23	25
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	407	481

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 35/2026

En términos acumulados, hasta el 24/09/2026 el LNR recibió 2732 muestras de Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 y la SE35/2026, de las cuales 2698 pudieron ser tipificadas y subtipificadas y 34 resultaron negativas. Entre las muestras tipificadas, el

81% correspondió a Influenza A y el 19% 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 510 de los 519 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, 28%; Cuyo, 16%, Sur, 9%; y NEA, 8%. En todas se registró el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A entre 74% y 89% de los casos según región, y el subtipo H3N2 representó entre el 98% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B representaron entre 11% y 26% según la región.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE35, Año 2026 (N = 2732).

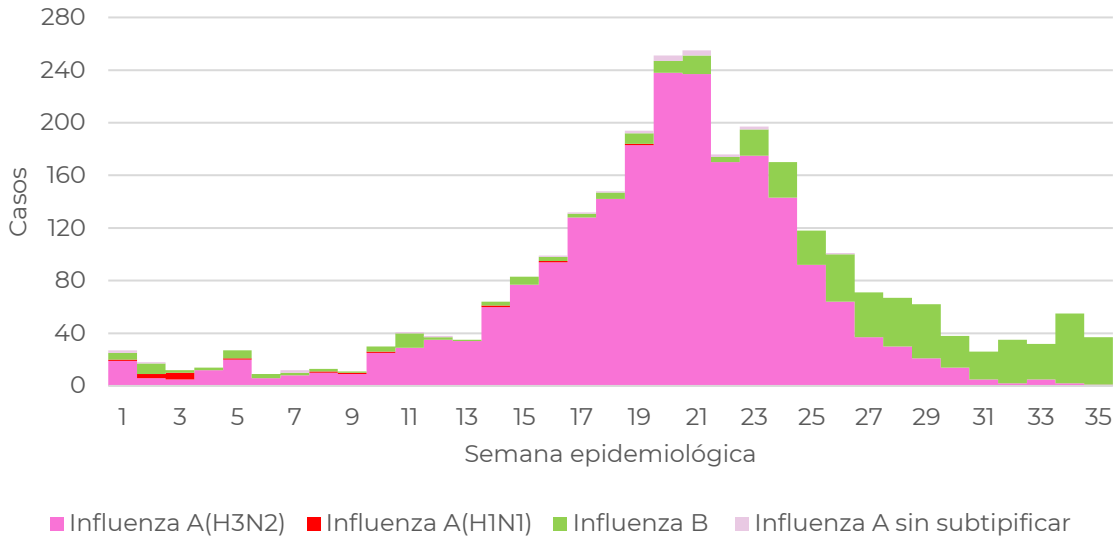
Jurisdicción	Influenza A							Influenza B								Negativo	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip.	Victoria							Sin linaje		
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.		Subclado C.3.1	Subclado C.3.3	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Subclado C.5.7	Sin esp.			
Centro	**0**	**162**	**6**	**633**	**1**	**7**	**13**	**34**	**10**	**7**	**29**	**45**	**1**	**119**	**3**	**15**	**1085**
Buenos Aires	0	69	5	331	0	1	5	16	9	5	5	22	1	51	0	6	526
CABA	0	39	1	137	0	4	5	1	0	1	0	6	0	13	0	1	208
Córdoba	0	9	0	35	1	1	1	6	1	0	5	5	0	20	0	1	85
Entre Ríos	0	22	0	33	0	0	0	5	0	0	4	6	0	9	0	3	82
Santa Fe	0	23	0	97	0	1	2	6	0	1	15	6	0	26	3	4	184
Cuyo	**0**	**36**	**0**	**275**	**0**	**0**	**1**	**6**	**0**	**0**	**11**	**5**	**0**	**90**	**0**	**3**	**427**
Mendoza	0	21	0	172	0	0	0	1	0	0	10	1	0	56	0	1	262
San Juan	0	9	0	67	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	0	2	87
San Luis	0	6	0	36	0	0	0	5	0	0	1	4	0	26	0	0	78
NEA	**1**	**32**	**0**	**126**	**1**	**3**	**1**	**4**	**0**	**0**	**5**	**1**	**0**	**26**	**0**	**4**	**204**
Chaco	1	12	0	16	0	0	0	3	0	0	2	1	0	12	0	1	48
Corrientes	0	2	0	14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	21
Formosa	0	16	0	95	1	3	1	1	0	0	2	0	0	8	0	3	130
Misiones	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5
NOA	**1**	**134**	**3**	**529**	**0**	**3**	**6**	**6**	**0**	**2**	**4**	**4**	**0**	**63**	**6**	**11**	**772**
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	2	0	2	0	0	58
Salta	1	30	0	161	0	2	3	0	0	2	0	0	0	26	4	8	237
Santiago del Estero	0	2	0	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	1	31
Tucumán	0	53	0	125	0	0	0	1	0	0	4	1	0	16	2	1	203
Sur	**3**	**43**	**0**	**154**	**0**	**1**	**4**	**3**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**34**	**0**	**1**	**244**
Chubut	0	5	0	23	0	0	2	0	0	0	0	0	0	4	0	1	35
La Pampa	0	9	0	50	0	0	0	2	0	0	0	0	0	12	0	0	73
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	407	9	1717	2	14	25	53	10	9	49	56	1	332	9	34	2732

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 13. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE35, Año 2026[7]

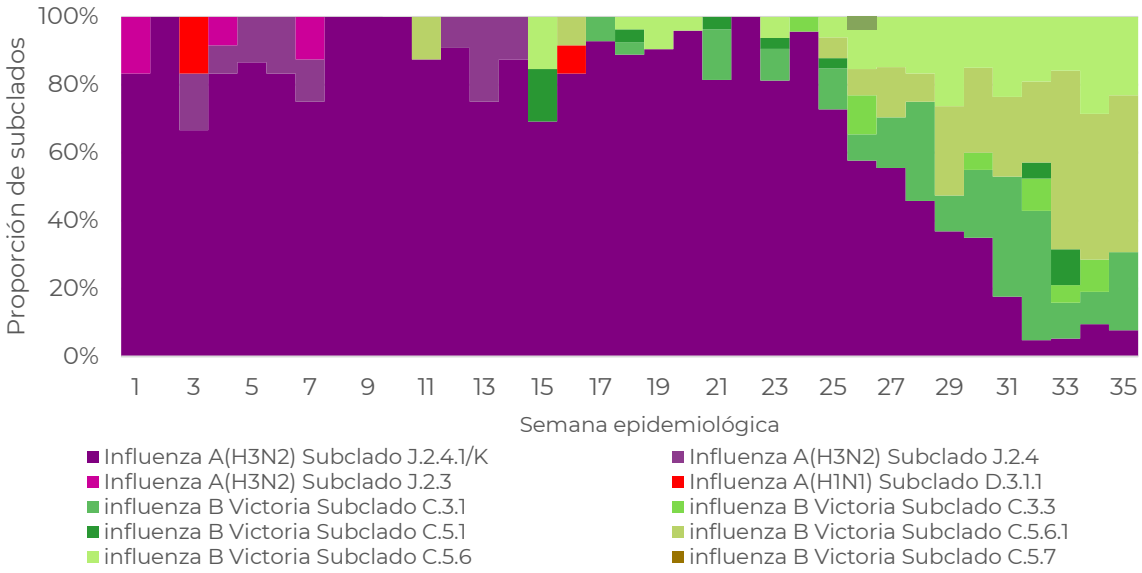


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 601 muestras de Influenza: 421 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 178 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 (30%), C.5.6 (28%) y C.5.6.1 (31%). Las restantes secuencias correspondieron a los subclados C.5.1 (5%), C.3.3 (6%) y C.5.7 (1%).

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

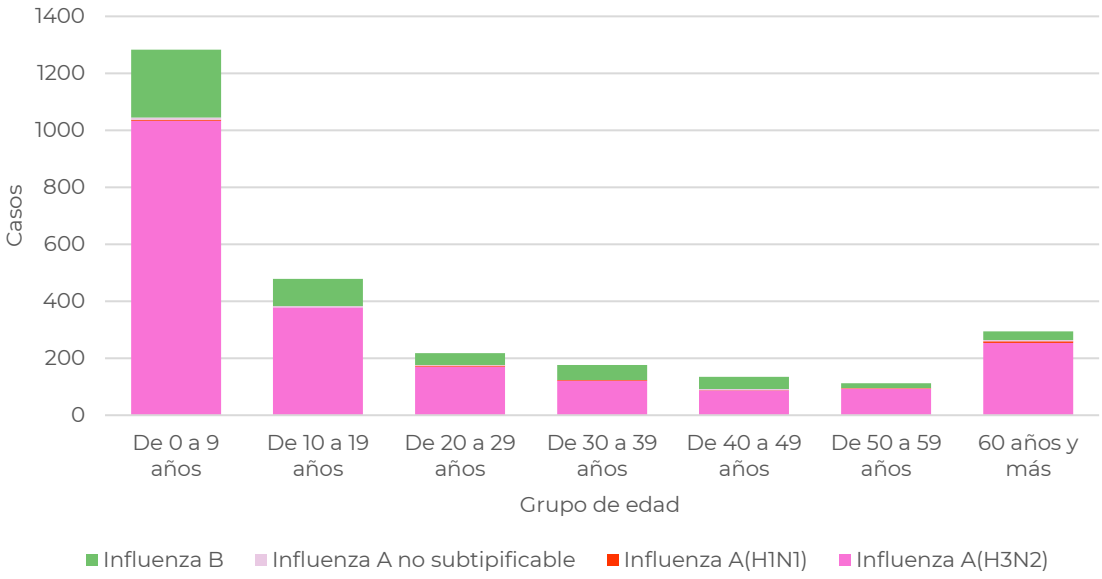
Gráfico 14. Distribución proporcional de casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE35. Año 2026.



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

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 48%; 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 15. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo y subtipo según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE35, Año 2026.

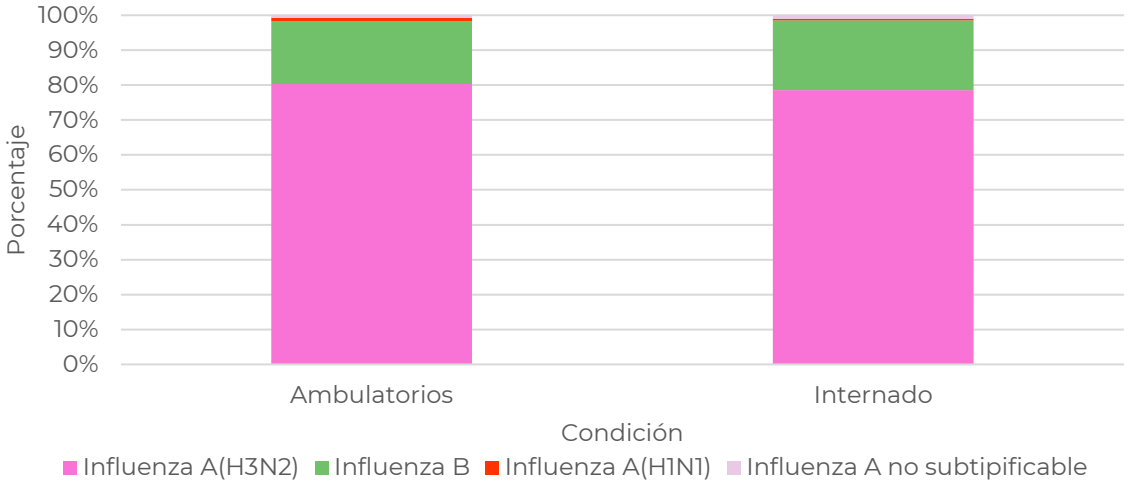


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, predominó Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios (80%) como en internados (77%). Influenza B representó el 18% de los casos recibidos en el LNR entre los pacientes

ambulatorios y el 20% entre los internados, mientras que Influenza A(H1N1) se registró en una proporción muy baja en ambos grupos.

Gráfico 16. Distribución proporcional de tipos y subtipos según condición clínica de los casos. SE1 a SE35, 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.6.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

En este marco, se recomienda:

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

- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

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

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

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

Definiciones:
Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.
Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.
Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:
● Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
● En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
● Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
● Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
● Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
● Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
● Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la**

prevención y control 2024. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

III.6.C. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

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

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

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

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

III.6.D. VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.

- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

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

III.6.E. TRATAMIENTO ANTIVIRAL

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

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

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

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

[10] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

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

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

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

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

IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

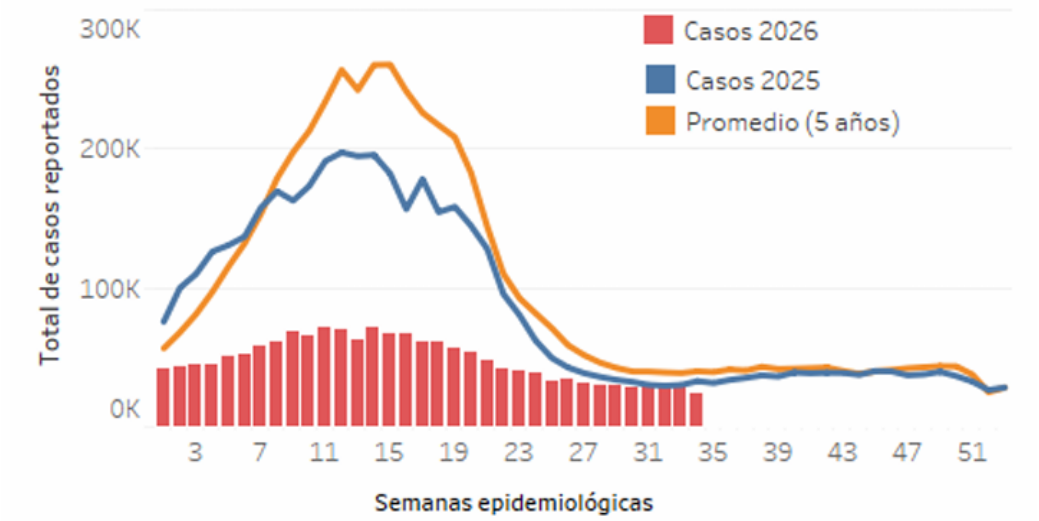
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas actualizado el 18 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 34 del 2026, se reportan en la Región de las Américas un total de 1.626.962 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 156 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 57% 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 34.

De los 1.626.962 casos de dengue reportados en las Américas, 496.051 casos (30%) fueron confirmados por laboratorio y 3.218 (0,2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 521 muertes por dengue, para una letalidad del 0,032%.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 34 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

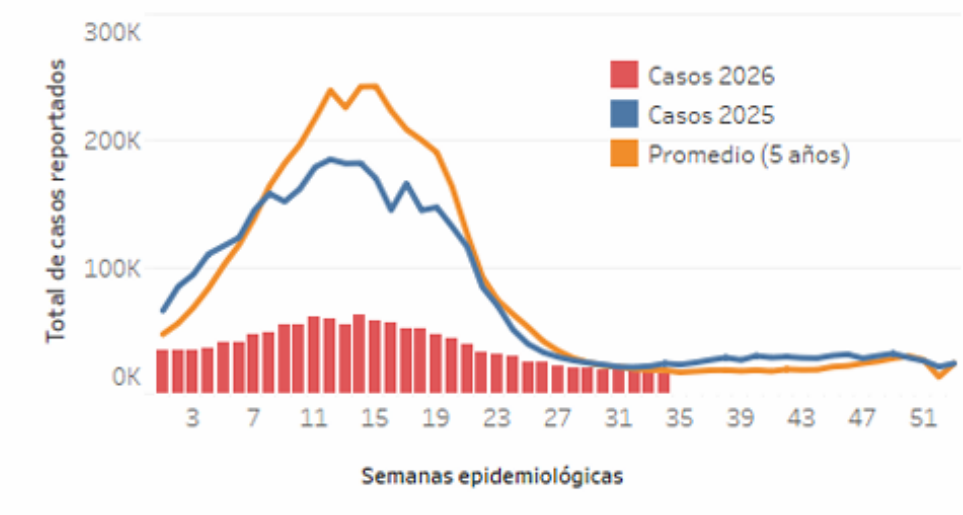
En la SE 34, se notificaron casos de dengue en 13 países y territorios de la Región. Estos países suman, en conjunto, 24.381 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 34. Del total de casos consignados en la SE 34, 36 fueron clasificados como dengue grave (0,2%), y se reportaron 7 muertes, con una letalidad de 0.029%.

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

IV.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 15.161 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 34. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 62% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 68% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

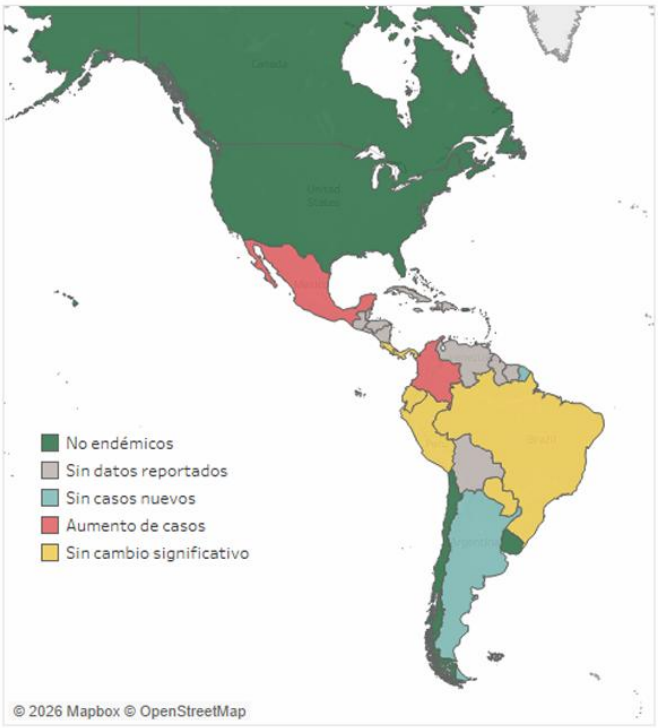
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 34 en 2026, 2025 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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 34, en comparación con el promedio de las últimas cuatro semanas del 2026.



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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[12] y el ARBO-portal[13] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 24/09/2026 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, se reportaron un total de 127.986 casos. De ellos, 54.461 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 46% 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 36/2026 se registraron un total de 10.171 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 36/2026 se reportaron un total de 55.943 casos de dengue, de los cuales 44.948 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa un aumento del 47% en comparación con la misma semana epidemiológica del 2025. Se registraron 67 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 35/2026 se notificaron 2 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la misma semana, se notificó un solo caso, 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 (OPS) emitió una

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

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

alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[14].

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

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 SE37/2026, 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, durante la **SE37/2026 no se notificaron nuevos casos**. Sin embargo, en lo que va de la temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 698 casos sospechosos[15]. De ellos, 3 fueron confirmados, ambos con antecedente de viaje a Brasil y Ecuador, todos con residencia en Provincia de Buenos Aires e

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

[15] **Fe de erratas:** En la edición N.º 826, correspondiente a la SE 36, se informaron 875 casos sospechosos, de los cuales 275 correspondían a la provincia de Córdoba. En la presente edición se observa un descenso marcado en el número de notificaciones, debido a que el valor informado previamente para dicha jurisdicción se encontraba sobreestimado como consecuencia de un error en el proceso de interoperabilidad de los datos provinciales. Tras la

identificación del serotipo DENV-3; 8 fueron clasificados como probables en las provincias de Salta, Chaco y Buenos Aires que aún continúan en investigación[i]; 440 fueron descartados y 247 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 SE37/2026. 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	18	35	59	3
CABA	0	0	0	0		1	13	14	0
Córdoba	0	0	0	0		5	14	19	0
Entre Ríos	0	0	0	0		9	7	16	0
Santa Fe	0	0	0	0		20	25	45	0
Total Centro	**0**	**2**	**3**	**1**		**53**	**94**	**153**	**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	2	0	0		2	16	20	0
Corrientes	0	0	0	0		3	6	9	0
Formosa	0	0	0	0		318	0	318	0
Misiones	0	0	0	0		21	0	21	0
Total NEA	**0**	**2**	**0**	**0**		**344**	**22**	**368**	**0**
Catamarca	0	0	0	0		0	4	4	0
Jujuy	0	0	0	0		25	7	32	0
La Rioja	0	0	0	0		0	6	6	0
Salta	0	3	0	0		11	51	65	0
S. del Estero	0	0	0	0		1	12	13	0
Tucumán	0	0	0	0		0	47	47	0
Total NOA	**0**	**3**	**0**	**0**		**37**	**127**	**167**	**0**
Chubut	0	0	0	0		2	1	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	0	2	0
T. del Fuego	0	0	0	0		0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**4**	**4**	**8**	**0**
Total País	**0**	**7**	**3**	**1**	**DENV-3**	**440**	**247**	**698**	**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

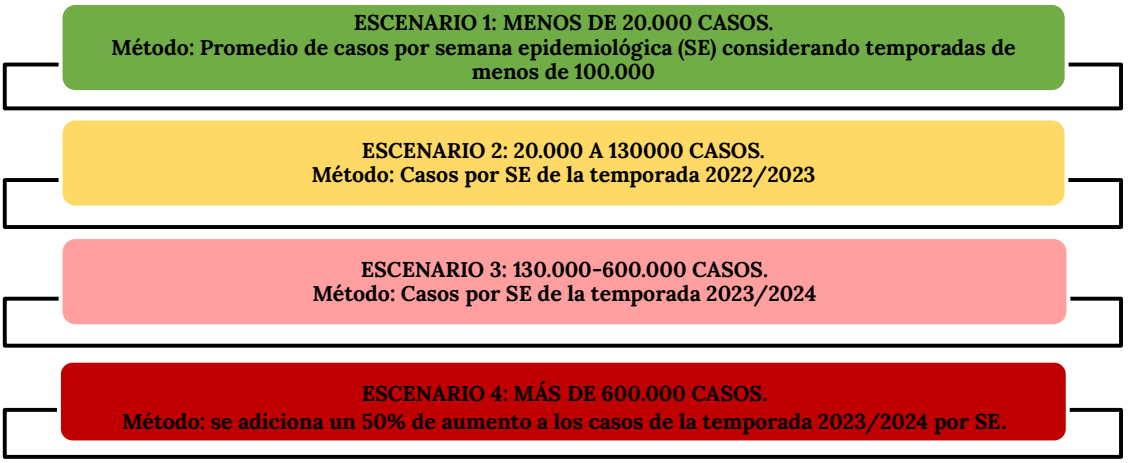
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada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

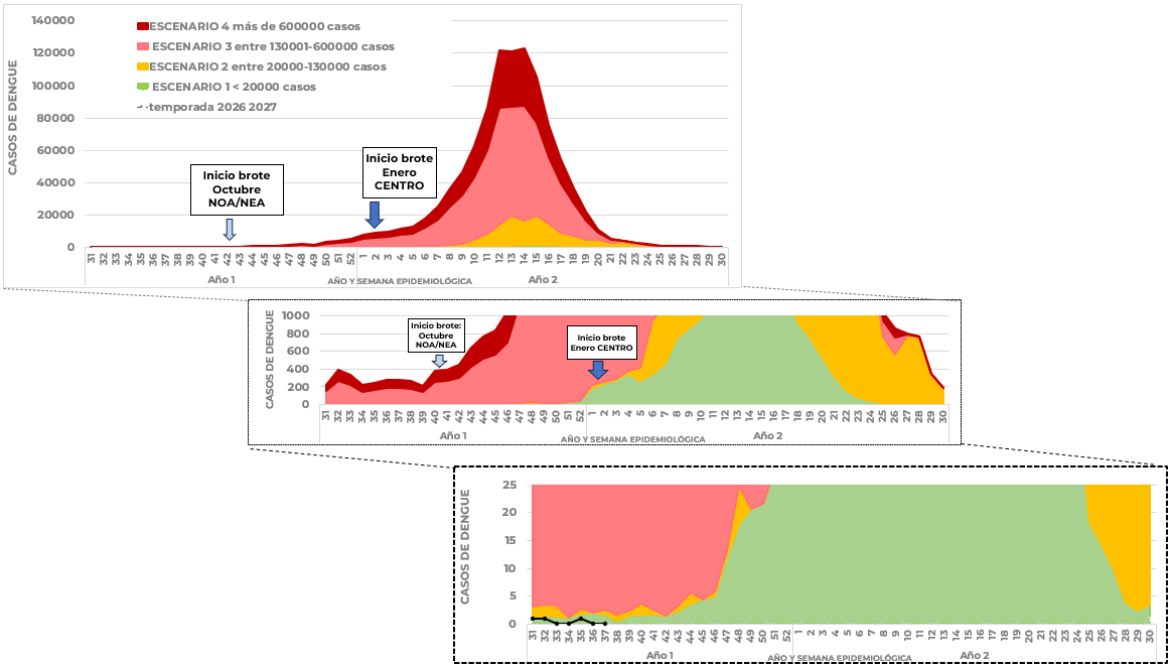
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan la curva de la nueva temporada 2026-2027 (n=3) y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el 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[16] por semana epidemiológica. Años 2022-2026. Argentina.



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

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) 146 casos sospechosos. De ellos, 1 fue confirmado en el departamento de Orán, Salta pero se actualizó la procedencia, resultando importado de Bolivia ;5 fueron clasificados como probables de la provincia de Salta (departamentos Gral. San Martín, Orán y Rivadavia), 26 fueron descartados y 114 permanecen en estudio como casos sospechosos en estudio.

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

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 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 SE37/2026. 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	2	2	0
Córdoba	0	0	0	0	0	11	11	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**	**17**	**21**	**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	5	5	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	2	1	3	0
Total NEA	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**6**	**8**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	2	2	0
Jujuy	0	0	0		10	12	22	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	5	1	0	10	36	52	1
S. del Estero	0	0	0	0	0	4	4	0
Tucumán	0	0	0	0	0	37	37	0
Total NOA	**0**	**5**	**1**	**0**	**20**	**91**	**117**	**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	**0**	**5**	**1**	**0**	**26**	**114**	**146**	**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 SE37/2026).

Encefalitis Arbovirales

Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **44** casos sospechosos de fiebre **Encefalitis de San Luis** y **7** 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 **8** 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 **29** 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 - Situación epidemiológica regional

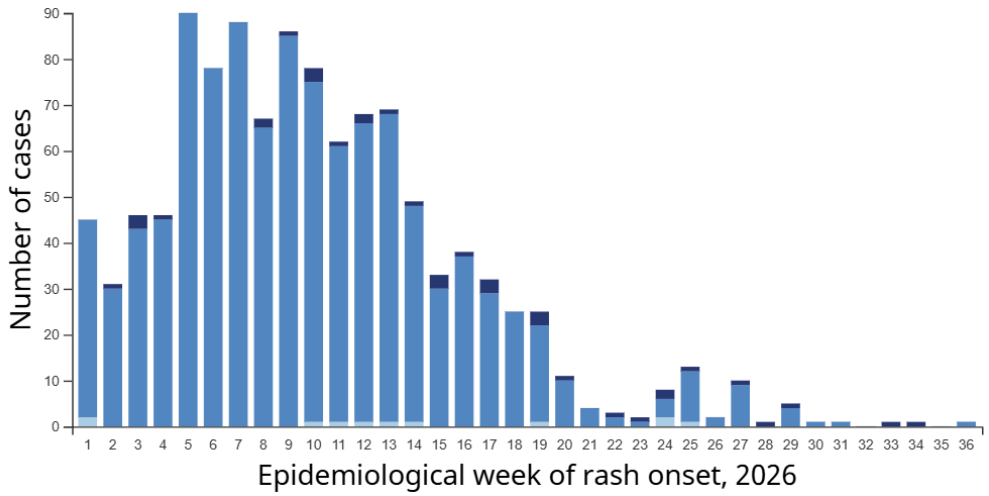
V.1.A. CANADÁ[17]

En 2026, se han notificado un total de 1.120 casos de sarampión (1.039 confirmados, 81 probables) en 8 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 12 de septiembre del 2026.

En la semana 36 (del 6 al 12 de septiembre del 2026), se notificaron 1 nuevos casos de sarampión (1 confirmados y 0 probables).

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

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=1.120)



V.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[18]

Al 17 de septiembre de 2026, se notificaron 3.471 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 3.454 casos fueron reportados por 47 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming. Se notificaron 17 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

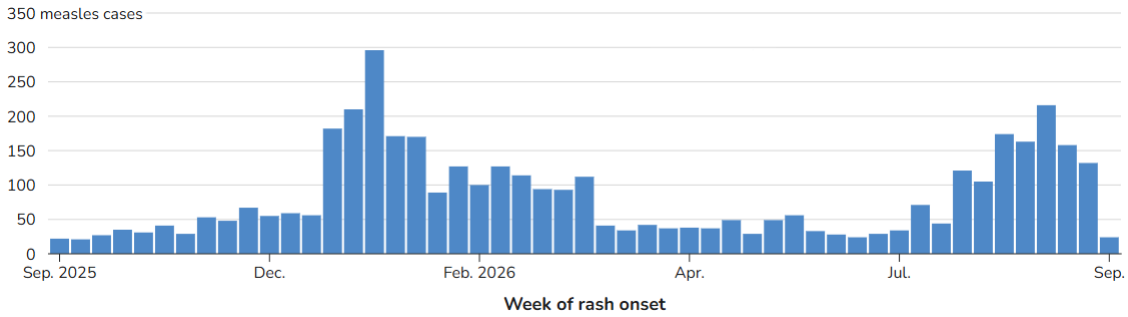
Se han notificado 39 nuevos brotes en 2026, y el 95% de los casos confirmados (3.296 de 3.471) están asociados a brotes (1.920 correspondientes a brotes en 2026 y 1.376 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.289 casos confirmados de sarampión. Un total de 26 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2026 se ha notificado 1 fallecimiento (que se encuentra sujeto a cambio), mientras que en el 2025 se registraron 3.

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

Figura 1. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 17/09/26).

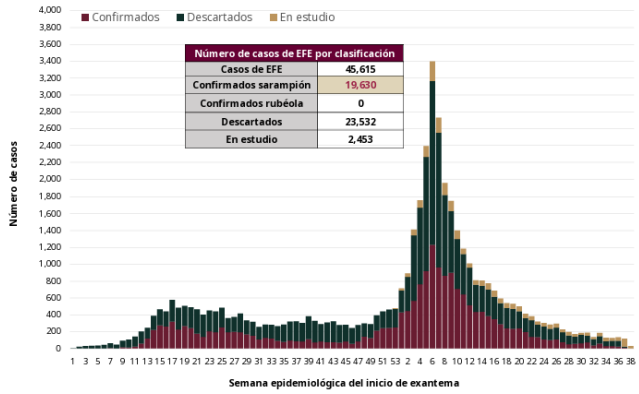


V.1.C. MÉXICO[19]

Al 23 de septiembre de 2026, se han reportado 19.630 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (2.633 casos), seguido del grupo el de 25 a 29 años (2.308 casos) y por último el de 5 a 9 años (2.212 casos).

Se han reportado 49 fallecimientos a la fecha.

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



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

V.1.D. PERU[20]

Al 24 de septiembre del 2026 (SE 38), se reportaron 2.422 casos confirmados de sarampión a nivel nacional. Se registra un fallecimiento a la fecha.

[19] www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026
[20] https://app7.dge.gob.pe/maps3/shiny_SYR_web/

Gráfico 1. Casos confirmados de sarampión notificados por semana epidemiológica en 2026. (n=2.422)

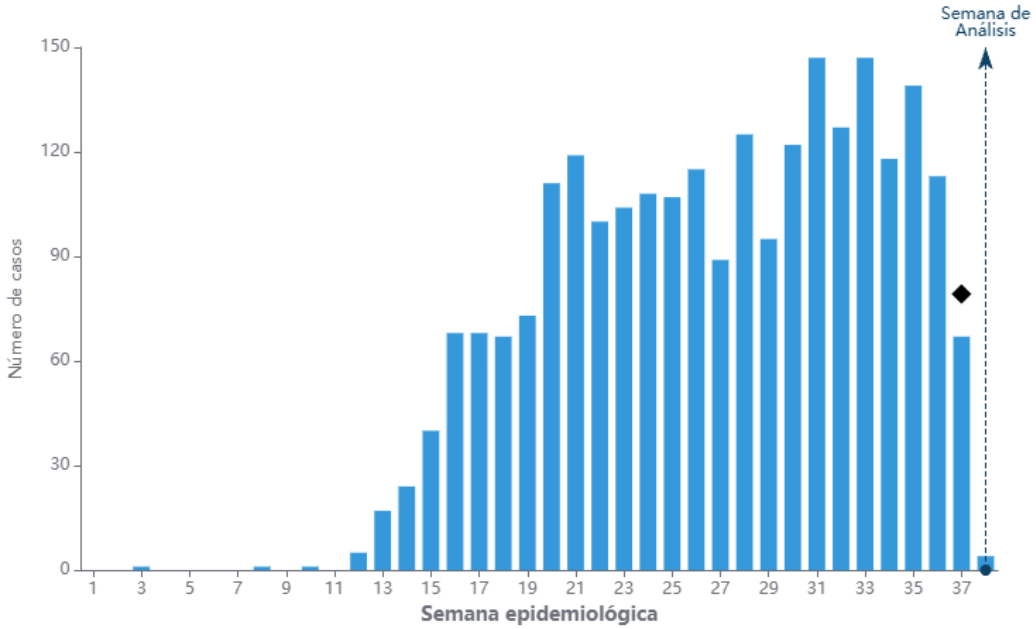
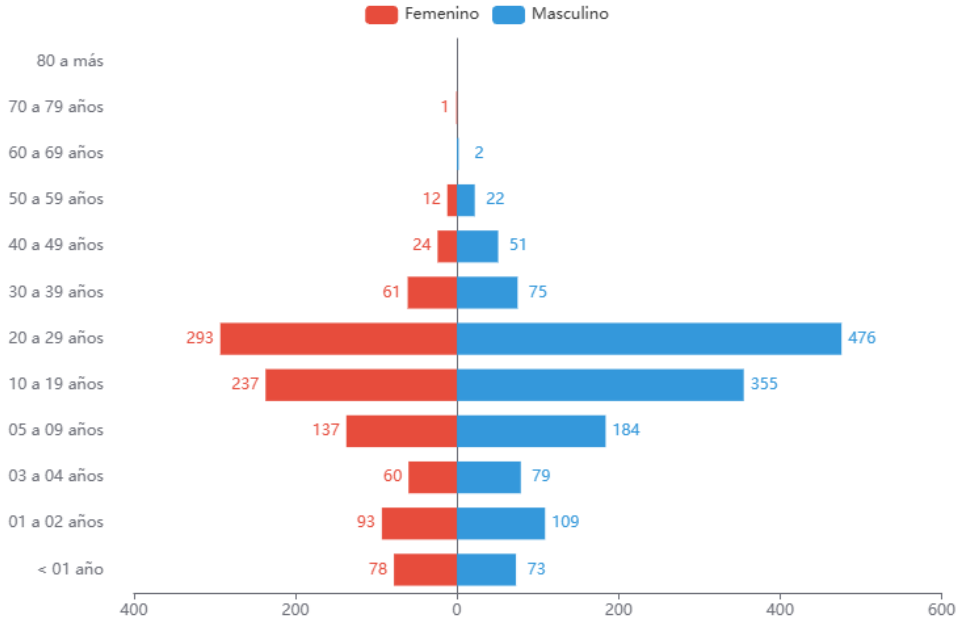


Gráfico 2. Distribución acumulada de los casos confirmados de sarampión por sexo y grupo de edad, 2026.



V.2. Brote de enfermedad por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo.

V.2.A. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

El brote de enfermedad por el virus Bundibugyo (EVE-B) en la República Democrática del Congo se ha expandido aún más, con la Zona de Salud de Dungu, en la provincia de Haut-Uélé, fronteriza con Sudán del Sur, como la última zona afectada. Esto eleva a 63 el número total de zonas de salud afectadas desde el inicio del brote. Esta última expansión geográfica aumenta la preocupación por una posible propagación hacia las fronteras internacionales, mientras que la transmisión dentro del país continúa presentando una heterogeneidad creciente entre las provincias y zonas de salud afectadas.

Desde el Informe de Situación Externo N.° 18, se notificaron otros 475 casos confirmados y 222 muertes confirmadas, elevando el total acumulado a 7733 casos confirmados, incluidas 3732 muertes [tasa de letalidad (TL) cruda: 48,3 %], al 20 de septiembre de 2026. Ituri continúa siendo el principal foco, aunque su contribución relativa continúa disminuyendo y representa el 76,9 % de los casos confirmados acumulados, mientras que se mantiene una transmisión sustancial en Nord-Kivu y persiste en Haut-Uélé.

A nivel nacional, la incidencia diaria continúa siendo elevada y fluctuante, con un repunte del promedio móvil de siete días a comienzos de septiembre, seguido de un descenso en los últimos días. Este patrón nacional oculta trayectorias divergentes entre las provincias. Ituri continúa con un descenso gradual desde su pico de finales de julio, aunque permanece en niveles elevados, mientras que Nord-Kivu experimentó un marcado incremento, alcanzando su mayor incidencia a mediados de septiembre, seguido de un aparente descenso en los últimos días. La transmisión en Haut-Uélé continúa siendo sostenida, aunque por debajo de su pico de agosto, mientras que Tshopo muestra una renovada actividad desde un nivel basal bajo. Bas-Uélé continúa notificando transmisión esporádica, sin evidencia de transmisión reciente en Sud-Kivu.

En general, la epidemia continúa presentando una marcada heterogeneidad geográfica, con descensos recientes en las principales áreas de transmisión que ocurren simultáneamente con una transmisión persistente de bajo nivel y una continua expansión geográfica hacia nuevas áreas.

Fuente:[*http://newsletters.afro.who.int/outbreak-dashboards/1x1d2nl4dpr1wl7le42imx?lang=en&a=6&p=67082874&t=29558416*](http://newsletters.afro.who.int/outbreak-dashboards/1x1d2nl4dpr1wl7le42imx?lang=en&a=6&p=67082874&t=29558416)

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

VI. Boletines Jurisdiccionales

VI.1. Salta: Chikungunya

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 caso fue confirmado y 5 fueron clasificados como probables en las provincias de Salta. De los restantes 25 fueron descartados y 100 permanecen como casos sospechosos en estudio. Dos casos probables de Salta fueron reclasificados como correspondientes a la temporada anterior, dado FIS remontaba a más de dos meses antes del estudio, realizado en el contexto de manifestaciones clínicas persistentes posteriores a la infección por chikungunya.

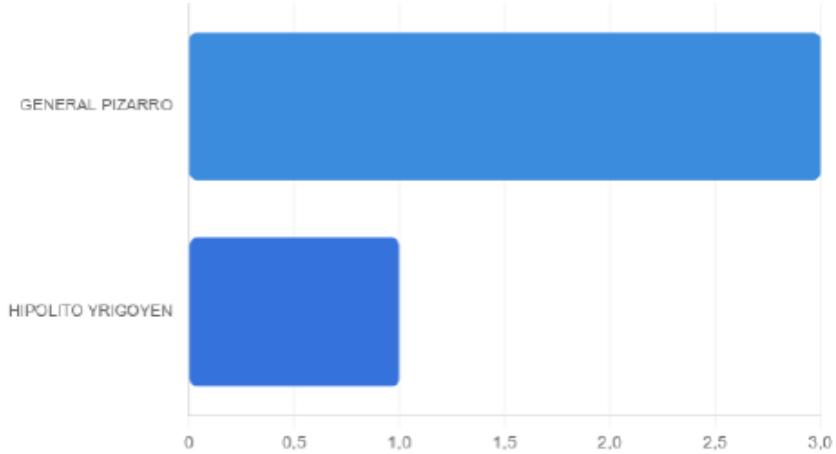


Casos probables de chikungunya distribuidos por departamento y localidades. Provincia de Salta. SE 36. año 2026.

DEPARTAMENTO/LOCALIDAD	CASOS PROBABLES
ORÁN	2
HIPOLITO YRIGOYEN	1
PICHANAL	1
TOTAL GENERAL	2

Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información proveniente de SNVS 2.0

Casos notificados por municipio. SE 36. Provincia de Salta. Año 2026



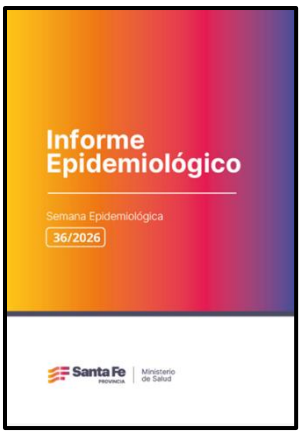
Fuente: Elaboración propia del Prog. E.V. y O.R. de la D.G.C.E. en base al sistema informático Sistema Integral de Vigilancia Vectorial Salta (SIVVSalta).

Para más información:

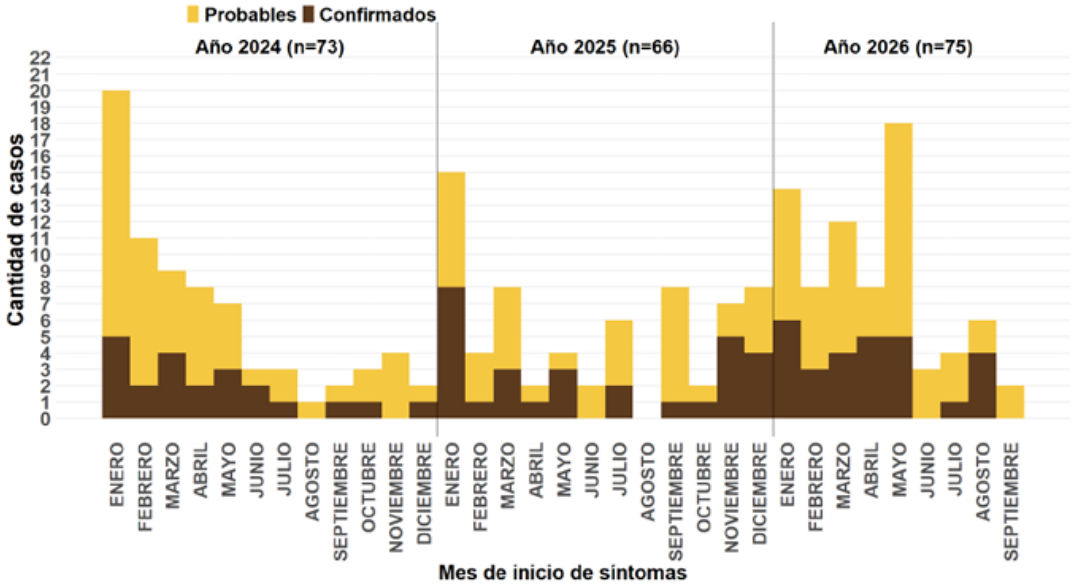
http://saladesituacion.salta.gov.ar

VI.2. Santa Fe: Leptospirosis

En la provincia de Santa Fe, durante el año 2024 se notificaron un total de 1204 casos al evento de Leptospirosis de los cuales 73 casos (6 %) corresponden a casos confirmados o probables. En el 2025 el total de los casos notificados fue de 938, mientras que 66 casos (7 %) fueron clasificados como confirmados o probables. En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE36/2026) fueron notificados 607 casos de los cuales 75 casos (12%) corresponden a casos confirmados o probables. Para el mismo período (enero hasta agosto) los casos confirmados y probables fueron 61 casos en 2024, 39 casos en 2025 y 75 casos en lo informado durante 2026.



Distribución de casos confirmados (n= 79) y probables (n= 135) de Leptospirosis según mes de inicio de síntomas. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE36/2026). N= 214.

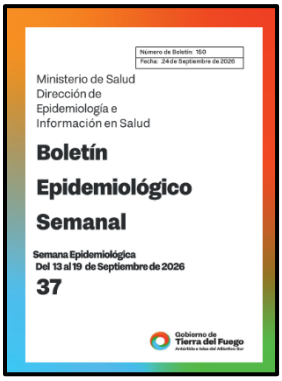


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

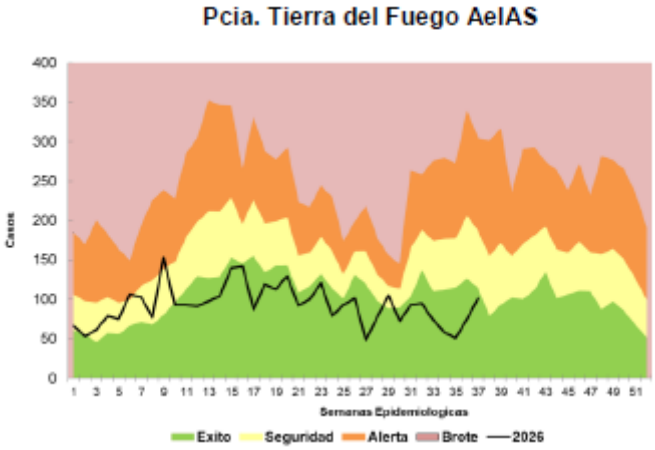
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

VI.3. Tierra del fuego: Diarreas agudas



Hasta la SE 37 en 2026, se notificaron 3.654 casos de diarrea aguda en el SNVS 2.0 en la modalidad “agrupadas” en toda la provincia. En el año 2026, se observa una disminución del 31% de los casos registrados a nivel provincial con respecto al mismo período del año 2025. Se manifiesta una tendencia creciente a partir de la SE35.

Localidad	Casos 2025	Casos 2026	% Variación interanual
Río Grande	2274	958	-58%
Tolhuin	226	139	-38%
Ushuaia	2808	2557	-9%
Tierra del Fuego	5308	3654	-31%



Para más información:

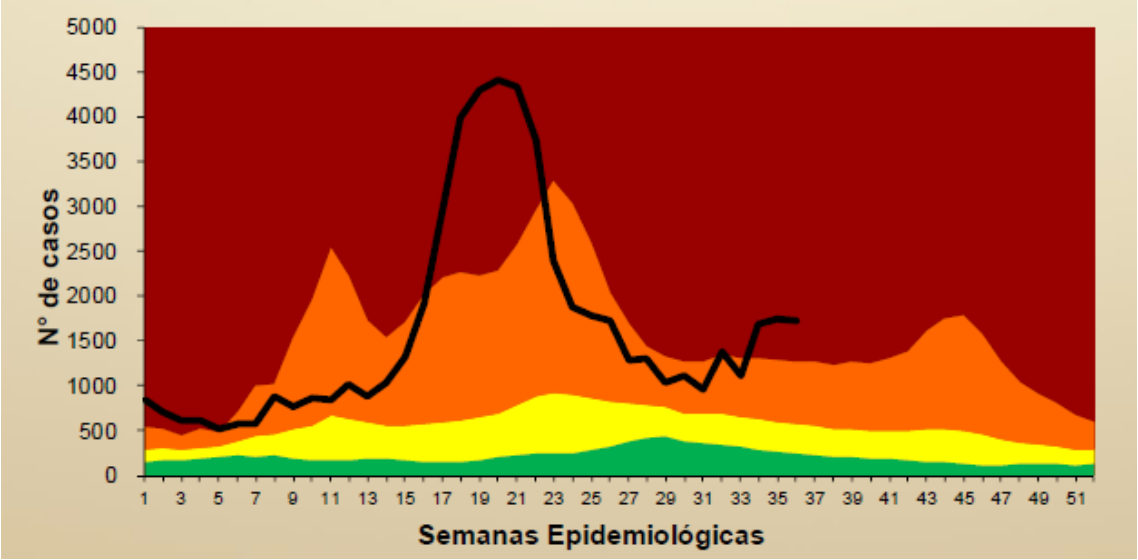
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/

VI.4. Tucumán: Influenza

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica36 se registraron 1.729 casos para este evento.



Corredor endémico de Enfermedad Tipo Influenza hasta SE 36. Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiologia Tucumán.

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			