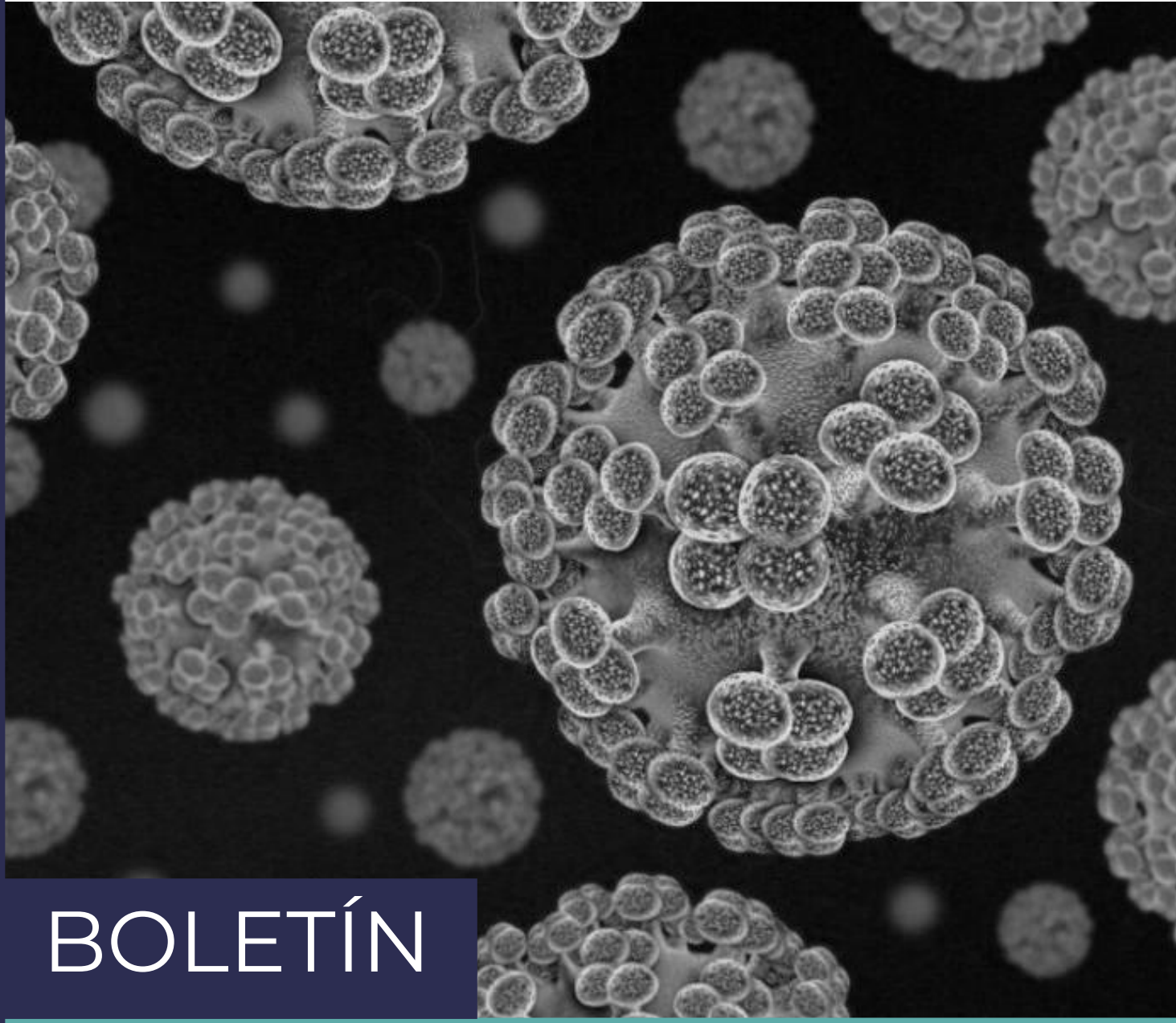
ISNN:2422-698X (en línea)
ISNN:2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **830**

Semana epidemiológica 40
AÑO 2026
Desde 04/10 al 10/10
Fecha de publicación
19/10/2026

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.

Dengue entomológico– Cierre de temporada 2025-2026
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Hantavirus – Cierre de temporada 2025-2026
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores. De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

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: 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

La enfermedad por hantavirus es una zoonosis emergente producida por virus ARN pertenecientes a la familia Bunyaviridae. Imagen ilustrativa libre de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°830, SE 40.

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. Se incorporan además dos informes finales de temporada, dedicados a la vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* y a la hantavirosis.

Dentro de los eventos priorizados, se incluye la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional y la vigilancia centinela a través de las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI y de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave. Se presenta también la subtipificación y caracterización genómica de influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia, junto con recomendaciones para la prevención y el control, vigilancia epidemiológica, vacunación antigripal y tratamiento antiviral.

En relación con dengue y otros arbovirus, se actualiza 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 presenta la situación de fiebre chikungunya y de otros arbovirus en el país.

La sección de informes especiales incorpora el informe final de vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* correspondiente a la temporada 2025-2026, que aborda el monitoreo mediante sensores de oviposición e índices larvarios, la evolución nacional y regional de los indicadores entomológicos y las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, se incluye el informe final de temporada de hantavirosis, con el análisis de la evolución epidemiológica entre 2018 y 2026, la caracterización de la última temporada y las acciones implementadas.

En las alertas y comunicaciones internacionales se presenta información sobre la situación epidemiológica regional de sarampión y sobre casos de neumonía de etiología indeterminada en la Federación de Rusia. Se suman los contenidos destacados de los boletines jurisdiccionales de Buenos Aires, Salta, Tierra del Fuego y Tucumán, con información sobre infecciones respiratorias agudas, dengue y bronquiolitis en menores de 2 años.

Finalmente, se incluyen herramientas para la vigilancia, entre ellas el listado de modificaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la convocatoria al curso *Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud*, en su décima edición.

Los contenidos de esta edición aportan información para el seguimiento de los eventos priorizados, el análisis de las temporadas epidemiológicas y entomológicas finalizadas y la actualización de las estrategias de vigilancia y prevención.

Contenido

I. Sobre este BEN 4

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

EVENTOS PRIORIZADOS 11
III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 12
III.1. Nota Metodológica 12
III.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 12
III.3. Síntesis de la información nacional destacada 12
III.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 13
III.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 13
III.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 16
III.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia 19
III.5.A. SECUENCIACIóN GENOMICA DE INFLUENZA A(h3n2) 2025-2026 20
III.5.B. caracterización de casos de influenza recibidos en el lnr desde se1 a se 38/2026. 21
III.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 24
III.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 24
III.6.B. Vigilancia epidemiológica 24
III.7. Recomendaciones para la población 26
III.8. Vacunación antigripal 26
III.9. Tratamiento antiviral 27
IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus 29
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 29
IV.1.A. Subregión Cono Sur 30
IV.2. Situación de dengue en Argentina 32
IV.2.A. inicio de temporada 2026/2027 32
IV.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 34
IV.3.A. Nota metodológica 34
IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 35
IV.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus 37

INFORMES ESPECIALES 38
V. Informe final de vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* durante la temporada 2025-2026 39
V.1. Vigilancia entomológica 39
V.1.A. Vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* mediante sensores de oviposición 39
V.2. Evolución nacional y regional del IPO y el IDH 40
V.3. Vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* por índices larvarios 47
V.4. Acciones del Ministerio de Salud de la Nación 50
V.4.A. Prevención 50
V.4.B. Capacitaciones 51
V.4.C. Entrega de insumos 51
V.5. Consideraciones finales 51

VI. Hantavirosis – Informe final de temporada 2025-2026 **54**
VI.1. Introducción 54
VI.2. Situación epidemiológica nacional 55
VI.2.A. Nota metodológica 55
VI.2.B. Evolución de la situación epidemiológica (2018-2026) 56
VI.2.C. Caracterización de la situación epidemiológica de la última temporada (2025-2026) 61
VI.2.D. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 69

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES **72**
VII. Introducción **73**
VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 73
VII.1.A. Resumen de la situación 73
VII.2. Neumonía de etiología indeterminada - Federación de Rusia 80

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **82**
VIII. Boletines Jurisdiccionales **83**
VIII.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 83
VIII.2. Salta: Dengue 84
VIII.3. Tierra del Fuego: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 85
VIII.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 86

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA **87**
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **88**
X. Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 10° Edición **90**

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.1. Metodología de análisis

II.1.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.1.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.1.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.1.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.

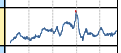
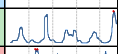
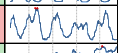
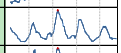
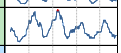
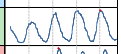
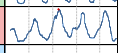
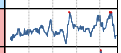
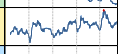
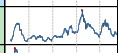
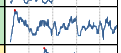
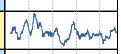
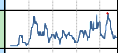
II.2. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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 40 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE40	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)	245	401	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	3	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	647	679	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)	352	565	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	99	117	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	11693	16787	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	255	214	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	130	123	Dentro de lo esp.	Por debajo 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	3634	4589	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	526	619	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	31	26	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	7	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	95	126	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hantavirosis	44	60	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	117	217	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	73	87	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE40**	**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	36	22	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	716	685	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1315	1049	Por debajo de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	7331	9020	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	43	20	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	50	66	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B	499	529	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis C	983	1039	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis E	5	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	23619	40152	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	21	21	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1123	1111	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	19	22	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	12	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	28	41	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	10	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	1464	1952	En aumento	Por encima de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	6592	10198	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	317	497	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	275	22	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	9566	11286	Dentro de lo esp.	Por debajo 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 Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) –UMA-** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave –UC IRAG-**.

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

III.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[1]

En la semana epidemiológica 37, la actividad de los virus respiratorios en la Región de las Américas estuvo impulsada principalmente por el VSR en Centroamérica y el Cono Sur. La positividad fue alta en Panamá (26,6%) y Uruguay (30,7%), y de moderada a alta en Argentina, Paraguay, Chile y Costa Rica, aunque con tendencia descendente en la mayoría de estos países. La positividad de influenza aumenta en niveles bajos en América del Norte y el Caribe. Es mayor en Ecuador y Argentina (17,2% en ambos), con predominio de influenza B en el Cono Sur e influenza A en la Región Andina. La positividad de SARS-CoV-2 desciende en el Caribe, Centroamérica, la Región Andina y México, y aumenta en niveles bajos en el conjunto de América del Norte. Barbados mantiene una actividad de moderada a alta y estable (23,5%). Los casos de ETI e IRAG descienden en la mayoría de las subregiones. Las excepciones son Argentina, que notifica un aumento de casos de IRAG; Paraguay y Uruguay, que notifican niveles altos de IRAG; y Chile, que notifica un número elevado de casos de IRAG, con el VSR como el virus detectado con mayor frecuencia entre los pacientes con IRAG muestreados.

III.3. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) presentaron un ascenso desde la SE 9, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22. Posteriormente, se observó un descenso sostenido, seguido de un ligero incremento entre las SE 32 y 34. Hasta la SE39 se notificaron 1.081.625 casos de ETI, cifra ligeramente superior (3,9%) respecto del mismo período del año previo.

Los casos de neumonía presentaron un aumento desde la SE8, permaneciendo en zona de alerta desde la SE15 hasta la SE22, con un menor número de notificaciones en semanas posteriores. En las 39 SE transcurridas, se notificaron 138.903 casos, cifra levemente inferior a las observadas para el mismo período en años previos.

Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados para 2026, con una tendencia ascendente desde SE15 hasta SE29. Hasta la SE39 se notificaron 120.630 casos de bronquiolitis. Los años 2024, 2025 y 2026 presentan un marcado descenso en las notificaciones respecto de los años históricos.

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

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 SE40, se registraron 6 detecciones y la positividad fue del 17,6%, 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 12 casos positivos entre 252 muestras estudiadas.

En la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), durante las 40 SE transcurridas de 2026 se registraron 6.828 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 SE35. En las últimas cuatro semanas analizadas predominaron las detecciones de VSR, con 166 casos positivos entre los 681 casos de IRAG estudiados, seguido por influenza (n=46) y SARS-CoV-2 (n=8). Además, se notificaron 3 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR y 3 codetecciones de influenza y VSR.

Con respecto a la vigilancia universal de virus respiratorios, en 2026 las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de 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 nuevo ascenso progresivo, a expensas principalmente de influenza B. Las detecciones de VSR experimentan un aumento desde la SE13, con valores máximos alcanzados en las SE 31-34. En relación con SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos en lo que va de 2026. En la última semana analizada, SE39/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente influenza, seguido de VSR, SARS-CoV-2, parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus.

En la vigilancia universal de personas internadas y fallecidas con diagnóstico de infección respiratoria aguda, durante 2026, las detecciones de influenza aumentaron desde la SE10 y alcanzaron su máximo en las SE21-22, con tendencia descendente en las semanas siguientes. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantuvieron estables durante el periodo, mientras que las de VSR aumentaron progresivamente a partir de la SE13, superando las 500 detecciones semanales entre las SE31 y 34. En la última semana se registró un fallecimiento con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 171 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

III.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI): *infección respiratoria aguda con fiebre*

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

mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

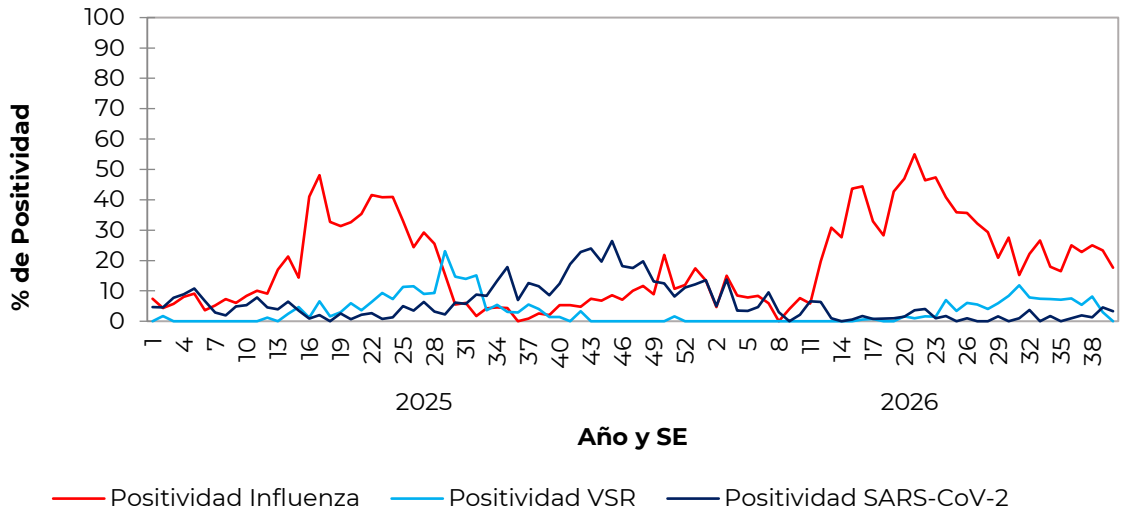
Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos. En las SE39 y 40, se registraron 4 casos positivos para SARS-CoV-2 entre las 96 muestras procesadas.

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

En lo que va de 2026, se observó un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12 hasta la SE21, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). Posteriormente, las detecciones semanales presentaron un descenso, con predominio en las últimas SE de influenza B. En las SE39 y 40 de 2026 se notificaron 24 casos de influenza entre las 111 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 17,6%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En 2026, las detecciones de VSR fueron esporádicas hasta la SE 20. A partir de entonces, se registraron casos todas las semanas, aunque en baja magnitud, con porcentajes de positividad superiores al 3% desde la SE 24 en adelante. En las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 12 casos positivos entre 252 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE40/2026. Argentina.

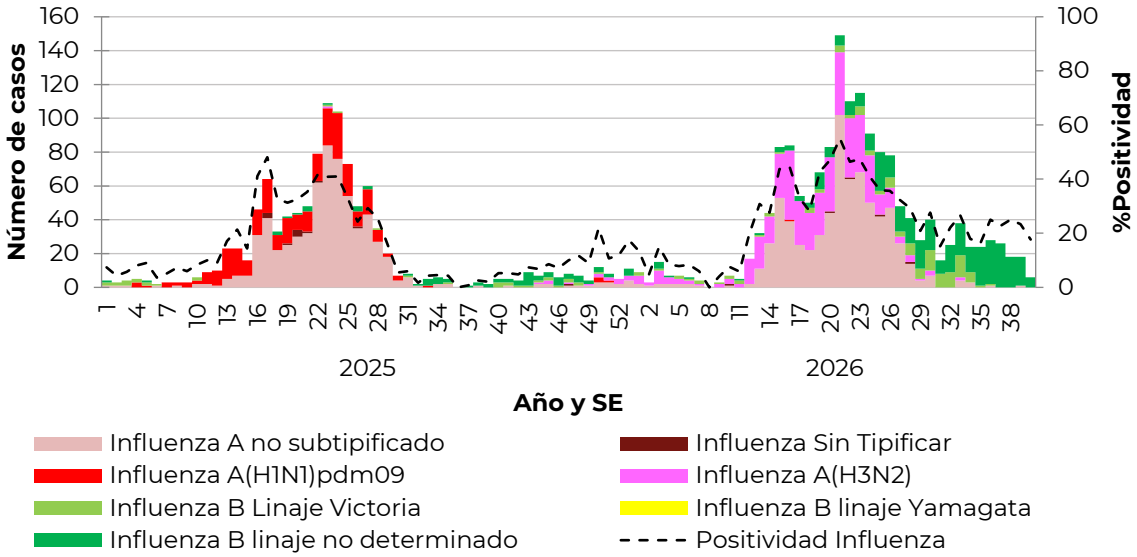


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

En las 40 SE transcurridas de 2026, se detectaron 1.584 casos de influenza, predominantemente influenza A (n=1.126). Entre estos, 426 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 453 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 110 de ellos.

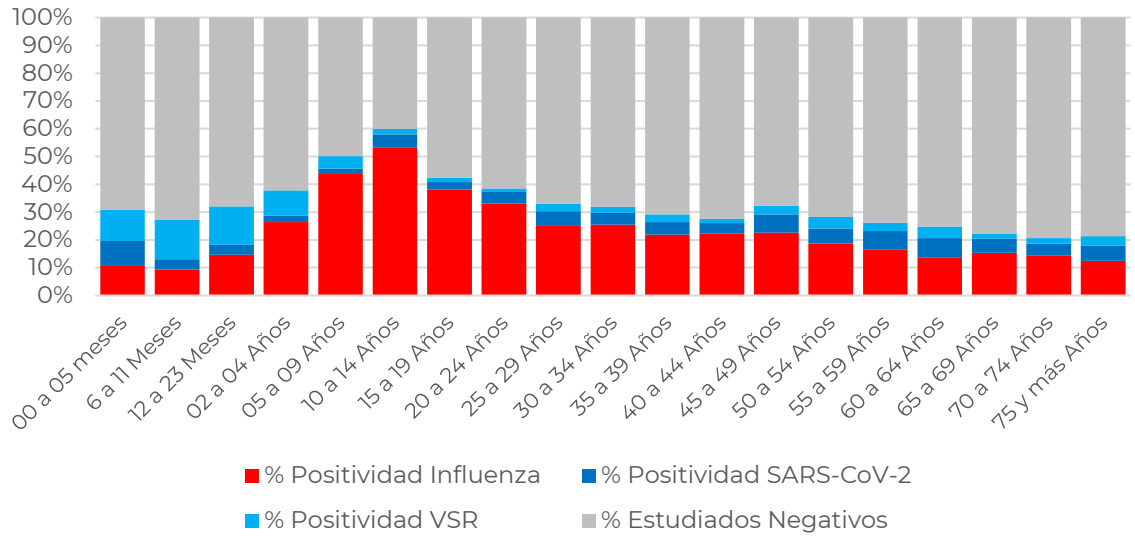
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE40/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE40/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 42 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [4]

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[5].

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y

[3] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.
[4] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf
[5] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

- Requerimiento de internación por criterio clínico[6].

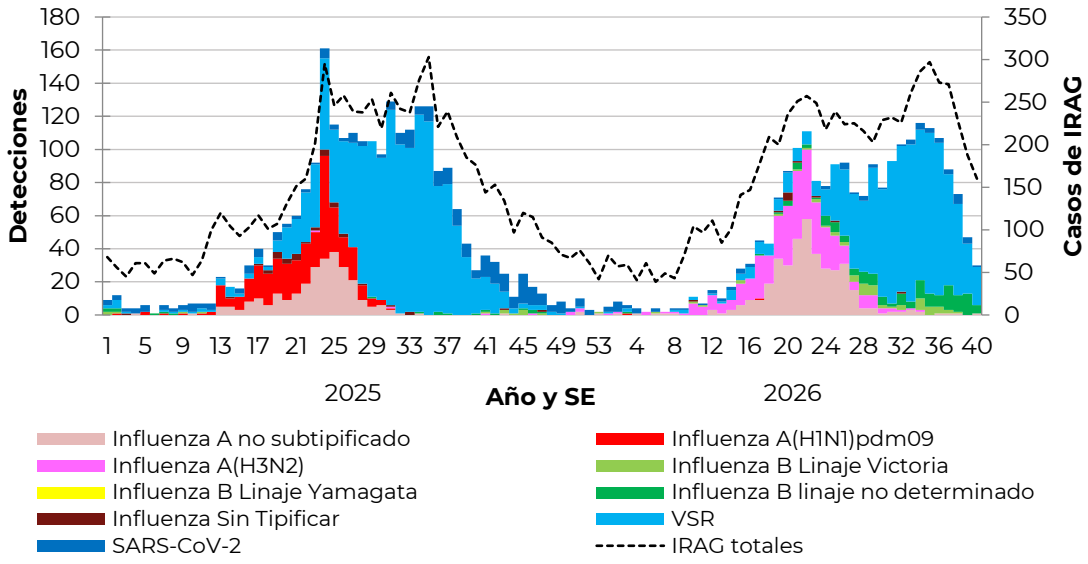
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[7] y shock[8] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 40 SE transcurridas de 2026 se registraron de manera nominal un total 6.828 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.937 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

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

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE1/2025 a SE40/2026. Argentina.



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

En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** durante 2025 las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento a partir de la SE35, seguido de una disminución en las últimas semanas del período. En 2026, los casos continúan en niveles bajos, detectándose 44 casos hasta la SE40.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todas las semanas de 2025, se observó un incremento en las detecciones a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos

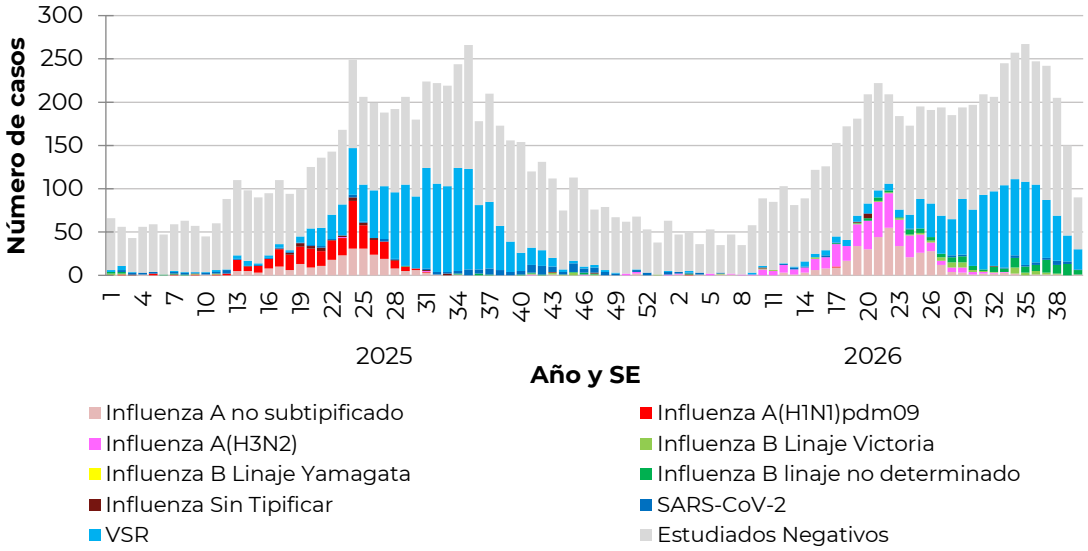
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso
[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[8] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[9] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor frecuencia de A(H1N1) y, en menor medida, de A(H3N2). Asimismo, se detectaron en menor medida casos de influenza B, con identificación de linaje Victoria.

En las 40 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 958 casos de influenza. Las detecciones mostraron tendencia ascendente desde la SE10, con un máximo en SE22 y descenso posterior. Se tipificaron 756 casos de influenza A, y de éstos 373 cuentan con subtipificación: 371 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). De los 191 casos de influenza B, 57 corresponden al linaje Victoria y el resto no tiene identificación de linaje al momento.

En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de **VSR**, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las 40 semanas transcurridas de 2026, las detecciones de VSR se mantuvieron en niveles bajos durante las primeras semanas del año, a partir de la SE 16, se observó una tendencia ascendente, que alcanzó su máximo en la SE35, seguida de un descenso en las semanas posteriores. Hasta la SE 40 se registraron 1.116 casos acumulados durante 2026.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE40/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



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

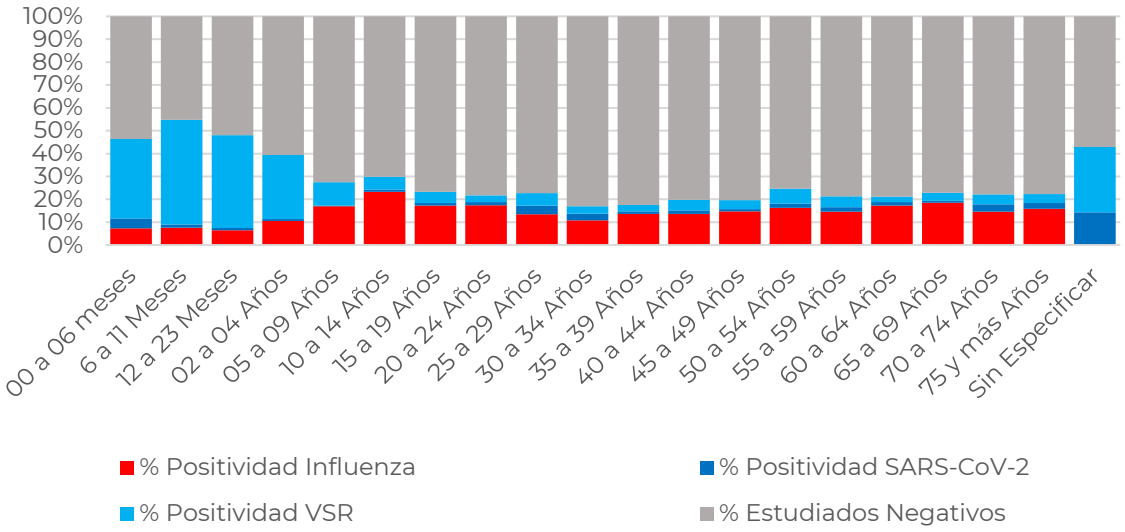
En las últimas 4 semanas, entre los 681 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 3 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, 3 codetecciones de influenza y VSR, 166 casos de VSR, 46 casos de influenza y 8 casos de SARS-CoV-2. Los restantes 455 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

En cuanto a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados mediante técnicas moleculares para los tres virus priorizados desde la SE 1/2025, la mayor positividad para influenza se observó en personas de 10 a 24 años y de 60 a 69 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad más elevado se registró en menores de 6 meses. En el caso del VSR, los mayores porcentajes de positividad se observaron en menores de 2 años,

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

particularmente en el grupo de 6 a 11 meses, seguido por los de 12 a 23 meses y los menores de 6 meses.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE1/2025 a SE40/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11].



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

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

Nota metodológica: Para el presente informe se tuvieron en cuenta las muestras con diagnóstico de Influenza 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.

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

A continuación, se describe para el período SE1 a SE38 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 GENOMICA DE INFLUENZA A(H3N2) 2025-2026

Entre la SE1/2025 y la SE38/2026, el LNR secuenció 482 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 24 jurisdicciones, de las cuales 441 (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 38/2026 (N =482).

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**	**33**	**37**
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	13	15
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	408	482

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 38/2026.

En términos acumulados, hasta el 15/10/2026 el LNR recibió 2873 muestras de Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 y la SE38/2026, de las cuales 2830 pudieron ser tipificadas y/o subtipificadas y 43 resultaron negativas. Entre las muestras tipificadas, el 77% correspondió a Influenza A y el 23% 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 621 de los 649 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 69% y 85% 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 15% y 31% según la región.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE38, Año 2026 (N = 2873).

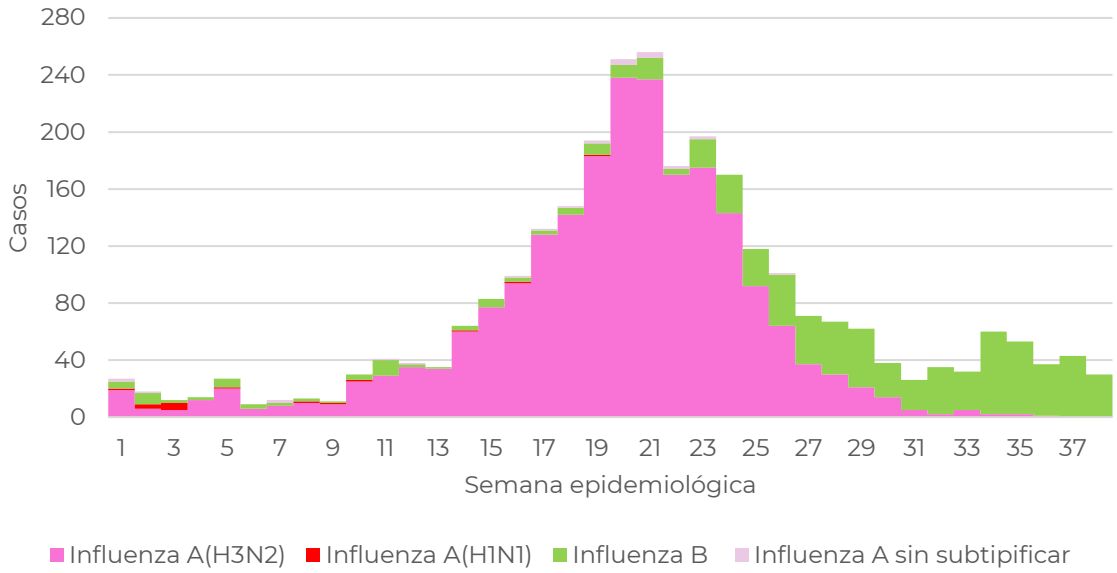
Jurisdicción	Influenza A							Influenza B								Negativo	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)		Sin subtip.	Victoria							Sin linaje		
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.		Subclado C.3.1	Subclado C.3.3	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Subclado C.5.7	Sin esp.			
Centro	**0**	**162**	**6**	**633**	**1**	**7**	**13**	**42**	**11**	**7**	**30**	**68**	**1**	**132**	**7**	**21**	**1141**
Buenos Aires	0	69	5	331	0	1	5	20	9	5	5	33	1	57	3	6	550
CABA	0	39	1	137	0	4	5	1	0	1	0	9	0	15	0	1	213
Córdoba	0	9	0	35	1	1	1	6	1	0	5	6	0	19	0	1	85
Entre Ríos	0	22	0	33	0	0	0	7	1	0	4	7	0	12	0	7	93
Santa Fe	0	23	0	97	0	1	2	8	0	1	16	13	0	29	4	6	200
Cuyo	**0**	**36**	**0**	**275**	**0**	**0**	**1**	**6**	**1**	**0**	**17**	**9**	**0**	**96**	**9**	**3**	**453**
Mendoza	0	21	0	172	0	0	0	1	0	0	12	1	0	61	0	1	269
San Juan	0	9	0	67	0	0	1	0	1	0	4	1	0	5	0	2	90
San Luis	0	6	0	36	0	0	0	5	0	0	1	7	0	30	9	0	94
NEA	**1**	**33**	**0**	**127**	**1**	**3**	**1**	**6**	**0**	**0**	**5**	**2**	**0**	**32**	**3**	**4**	**218**
Chaco	1	13	0	16	0	0	0	3	0	0	2	1	0	12	0	1	49
Corrientes	0	2	0	14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	21
Formosa	0	16	0	96	1	3	1	1	0	0	2	1	0	14	3	3	141
Misiones	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	7
NOA	**1**	**134**	**3**	**529**	**0**	**3**	**6**	**11**	**0**	**2**	**6**	**11**	**0**	**76**	**9**	**13**	**804**
Catamarca	0	13	0	87	0	1	0	1	0	0	0	2	0	8	0	0	112
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	3	0	0	0	4	0	5	1	0	65
Salta	1	30	0	161	0	2	3	1	0	2	0	1	0	27	6	9	243
Santiago del Estero	0	2	0	17	0	0	0	1	0	0	0	0	0	14	0	1	35
Tucumán	0	53	0	125	0	0	0	3	0	0	6	4	0	20	2	2	215
Sur	**3**	**43**	**0**	**154**	**0**	**1**	**4**	**5**	**1**	**1**	**2**	**1**	**0**	**40**	**0**	**2**	**257**
Chubut	0	5	0	23	0	0	2	1	0	0	0	0	0	4	0	1	36
La Pampa	0	9	0	50	0	0	0	3	0	1	0	0	0	15	0	0	78
Neuquén	0	16	0	46	0	1	1	0	1	0	2	1	0	8	0	1	77
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	408	9	1718	2	14	25	70	13	10	60	91	1	376	28	43	2873

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 256 casos en la SE21. A partir de la SE23, se observó una tendencia descendente hasta la SE32, seguida de un ligero aumento que alcanzó los 60 casos en la SE34.

En cuanto a la distribución por tipo y subtipo viral, Influenza A(H3N2) fue el subtipo predominante durante la mayor parte del período analizado, con un descenso sostenido a partir de la SE23. Influenza B se detectó a lo largo de todas las semanas epidemiológicas, con un aumento de su proporción hacia las últimas semanas a expensas del descenso de Influenza A, concentrando más del 50% de los casos recibidos a partir de la SE28 y más del 80% desde la SE31. Por su parte, Influenza A(H1N1) se detectó de manera esporádica hasta la SE19.

Gráfico 7. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE38, Año 2026[12]

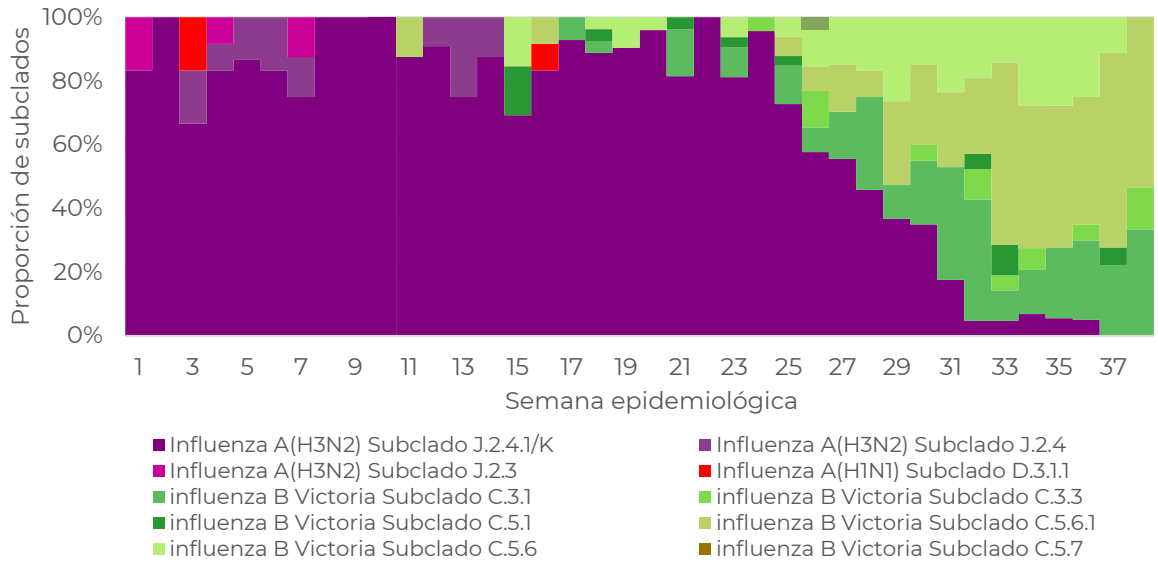


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

Se realizó la caracterización genómica de 669 muestras de Influenza: 422 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 245 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.5.6.1 (37%), C.3.1 (29%) y C.5.6 (24%). Las restantes secuencias correspondieron a los subclados C.3.3 (5%), C.5.1 (4%) y C.5.7(<1%).

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

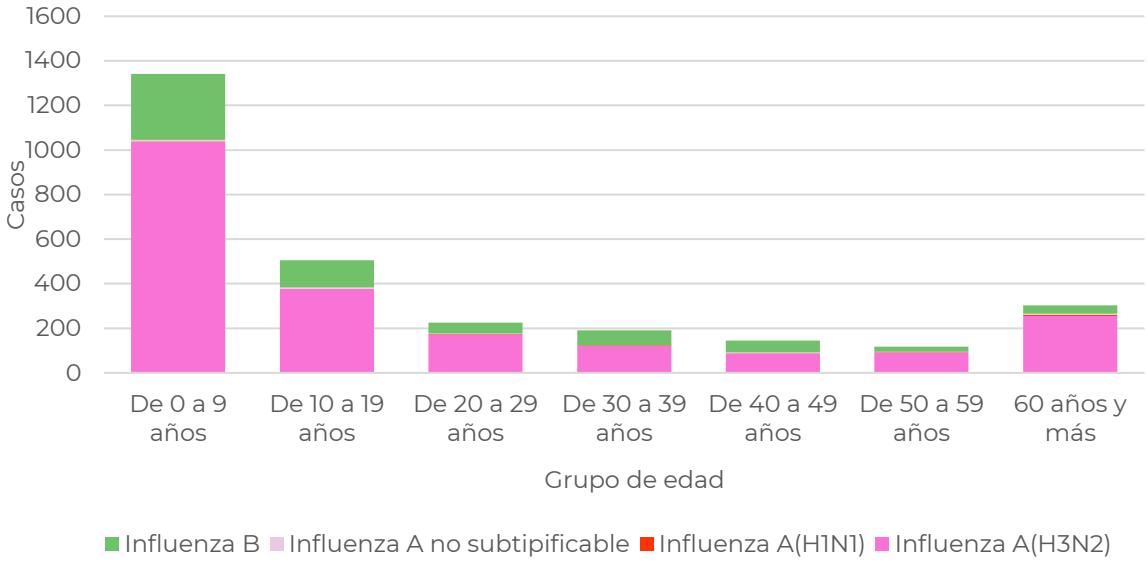
Gráfico 8. Distribución proporcional de casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE38 Año 2026.



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 47%; y dentro de este grupo, el 35% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (18%) y 60 años y más (11%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2). Influenza B Victoria se detectó en todos los grupos etarios, concentrándose el 64% de los casos en los menores de 20 años.

Gráfico 9. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo y subtipo según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE38, Año 2026.

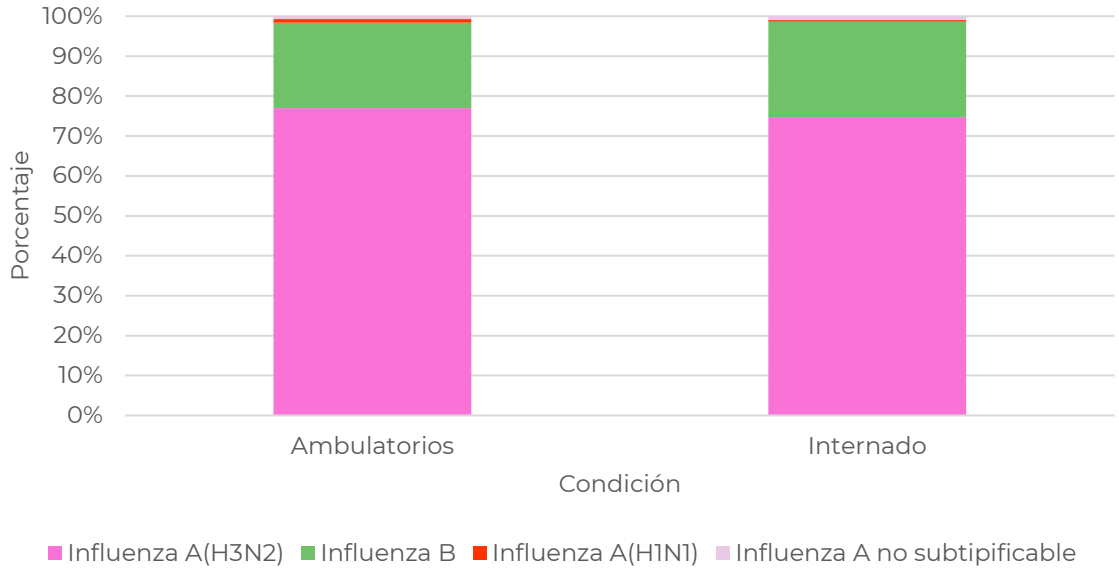


Fuente: Elaboración del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, predominó Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios (76%) como en internados (73%). Influenza B representó el 21% de los casos recibidos en el LNR entre los pacientes

ambulatorios y el 23% entre los internados, mientras que Influenza A(H1N1) se registró en una proporción muy baja en ambos grupos.

Gráfico 10. Distribución proporcional de tipos y subtipos según condición clínica de los casos. SE1 a SE38, 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 derivación para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

Caracterización de virus Influenza:

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

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

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

Definiciones:

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

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

Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2026:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf.

III.7. 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.8. 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.9. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[13],[14] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de

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

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

mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[15],[16] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.
En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.

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

*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf

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

IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

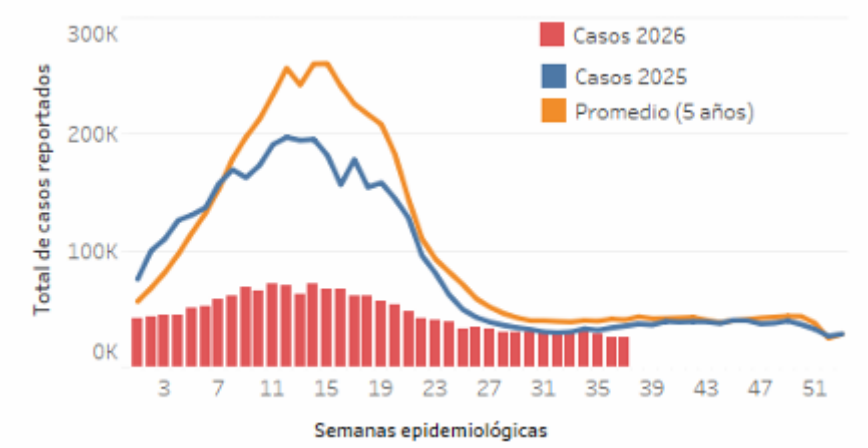
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Informe de la situación epidemiológica del dengue en los países endémicos de las Américas actualizado el 9 de octubre.

A la semana epidemiológica (SE) 37 del 2026, se reportan en la Región de las Américas un total de 1.724.675 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 264 casos por 100.000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 56% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 63% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 37.

De los 1.724.675 casos de dengue reportados en las Américas, 532.460 casos (30%) fueron confirmados por laboratorio y 3414 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 570 muertes por dengue, para una letalidad del 0.033%.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 37 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

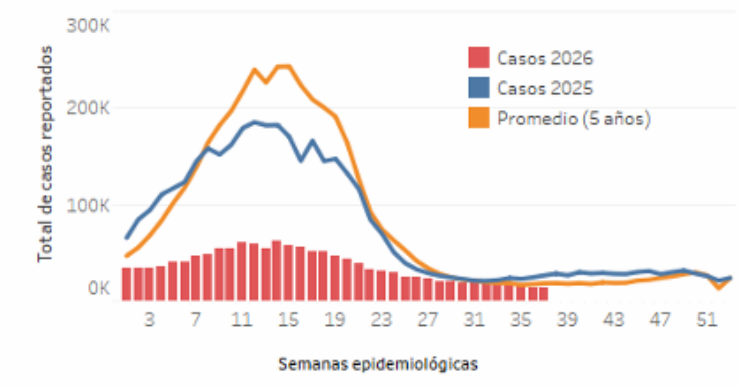
En la SE 37, se notificaron casos de dengue en 18 países y territorios de la Región. Estos países suman, en conjunto, 25.498 nuevos casos sospechosos de dengue, de los cuales 63 fueron clasificados como dengue grave (0,2%), y se reportaron 2 muertes, con una letalidad de 0.008%.

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 13,996 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 37. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 62% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 67% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 37 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 37, 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)[17] y el ARBO-portal[18] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 15/10/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 39 de 2026 se notificaron 1.331.898 casos de dengue, de los cuales 356.432 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 75% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 348 fallecidos. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 39, se reportaron un total de 133.490 casos. De ellos, 56.030 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 46% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 54 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 36 se registraron 12.682 casos, de los cuales 641 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 61%. 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, dos 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 38/2026 se registraron un total de 10.494 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 38/2026 se reportaron un total de 63.407 casos de dengue, de los cuales 49.650 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa un aumento del 60% en comparación con la misma semana epidemiológica del 2025. Se registraron 71 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 36/2026 se notificaron 3 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 notificaron cuatro casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

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

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

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[19].

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 SE40/2026, 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 SE 40/2026 se notificaron dos nuevos casos con antecedente de viaje. Desde el inicio de la temporada, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) un total de **1.014** casos sospechosos de dengue, de los cuales seis fueron confirmados, todos con antecedente de viaje.

De los casos confirmados, tres corresponden a residentes de la provincia de Buenos Aires, con antecedentes de viaje a Brasil y Ecuador e identificación del serotipo DENV-3; uno a un residente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con antecedente de viaje a Perú y serotipo

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

aún no identificado; uno a un residente de Santa Fe, con antecedente de viaje a Perú e identificación de DENV-3; y el restante a un residente de Santa Cruz, con antecedente de viaje a Costa Rica e identificación del serotipo DENV-2.

Por otra parte, nueve casos fueron clasificados como probables sin antecedente de viaje, correspondientes a residentes de las provincias de Salta, Catamarca, Corrientes y Buenos Aires, y continúan en investigación; 600 casos fueron descartados y 397 permanecen en estudio.

Esta tendencia sugiere una interrupción de la transmisión viral autóctona sostenida en el territorio nacional; no obstante, estos registros iniciales no permiten anticipar la magnitud de la temporada y 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 SE40/2026. 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	1	3	1	DENV-3	30	47	82	3
CABA	0	0	1	0		6	16	23	1
Córdoba	0	0	0	0		10	31	41	0
Entre Ríos	0	0	0	0		16	9	25	0
Santa Fe	0	0	1	0		33	35	69	1
Total Centro	**0**	**1**	**5**	**1**		**95**	**138**	**240**	**5**
Mendoza	0	0	0	0		0	1	1	0
San Juan	0	0	0	0		1	0	1	0
San Luis	0	0	0	0		3	1	4	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**		**4**	**2**	**6**	**0**
Chaco	0	0	0	0		5	36	41	0
Corrientes	0	4	0	0		5	6	15	0
Formosa	0	0	0	0		385	0	385	0
Misiones	0	0	0	0		48	0	48	0
Total NEA	**0**	**4**	**0**	**0**		**443**	**42**	**489**	**0**
Catamarca	0	1	0	0		0	4	5	0
Jujuy	0	0	0	0		29	15	44	0
La Rioja	0	0	0	0		1	11	12	0
Salta	0	3	0	0		20	76	99	0
S. del Estero	0	0	0	0		1	28	29	0
Tucumán	0	0	0	0		0	76	76	0
Total NOA	**0**	**4**	**0**	**0**		**51**	**210**	**265**	**0**
Chubut	0	0	0	0		2	1	3	0
La Pampa	0	0	0	0		2	4	6	0
Neuquén	0	0	0	1		0	0	1	0
Río Negro	0	0	0	0		0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	1	0		3	0	4	1
T. del Fuego	0	0	0	0		0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**1**	**1**		**7**	**5**	**14**	**1**
Total País	**0**	**9**	**6**	**2**	**DENV-3**	**600**	**397**	**1014**	**6**

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

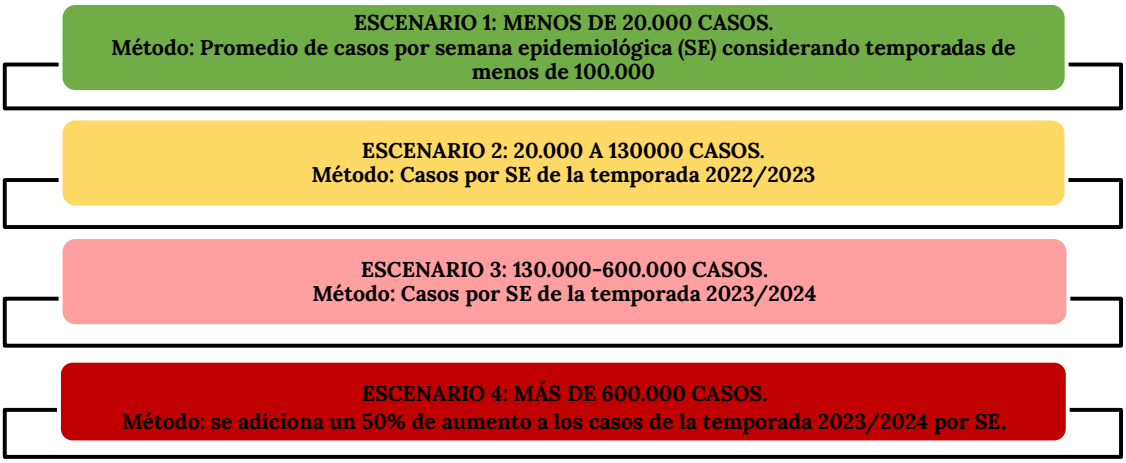
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada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

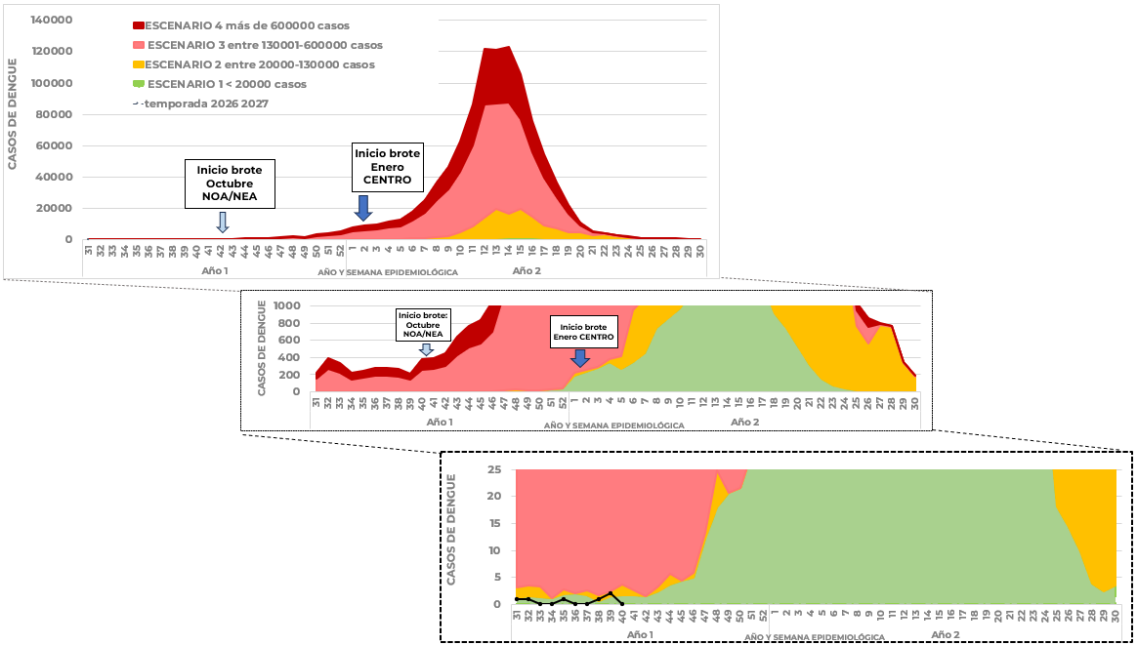
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan la curva de la nueva temporada 2026-2027 (n=6) y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Al día de hoy se notificó una cantidad baja de casos confirmados y no se han confirmado casos autóctonos, pero continúan probables y sospechosos en investigación. Es importante destacar que estos registros iniciales no permiten anticipar la magnitud de la temporada (Gráfico 4).

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



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

Gráfico 4. Dengue: Casos de dengue[20] por semana epidemiológica. Años 2022-2026. Argentina.



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

IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Con la SE 31/2026 se inicia la nueva temporada epidemiológica 2026/2027 para la vigilancia de Fiebre Chikungunya. Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 239 casos sospechosos. De ellos, 1 fue confirmado en el departamento de Orán, Salta, con procedencia de Bolivia; 4 fueron clasificados como probables de la provincia de Salta (departamentos Gral. San Martín y Orán) que se encuentran aún en investigación, 44 fueron descartados y 190 permanecen en estudio como casos sospechosos en estudio.

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

Un caso probable de la provincia de Salta fue **reclasificado 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 SE40/2026. 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	5	4	9	0
CABA	0	0	0	0	0	1	1	0
Córdoba	0	0	0	0	0	25	25	0
Entre Ríos	0	0	0	0	0	5	5	0
Santa Fe	0	0	0	0	0	5	5	0
Total Centro	**0**	**0**	**0**	**0**	**5**	**40**	**45**	**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	15	15	0
Corrientes	0	0	0	0	0	1	1	0
Formosa	0	0	0	0	0	1	1	0
Misiones	0	0	0	0	3	0	3	0
Total NEA	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**17**	**20**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	2	2	0
Jujuy	0	0	0		20	7	27	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	4	1	0	16	55	76	1
S. del Estero	0	0	0	0	0	6	6	0
Tucumán	0	0	0	0	0	63	63	0
Total NOA	**0**	**4**	**1**	**0**	**36**	**133**	**174**	**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**	**4**	**1**	**0**	**44**	**190**	**239**	**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 caso confirmado correspondiente 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 SE40/2026).

Encefalitis Arbovirales

Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **68** casos sospechosos de fiebre **Encefalitis de San Luis** y **12** 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 **17** 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 **50** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

Fiebre Amarilla

Durante la temporada en curso **se notificó 1 casos sospechosos** de Fiebre Amarilla que se encuentra actualmente descartado. 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.

INFORMES **ESPECIALES**

V. Informe final de vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* durante la temporada 2025-2026

V.1. Vigilancia entomológica

La vigilancia entomológica tiene como objetivo central el estudio y monitoreo de poblaciones de insectos de interés sanitario, con el fin de determinar su abundancia (directa o indirecta), estudiar la dinámica poblacional y analizar las variaciones espacio temporales desde una perspectiva eco-epidemiológica.

El mosquito *Aedes aegypti* constituye el principal vector de dengue, chikungunya, Zika y fiebre amarilla en Argentina. Asimismo, es potencial vector de otras enfermedades emergentes como el virus Mayaro. La vigilancia entomológica de esta especie busca establecer el período reproductivo del vector en las distintas regiones del país, detectar picos de abundancia poblacional, monitorear la expansión de su rango de distribución, desarrollar análisis de riesgo entomológico y evaluar el impacto de las acciones de prevención y control vectorial.

Con los objetivos previamente descritos, se establecieron dos métodos principales de vigilancia entomológica de *Ae. aegypti*: mediante **sensores de oviposición** y a través de **índices larvarios** calculados a partir de las acciones de control focal llevadas adelante en las jurisdicciones.

V.1.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA DE *AEDES AEGYPTI* MEDIANTE SENSORES DE OVIPOSICIÓN

Establecimiento y evolución de la Red Nacional de Vigilancia Entomológica

La Red Nacional de Vigilancia Entomológica (RNVE) se estableció formalmente en septiembre de 2024. Se trata de una iniciativa impulsada y coordinada desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZyCETV) del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), en articulación con las jurisdicciones y municipios. Su propósito es sistematizar, centralizar y producir información sobre la vigilancia entomológica del mosquito transmisor del dengue y otras arbovirosis, *Ae. aegypti*.

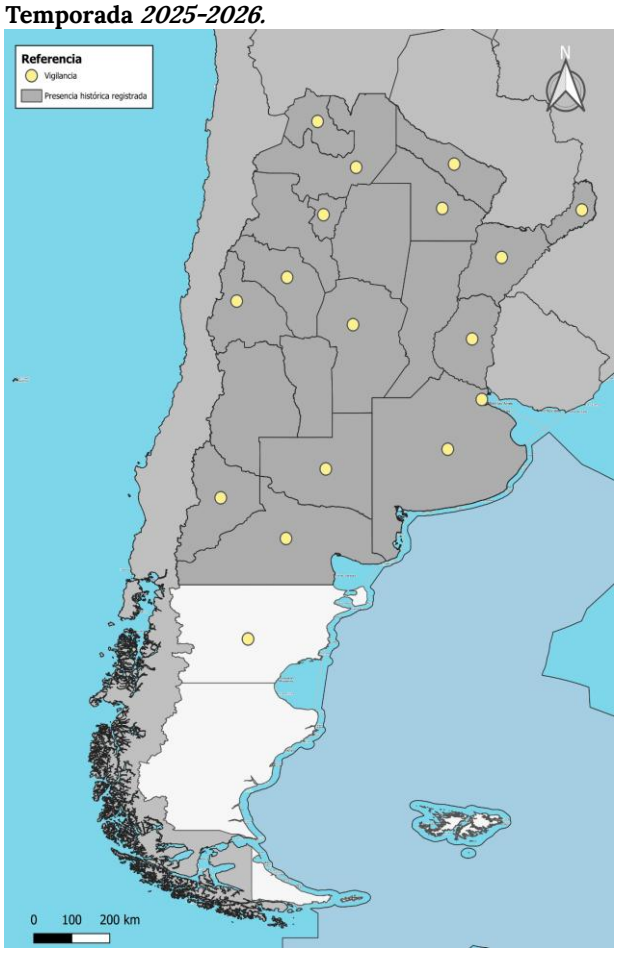
La RNVE permite compartir y disponer de información entomológica actualizada y accesible para la toma de decisiones oportuna en relación a las estrategias de prevención y control de dengue. Asimismo, permite monitorear el proceso de expansión de las fronteras de distribución sur y oeste del vector en nuestro país como posible consecuencia de las variaciones climáticas y ambientales asociadas al cambio climático.

Actualmente, la RNVE cuenta con información proveniente de las 5 regiones del país (NOA, NEA, Centro, Cuyo y Sur). Los datos corresponden a 79 localidades centinelas ubicadas en 17 jurisdicciones: Buenos Aires, CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rio, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan y Tucumán (Mapa 1). El sostenimiento de las tareas de vigilancia es realizado en algunas localidades por personal nacional asentado en las Bases Nacionales, dependientes del MSAL, y en otros casos por personal jurisdiccional o local. Es importante destacar que existen algunas jurisdicciones que, si bien realizan vigilancia entomológica, no reportan los datos a la RNVE.

Por otra parte, el período temporal en el cual se sostiene el monitoreo depende de la región. En algunos casos, se mantiene durante todo el año mientras que en otros, es interrumpido temporalmente durante el período invernal por considerarse que las condiciones climáticas

resultan incompatibles con la presencia de ejemplares adultos y la actividad reproductiva de las hembras.

Mapa 1. Jurisdicciones con localidades centinelas de la Red Nacional de Vigilancia Entomológica de *Ae. aegypti.* Argentina. Temporada *2025-2026.*



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV.

Las jurisdicciones sombreadas son aquellas que registran presencia del vector en al menos una localidad.

La RNVE utiliza dos indicadores principales para analizar la información recolectada:

- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).

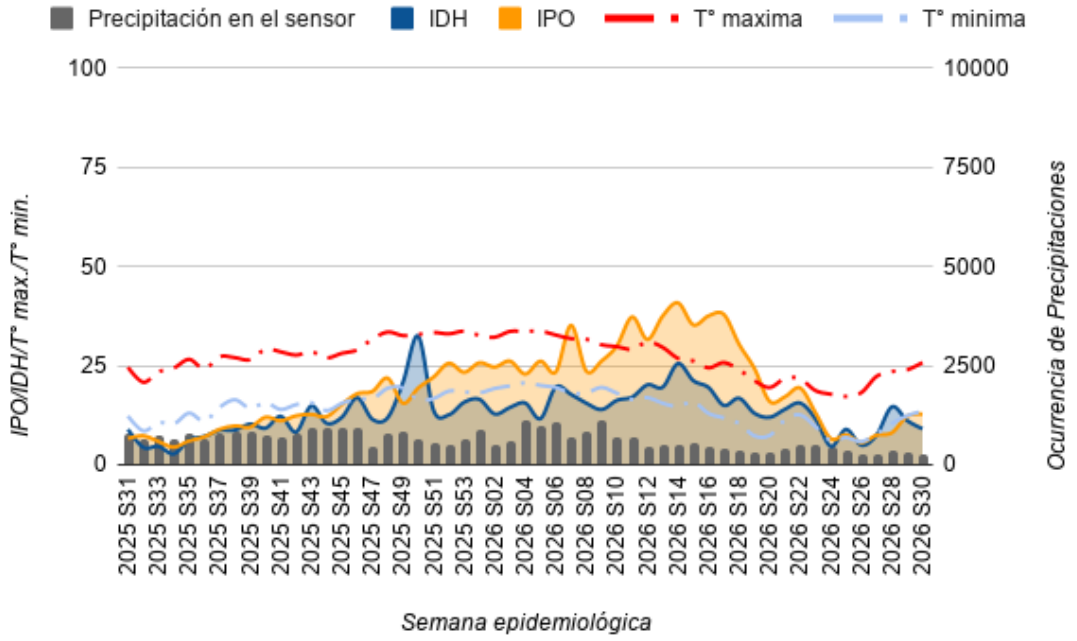
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando información indirecta sobre la densidad aproximada del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

V.2. Evolución nacional y regional del IPO y el IDH

A nivel nacional, desde el inicio de la temporada 2025-2026 de arbovirosis (Semana Epidemiológica 31; SE), se registró actividad reproductiva de *Ae. aegypti* con valores del IPO coincidentes con un riesgo entomológico bajo, situación que se mantuvo hasta el fin de temporada (Gráfico 1). El pico de actividad se registró a nivel nacional en la SE 14, momento en el que el IPO estuvo cerca de superar el umbral de riesgo entomológico moderado

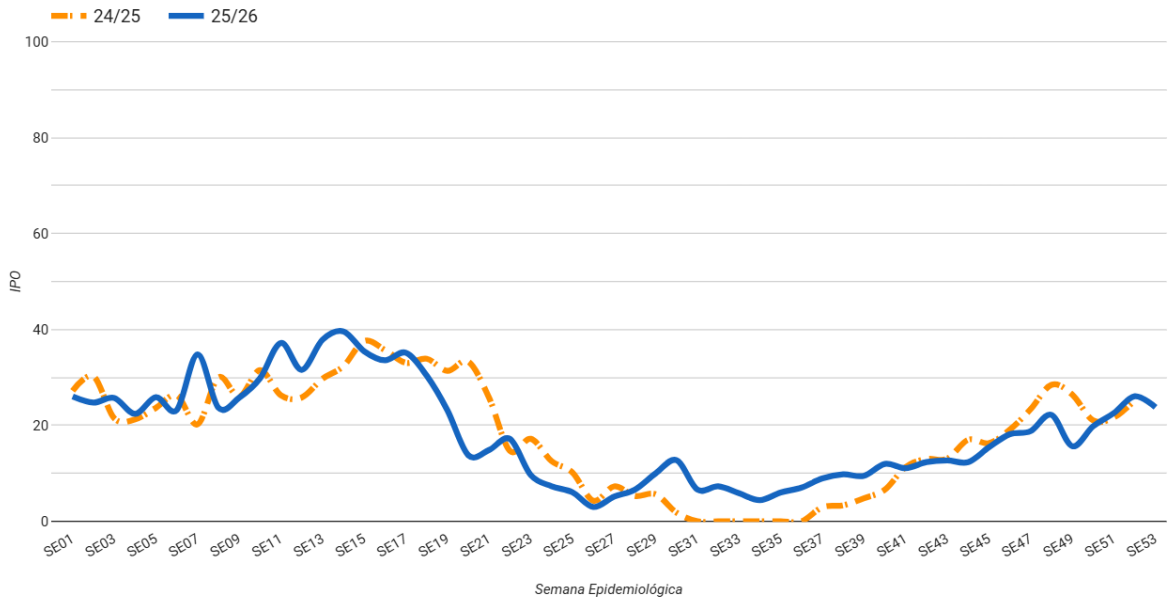
(IPO=39,6). A partir de entonces, se observó un descenso del indicador coincidente con la disminución de las temperaturas registradas, con un descenso particularmente marcado durante el inicio del invierno.

Gráfico 1. Evolución del Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) y el Índice de Densidad de Huevos (IDH) a nivel nacional según semana epidemiológica. Argentina. Temporada 2025-2026.



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

Gráfico 2. Evolución del IPO a nivel nacional. Argentina. Temporadas 2024-2025 y 2025-2026.



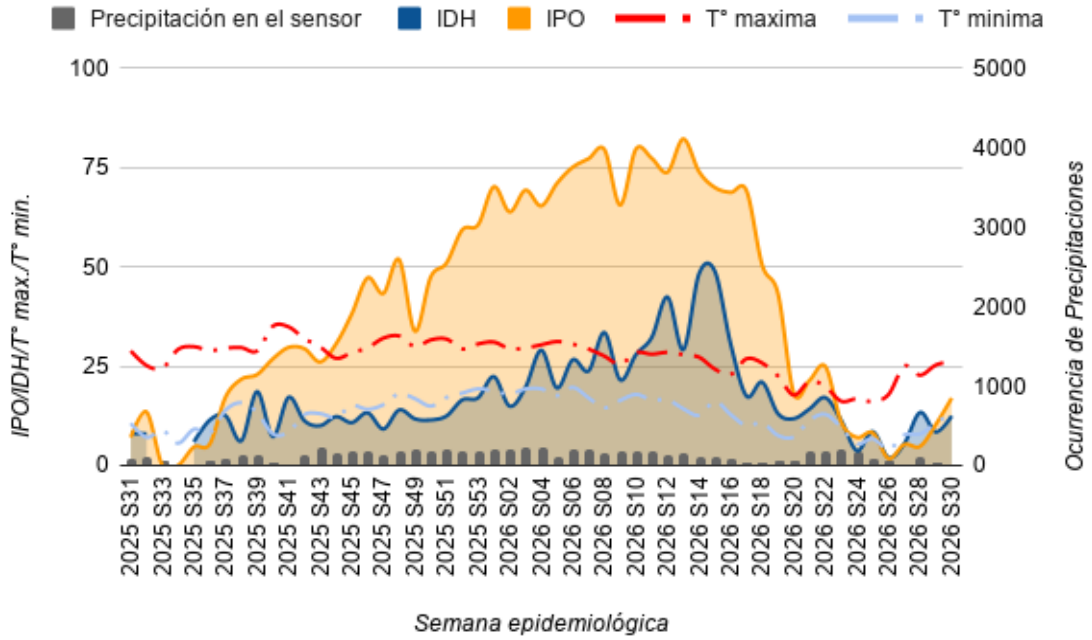
Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

Al comparar las curvas del IPO a nivel nacional para la temporada 2025-2026 y la temporada 2024-2025, se observa en general una tendencia similar, con picos de actividad reproductiva entre las SE48 y SE14/15 (Gráfico 2). Durante la temporada 2025-2026, se observó un adelantamiento de la caída del IPO, que se registró a partir de la SE17 (fines de abril) mientras

que en la temporada anterior había ocurrido a partir de la SE20 (mediados de mayo). Por otro lado, durante la temporada 2024-2025 se observó una interrupción en el registro de actividad reproductiva durante las SE 31-37, mientras que en la temporada 2025-2026 no hubo ninguna SE en la que el IPO nacional fuera 0. Es importante destacar que esta diferencia podría deberse a la inclusión de nuevas localidades en la RNVE. El período de menor actividad en ambas temporadas se registró durante los meses invernales, en coincidencia con el descenso de temperaturas registrado, particularmente de las temperaturas mínimas.

En la **región NOA** (Gráfico 3), se detectó positividad de los sensores en la SE31 (2025), aunque luego se produjo una negativización de los mismos durante las SE33 y 34, marcando una interrupción de la actividad reproductiva o su disminución a valores mínimos. A partir de la SE 35, se observó un aumento en el IPO que se sostuvo hasta la SE 13 (2026), momento en el cual se inicia el período descendente. Durante la temporada analizada, la región superó el límite de riesgo entomológico moderado a partir de la SE 46 (2025) y de riesgo entomológico alto desde la SE 05 (2026), situación que se extendió hasta la SE 17. A partir de ese momento, se confirma un descenso en el registro de actividad reproductiva del vector. Es importante destacar que, contrariamente a lo registrado en la temporada 2024-2025, durante la temporada 2025-2026 no se observó una continuidad de la actividad durante toda la temporada. En relación al IDH, mostró una tendencia similar que el IPO, con picos máximos de productividad durante las SE 11 y SE 15, aunque en este caso el descenso se observó desde la SE 16 de 2026.

Gráfico 3. Evolución del Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) y el Índice de Densidad de Huevos (IDH) para la región NOA según SE para la temporada 2025-2026.

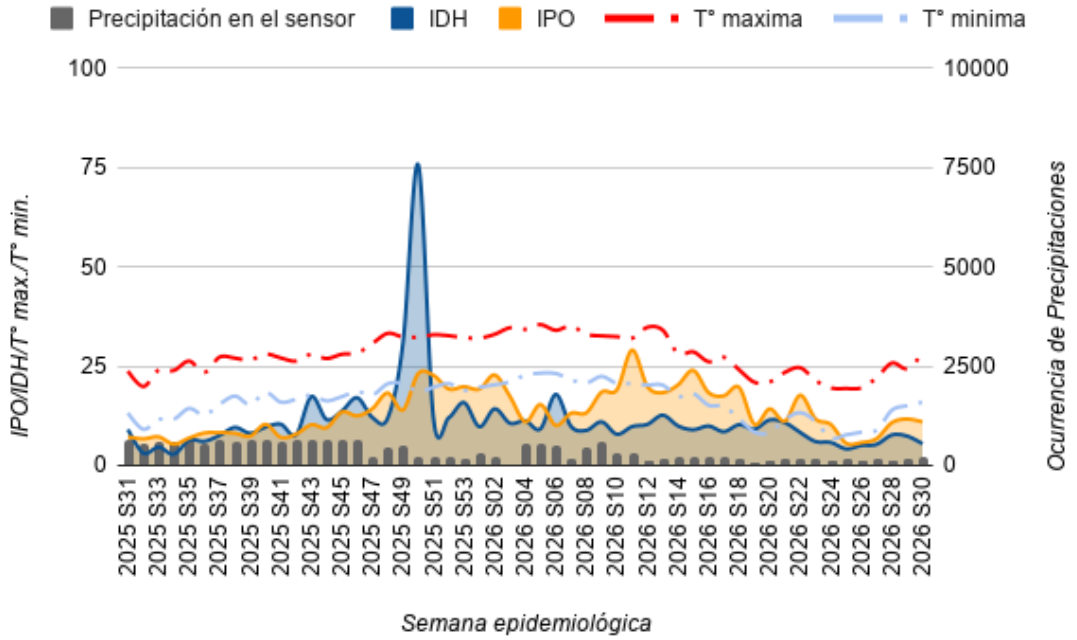


Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

En el caso de la **región NEA**, el IPO evidenció una tendencia más uniforme con valores inferiores a los observados en NOA (Gráfico 4). El IPO se mantuvo durante toda la temporada en valores correspondientes a riesgo entomológico bajo, sin superar el umbral del 40%, con picos menos marcados en las SE 11 y 15. Es importante destacar que, si bien presentó valores inferiores al NOA, en el caso de NEA se registró actividad reproductiva durante todas las semanas de la temporada 2025-2026, sugiriendo condiciones favorables para el desarrollo de un ciclo endémico. En relación al IDH, se aprecia una tendencia similar, con un pico

marcado en la SE 50 que refleja un aumento temporal de la productividad en Chaco y Corrientes (Gráfico 4).

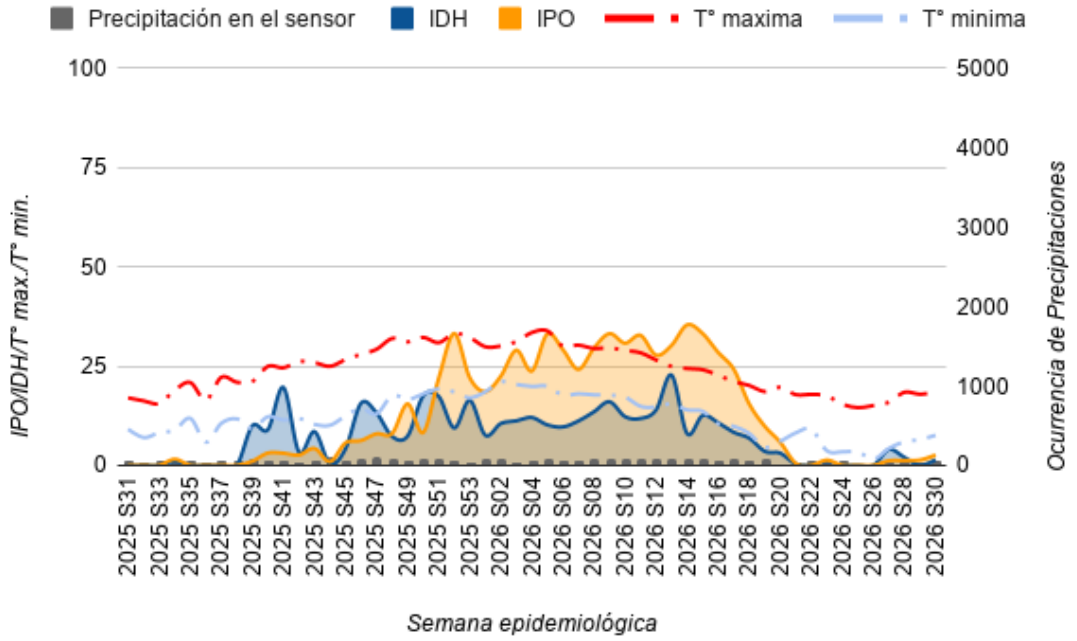
Gráfico 4. Evolución del Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) y el Índice de Densidad de Huevos (IDH) para la región NEA según SE. Argentina. Temporada 2025-2026.



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

En la **región Centro**, los sensores no evidenciaron actividad reproductiva de *Ae. aegypti* entre la SE 31 y la SE 39, a excepción de un único sensor positivo registrado durante la SE 34 en CABA (Gráfico 5). A partir de la SE 40, se observó una tendencia ascendente del IPO alcanzando valores máximos entre la SE 52 (2025) y la SE 14 (2026). Desde la SE 16, vuelve a observarse una tendencia descendente, coincidente con el descenso de las temperaturas, hasta alcanzar la negativización de los sensores en la SE 22. La región se mantuvo en una situación de riesgo entomológico bajo durante toda la temporada. En relación al IDH, sus valores fueron bajos, aumentando en algunos casos durante los picos del IPO (Gráfico 5).

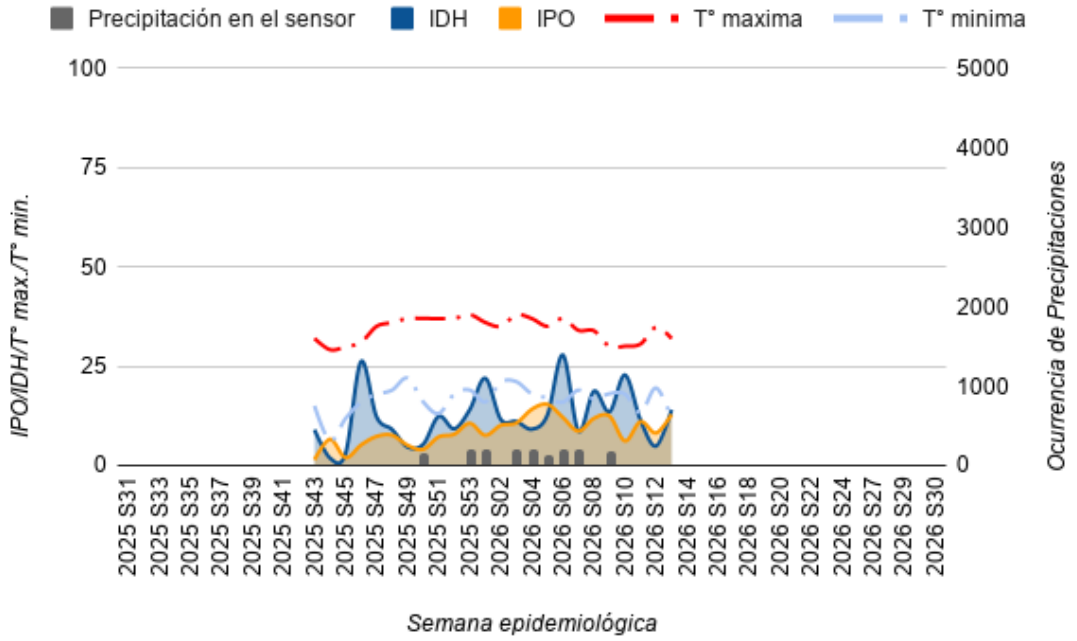
Gráfico 5. Evolución del Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) y el Índice de Densidad de Huevos (IDH) para la región Centro según SE. Argentina. Temporada 2025-2026.



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

En el caso de la **región Cuyo**, los sensores se colocaron durante la SE 43 (Gráfico 6). Los mismos mostraron positividad durante todo el período de muestreo (SE 43 - SE 13), aunque los valores alcanzados fueron bajos en comparación a otras regiones (IPO<20%). Los valores se mantuvieron constantes sin picos destacados. Sin embargo, el IDH presentó valores elevados. Esto podría deberse a una menor disponibilidad de criaderos en relación a otras regiones así como también a condiciones ambientales menos favorables (menores precipitaciones, menor humedad relativa) que podrían concentrar la actividad en menos recipientes. Los datos para esta región se presentan hasta la SE13, momento en el cual se interrumpió la vigilancia entomológica en la zona.

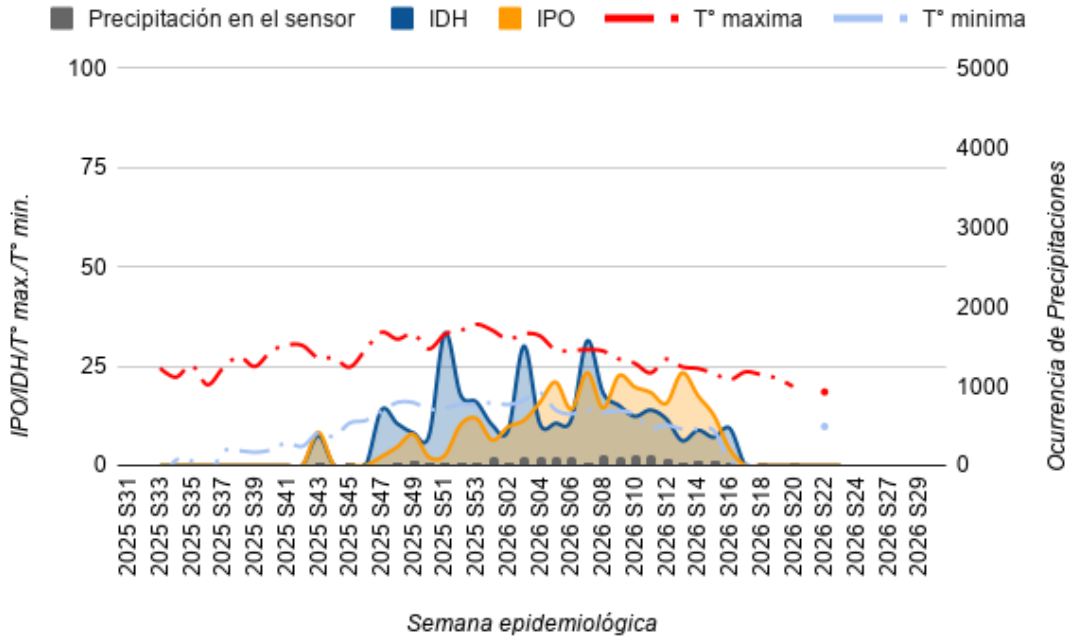
Gráfico 6. Evolución del Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) y el Índice de Densidad de Huevos (IDH) para la región Cuyo según SE. Argentina. Temporada 2025-2026.



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

En la **región Sur**, la vigilancia se inició en la SE 33 (Gráfico 7). Hasta la SE 43, no se detectaron sensores positivos en ninguna jurisdicción, coincidiendo con un período de temperaturas bajas. En la SE 43 se detectó un primer registro positivo aunque se trató de un hallazgo esporádico. Recién a partir de la SE 47 (2025) se inicia la actividad reproductiva sostenida del vector en la región, la cual se mantuvo hasta la SE 17 (2026), permaneciendo durante toda la temporada con un riesgo entomológico bajo. A partir de la SE 17, se confirma la interrupción de la actividad reproductiva dado que los sensores permanecieron negativos en todas las jurisdicciones, en coincidencia con el descenso de las temperaturas mínimas. En el caso de la Provincia de Chubut, no se registró actividad reproductiva, confirmando la ausencia de poblaciones de *Ae. aegypti*. En relación al IDH, los valores acompañaron la tendencia del IPO, mostrando niveles mayores en relación a otras regiones de similar abundancia/presencia del vector. Este comportamiento podría deberse a una menor disponibilidad de criaderos que concentran la actividad de oviposición de las hembras, en un área con una población más reducida y de reciente establecimiento.

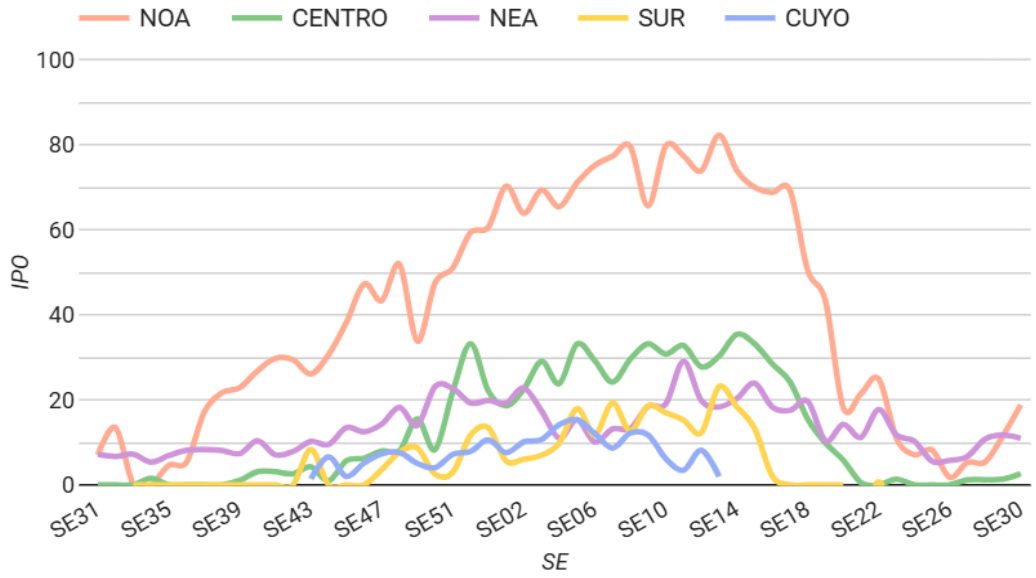
Gráfico 7. Evolución del Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) y el Índice de Densidad de Huevos (IDH) para la región Sur según SE. Argentina. Temporada 2025-2026.



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

En el Gráfico 8 se puede observar la evolución del IPO para todas las regiones evaluadas, de acuerdo a la cobertura temporal de la vigilancia entomológica de *Ae. aegypti* en cada una de ellas.

Gráfico 8. Evolución del Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO) para todas las regiones de Argentina. Temporada 2025-2026.



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

La región NOA mostró mayores índices que el resto de las regiones monitoreadas durante toda la temporada, seguida por la región Centro y NEA, respectivamente. Los mayores índices registrados en NOA con respecto a NEA, podrían deberse a una variedad de factores ambientales, entomológicos, ecológicos y sociales que sería oportuno abordar. A pesar de presentar niveles más bajos, la región NEA evidenció curvas más estables y una continuidad

de la actividad reproductiva durante todo el año, confirmando el potencial endémico de la región.

Resulta interesante destacar la preponderancia de las jurisdicciones del Centro, una región que presenta poblaciones vectoriales establecidas más recientemente que las halladas en el NOA o NEA. Durante los últimos brotes de dengue, se observó un aumento significativo de los casos provenientes de la región Centro. La misma concentra mayor cantidad de población susceptible en relación a otras áreas que sufrieron brotes históricos de dengue y otras arbovirosis a partir de la primera epidemia post reintroducción del vector desarrollada en Tartagal (Provincia de Salta) en 1997-1998.

A partir de la SE 16, la detección de actividad reproductiva en las regiones Cuyo y Sur se vio interrumpida. En el caso de la región Centro, la actividad se interrumpió en algunas jurisdicciones mientras que en otras presentó registros esporádicos, a partir de la SE 21. Por primera vez, existieron registros positivos durante la temporada invernal confirmando un viraje en la dinámica poblacional de la especie en las zonas templadas de nuestro país. Esta tendencia, asociada a los cambios ambientales y climáticos y reportada por la bibliografía, difiere de los registros históricos en la zona, que señalaban que las poblaciones vectoriales permanecían como huevos durante el invierno y emergían recién hacia fines de la primavera con el consecuente aumento de temperaturas registrado. Actualmente, se detecta actividad de oviposición baja que denota que al menos una fracción de la población logra completar su ciclo de vida durante este período. Asimismo, es importante abordar la ocurrencia de "overwintering", fenómeno por el cual una fracción de la población permanece durante la temporada invernal como estadios inmaduros (larvas).

Es interesante destacar que, por segundo año consecutivo, la actividad de *Ae. aegypti* en la región Sur mostró valores del IPO similares a los hallados en la región Cuyo, confirmando que, aunque su establecimiento fue más reciente, dichas poblaciones alcanzan indicadores poblacionales (indirectos) similares o mayores que los detectados en otras localidades con poblaciones más antiguas.

V.3. Vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* por índices larvarios

La vigilancia entomológica de *Ae. aegypti* se realiza también mediante el cálculo de distintos índices larvarios, obtenidos a partir de los datos relevados en las acciones de prevención y control vectorial en viviendas y establecimientos público/privados. Dichas acciones son llevadas adelante por el personal técnico especializado de las Bases Nacionales de Control de Vectores dependientes del MSAL en conjunto con personal provincial y/o local, según la jurisdicción. En dichas acciones se releva la ocurrencia de contenedores con estadios inmaduros de *Ae. aegypti* (larvas y pupas), así como también la presencia de contenedores negativos. Asimismo, se registra el tipo de criadero y el resultado de las intervenciones realizadas (eliminación o neutralización de los mismos, según corresponda). Las acciones de prevención y control realizadas en terreno desde el MSAL se concentran principalmente en NEA y NOA, dado que las Bases Nacionales se encuentran ubicadas en las jurisdicciones de estas regiones, históricamente más afectadas por enfermedades de transmisión vectorial.

A partir de esta información recabada en terreno, se pueden calcular tres índices larvarios que permiten evaluar la situación de la localidad y estimar su riesgo entomológico:

- Índice de vivienda: (viviendas positivas para *Aedes aegypti* / total de viviendas inspeccionadas) * 100.

(IV<4 Riesgo bajo, 4<IV<35 Riesgo moderado, IV>35 Riesgo alto)

- Índice de recipiente:(recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes) * 100

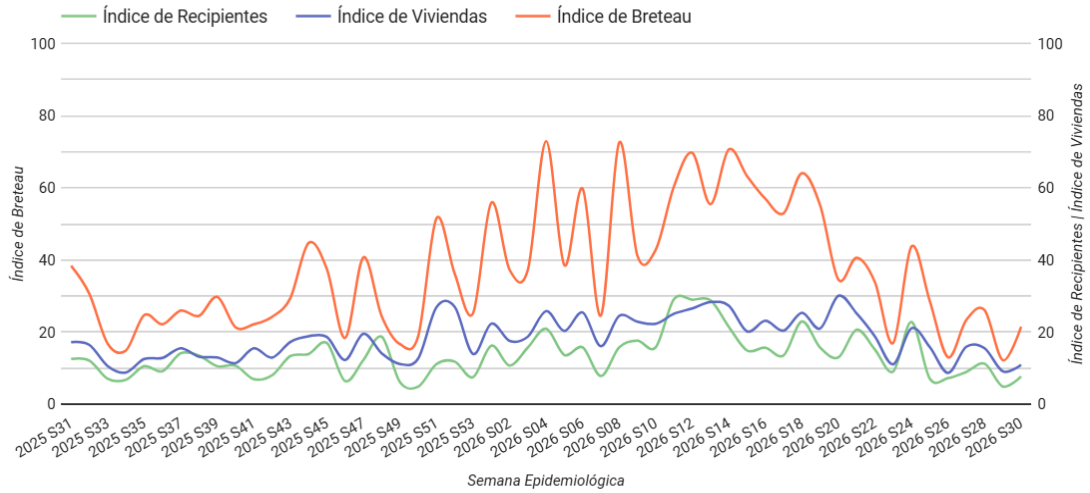
(IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)

- Índice de Breteau: (recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total viviendas inspeccionadas) * 100

(IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

Durante la temporada 2025-2026, los índices larvarios aédicos calculados a nivel nacional para las viviendas presentaron un ascenso a partir de la SE 51 (2025) hasta la SE 18 (2026) donde los valores comienzan a descender (Gráfico 9). Durante este período los registros fluctúan entre una situación de riesgo entomológico alto y moderado. Desde la SE 18, se registró una tendencia descendente, con algunas fluctuaciones, mostrando una situación de riesgo entomológico moderado o bajo (Gráfico 9). Es importante destacar que en ningún momento se observa una negativización de los índices larvarios, evidenciando que en ambas regiones un porcentaje relevante de la población sobrevive al período invernal como estadios inmaduros. Estos datos resultan coincidentes con lo observado mediante los sensores de oviposición. Tanto NOA como NEA evidencian una tendencia favorable para el establecimiento de un ciclo endémico de transmisión de arbovirosis.

Gráfico 9. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU. Argentina. Temporada 2025-2026.



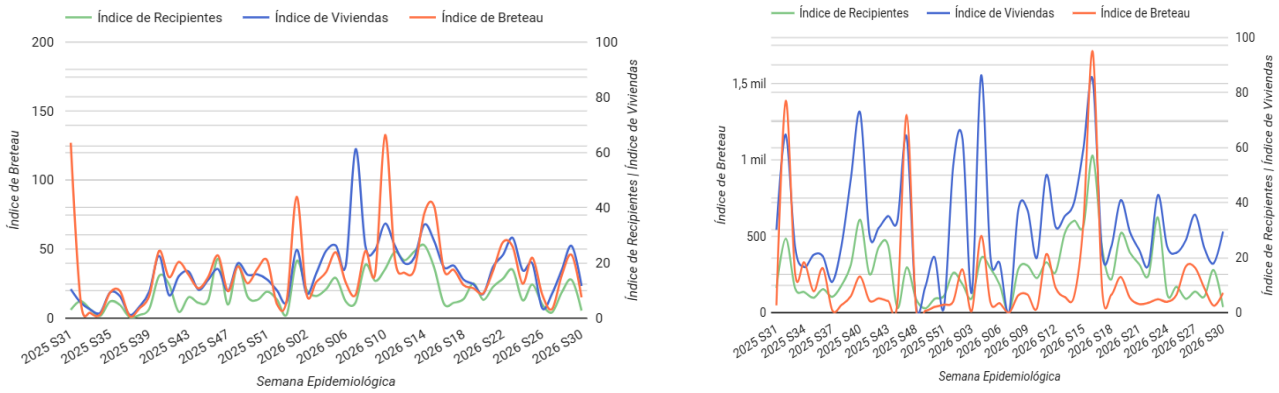
Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

Debido a las variaciones en la abundancia y concentración de criaderos, los índices calculados a partir de los datos relevados en sitios críticos y predios estratégicos se consideraron por fuera de los calculados para las viviendas. En el caso de los sitios críticos, se trata de lugares con alta concentración de criaderos y potenciales criaderos como cementerios, gomerías, depósitos de infraestructura, obras en construcción entre otros. Su inclusión junto a los datos relevados en viviendas genera una sobrestimación de los índices aédicos. En el caso de los predios estratégicos, esta categoría incluye locaciones relevantes en términos epidemiológicos como hospitales, establecimientos educativos, centros deportivos y comunitarios. Si bien no necesariamente presentan una mayor abundancia de criaderos para Ae. *aegypti*, la dinámica entomológica es diferente respecto a lo que se observa en domicilios o peridomicilios.

En el caso de los sitios críticos, se observaron en todos los casos índices más elevados que los registrados en vivienda (entre uno y dos órdenes de magnitud) (Gráfico 10A), incluso en períodos en los cuales la abundancia del vector desciende en las localidades relevadas. Estos hallazgos confirman la relevancia de poder evaluar y realizar acciones de prevención en los sitios críticos. Por otro lado, los valores hallados a partir del relevamiento de predios estratégicos no mostraron variaciones tan marcadas en relación a los datos provenientes de viviendas (Gráfico 10B). Estos resultados pueden explicarse a partir de las estrategias de prevención y control vectorial desplegadas en los predios estratégicos, en coincidencia con las recomendaciones establecidas desde el Ministerio de Salud de la Nación y distintos organismos internacionales.

Gráfico 10. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en: A. Sitios críticos y B. Predios estratégicos. Argentina. Temporada 2025-2026.

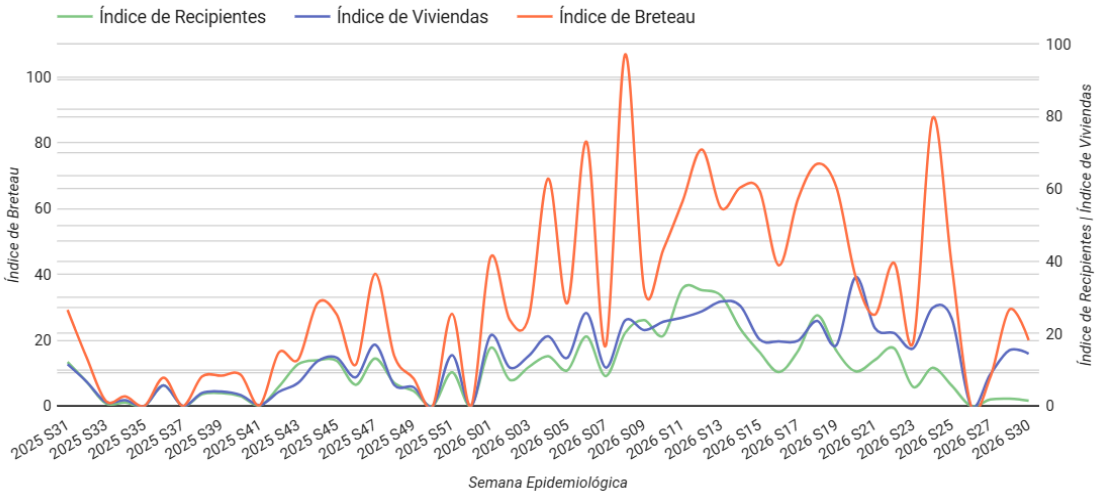
A. **B.**



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que para la región NOA, los índices larvarios empezaron a aumentar de forma consistente a partir de la SE01 (2026) (Gráfico 11) con bastantes oscilaciones posteriores y, en términos generales, valores del IB más elevados que en NEA. Desde la SE24, se apreció una tendencia descendente, aunque también con oscilaciones. De acuerdo al Índice de Breteau, la región presentó riesgo entomológico alto entre las SE04 y la SE24, mientras que el resto de la temporada se mantuvo en niveles de riesgo entomológico moderado. Únicamente, entre las SE 33 y 35 se registró una situación de riesgo bajo, coincidente con las menores temperaturas registradas. Las diferencias halladas en relación a NEA coinciden con los resultados obtenidos a partir de los sensores de oviposición, confirmando una mayor abundancia poblacional (indirecta).

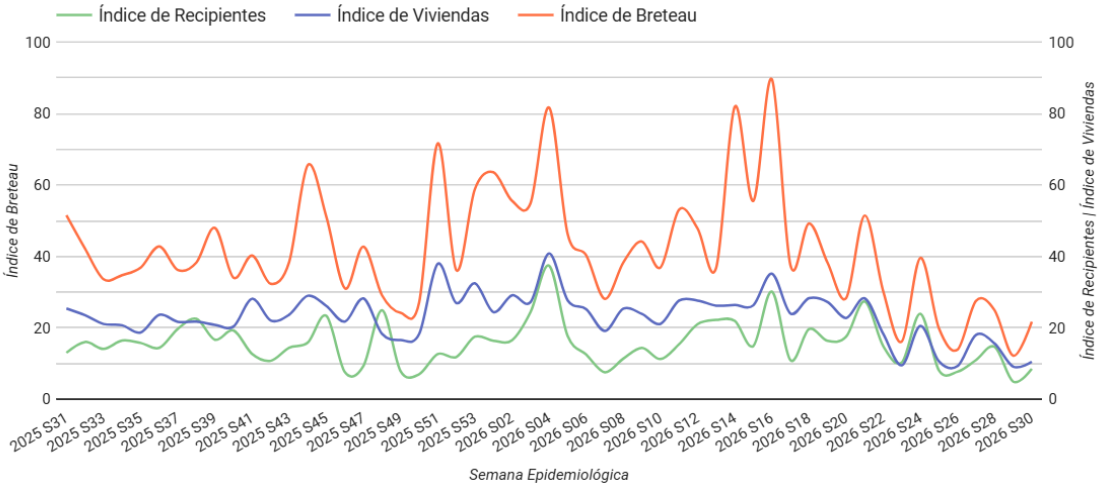
Gráfico 11. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NOA. Argentina. Temporada 2025-2026.



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

Para la región NEA, ya desde la SE 31 de 2025 se registraron índices larvarios elevados con picos de abundancia (indirecta) en las SE44, entre las SE51-04 y SE14-16 (Gráfico 12). La región osciló entre el riesgo entomológico alto y moderado durante toda la temporada de arbovirosis. Desde la SE 23 hasta la SE 30, se mantuvo en un contexto de riesgo entomológico moderado (Gráfico 12), sin descender en ninguna SE a riesgo entomológico bajo.

Gráfico 12. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NEA. Argentina. Temporada 2025-2026.



Fuente: elaboración propia de la DZyCETV a partir de datos de la RNVE.

V.4. Acciones del Ministerio de Salud de la Nación

V.4.A. PREVENCIÓN

Durante la temporada 2025-2026, se llevaron adelante acciones de prevención para dengue y otras arbovirosis en viviendas, sitios críticos y predios estratégicos ubicados en 67 localidades de 9 jurisdicciones (Misiones, Formosa, Corrientes, Chaco, Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero) (Figura 2). Las estrategias de prevención aplicadas incluyeron control focal (inspección de inmuebles para la detección de criaderos y potenciales criaderos de *Ae. aegypti* y acciones de eliminación/neutralización de los

mismos), bloqueo de casos sospechosos de dengue y chikungunya, sensibilización de la población y capacitación en terreno de equipos locales). Durante este período, se visitó un total de 95.909 viviendas en las cuales se detectaron 237.447 recipientes, que presentaron un 9,44% de positividad para estadios inmaduros de *Ae. aegypti* (22.426 recipientes positivos).

En el contexto del brote de chikungunya, establecido en la región NOA a partir del ingreso de casos importados procedentes de Bolivia, se efectuó el bloqueo de 585 casos sospechosos en 4 jurisdicciones (Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero). A partir de estas acciones, se detectaron 163 febriles en la zona. Asimismo, en el contexto de brotes locales se realizó la fumigación espacial con permetrina 10% en 1052 manzanas de 3 jurisdicciones (Salta, Jujuy y Tucumán). Por otra parte, se realizó el bloqueo de 79 casos sospechosos de dengue en localidades de la región NEA pertenecientes a 2 jurisdicciones (Chaco y Misiones). Cabe destacar que las actividades reportadas corresponden a las acciones llevadas adelante por el personal nacional ubicado en las Bases Nacionales dependientes del MSAL.

Figura 1. Acciones de prevención realizadas por el personal de las Bases Nacionales dependientes del Ministerio de Salud de la Nación.



Fuente: fotos de la DZyCETV.

V.4.B. CAPACITACIONES

Se realizaron 14 actividades de capacitación en prevención y control de arbovirosis, alcanzando un total de 1097 personas capacitadas. Las temáticas abordadas fueron: abordaje clínico de dengue y chikungunya, control vectorial de *Ae. aegypti*, uso del entorno RedCap, formas de aplicación de larvicida biológico (BTI) y calibración de máquinas para el rociado con insecticida adulticida. Las personas capacitadas incluyeron personal técnico jurisdiccional y local, equipos de salud de todo el país y técnicos de las Bases Nacionales dependientes del MSAL).

V.4.C. ENTREGA DE INSUMOS

Durante la temporada 2025-2026 se distribuyeron 2280 litros del larvicida biológico *Bacillus thuringiensis* var. *israelensis* (BTI) a las distintas Bases Nacionales y un total de 2340 litros de BTI a 15 jurisdicciones. Este insumo resulta fundamental para las acciones de prevención contra *Ae. aegypti*, en particular para la neutralización de criaderos de *Ae*, *aegypti*, sobre todo, en aquellos que no pueden eliminarse por ser estructurales (canaletas, aljibes, pozos ciegos) o aquellos empleados para el almacenamiento de agua de consumo.

V.5. Consideraciones finales

La vigilancia entomológica de Aedes aegypti durante la temporada 2025-2026 permitió caracterizar la dinámica temporal y regional de la actividad reproductiva del vector en Argentina, a partir de la información obtenida mediante la Red Nacional de Vigilancia

Entomológica de Aedes aegypti (RNVE) y los índices larvarios derivados de las acciones de prevención y control vectorial llevadas adelante por las Bases Nacionales dependientes del MSAL. Los resultados obtenidos reafirman la importancia de sostener y fortalecer estos sistemas de vigilancia como herramientas fundamentales para detectar cambios en la dinámica poblacional del vector, anticipar los momentos de mayor abundancia y planificar oportunamente las intervenciones de prevención y control.

A escala nacional, los registros de oviposición evidenciaron una tendencia estacional, con un incremento de la actividad reproductiva durante los meses cálidos y un descenso hacia el período invernal. En comparación con la temporada 2024-2025, se observó un adelantamiento del descenso del Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO), aunque no se registraron semanas con ausencia total de positividad a nivel nacional. Este comportamiento, junto con la persistencia de índices larvarios positivos durante todo el período analizado, sugiere que, al menos en algunas regiones del país, existen condiciones ambientales para el sostenimiento integral del ciclo de vida durante todo el año. Lo observado en Argentina se encuentra enmarcado en un contexto de cambios ambientales a nivel global que favorecen la expansión de vectores artrópodos y de las enfermedades que dichas especies transmiten.

El análisis a nivel regional evidenció diferencias relevantes en los patrones de actividad de *Ae. aegypti*, reforzando la importancia de contar con un esquema federal de vigilancia. La región NOA presentó los mayores valores de IPO y períodos prolongados de riesgo entomológico moderado y alto, en concordancia con los resultados de los índices larvarios, que mostraron niveles elevados de infestación durante buena parte de la temporada. Por su parte, la región NEA se caracterizó por una actividad reproductiva sostenida durante todo el período analizado y por índices larvarios que oscilaron entre niveles de riesgo moderado y alto. En conjunto, estos resultados indican condiciones favorables para la persistencia del vector y el potencial establecimiento de ciclos endémicos de transmisión de arbovirosis en ambas regiones.

En la región Centro, el incremento de la actividad reproductiva desde la primavera y su posterior descenso durante el otoño siguieron un patrón estacional, aunque se identificaron registros positivos fuera del período de mayor actividad. Estos hallazgos, sumados a la importancia demográfica de la región y a los menores antecedentes de circulación de dengue, destacan la necesidad de fortalecer la vigilancia y las medidas de prevención en áreas con poblaciones susceptibles y presencia establecida del vector. En las regiones Cuyo y Sur, los indicadores mostraron niveles de positividad generalmente bajos, en comparación con el resto del país. Sin embargo, la persistencia de registros positivos en localidades con poblaciones más recientes refuerzan la importancia de mantener la vigilancia entomológica en el límite sur de la actual distribución que, por el momento, continúa siendo la Provincia de Chubut.

La información obtenida mediante los índices larvarios complementó los resultados de los sensores de oviposición y permitió identificar diferencias entre viviendas, sitios críticos y predios estratégicos. Los sitios críticos presentaron índices considerablemente superiores a los registrados en viviendas, lo que pone de manifiesto su importancia como espacios de concentración de criaderos y como objetivos prioritarios para las acciones de prevención y control. En contraste, los valores observados en predios estratégicos mostraron variaciones menos pronunciadas, posiblemente relacionadas con las intervenciones preventivas realizadas en estos establecimientos. Estos resultados respaldan la necesidad de mantener estrategias diferenciadas según las características y el riesgo entomológico de cada tipo de ambiente.

Asimismo, la detección de actividad reproductiva durante períodos invernales en algunas localidades y la persistencia de índices larvarios positivos plantean la necesidad de profundizar los estudios sobre la supervivencia estacional de *Ae. aegypti* y la ocurrencia de overwintering.

En cuanto a las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación, las actividades de prevención, control focal, bloqueo de casos sospechosos, capacitación de equipos y distribución de insumos contribuyeron al fortalecimiento de las capacidades de respuesta en las jurisdicciones donde dichas intervenciones se llevaron adelante. La magnitud de las actividades realizadas y la positividad detectada en los recipientes inspeccionados evidencian la relevancia de sostener las intervenciones territoriales, promover la participación comunitaria y mejorar la articulación entre los niveles nacional, provincial y municipal.

En este contexto, resulta prioritario garantizar la continuidad y ampliar la cobertura de la RNVE, promoviendo la incorporación de nuevas localidades, la regularidad de los registros y la participación de todas las jurisdicciones que desarrollan actividades de vigilancia. La integración sistemática de los datos provenientes de sensores de oviposición, índices larvarios, variables meteorológicas y acciones de control permitiría mejorar la interpretación de los patrones observados y fortalecer la identificación temprana de cambios en la distribución y abundancia del vector.

En conclusión, los resultados de la temporada 2025-2026 confirman que las arbovirosis y su principal vector el mosquito *Ae. aegypti* continúan representando un desafío para la salud pública argentina, tanto por su persistencia en regiones históricamente afectadas como por su proceso de continua expansión geográfica. El fortalecimiento de la vigilancia entomológica, la evaluación territorial del riesgo y la implementación sostenida de medidas integradas de prevención y control constituyen componentes esenciales para anticipar escenarios de transmisión, reducir la disponibilidad de criaderos y mitigar el impacto del dengue y otras arbovirosis en la población.

VI. Hantavirosis – Informe final de temporada 2025-2026

VI.1. Introducción

La hantavirosis es una zoonosis emergente causada por virus del género *Orthohantavirus*, familia *Hantaviridae*, subfamilia *Mammantavirinae*. Actualmente, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) reconoce dos especies de ortohantavirus asociadas al SCPH que circulan en Argentina: *Orthohantavirus andesense* y *Orthohantavirus mamorense*. La especie *O. andesense* incluye el virus Andes y otras variantes genéticas, entre ellas Lechiguanas, Orán y Buenos Aires/HU39694. Por su parte, la especie *O. mamorense* incluye el virus Laguna Negra. La transmisión a los seres humanos ocurre principalmente por la inhalación de aerosoles contaminados con partículas virales presentes en heces, orina o saliva de roedores silvestres. En América, la presentación clínica más frecuente es el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), que se caracteriza por un inicio abrupto con fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales, seguido de la aparición de dificultad respiratoria e hipotensión. Esta enfermedad presenta una elevada letalidad cuya magnitud varía según la región. En Argentina, esta osciló entre el 12% y el 34% durante el período comprendido entre las temporadas 2018–2019 y 2025–2026.

En el país se han identificado áreas de riesgo asociadas, principalmente, a las ecorregiones de Bosques Patagónicos, Delta e Islas del Paraná, Pampas y Yungas, cuyas características ambientales resultan compatibles con la presencia y distribución de los roedores reservorios de hantavirus. Si bien los casos se notifican durante todo el año, se observa una marcada estacionalidad, con mayor incidencia entre octubre y mayo. La aparición de nuevos casos de hantavirosis fuera de las áreas históricamente endémicas responde a la interacción de múltiples factores, entre ellos el desplazamiento de los roedores reservorios y la creciente ocupación humana de ambientes silvestres, favorecida por la expansión y urbanización de zonas rurales, lo que incrementa el contacto entre las personas y los reservorios del virus. Además, el brote de hantavirosis registrado en 2026 y asociado al crucero MV Hondius, que zarpó de Ushuaia, provincia de Tierra del Fuego, constituyó un episodio reciente de transmisión interhumana del virus Andes y reafirmó la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica robusta y sensible.

El Manual de Normas de Eventos de Notificación Obligatoria[21] define los criterios para sospechar infección por hantavirus en personas que residan o hayan estado en zonas con circulación viral y presenten fiebre sin etiología definida, que pueden estar acompañadas de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, habiendo tenido en las seis semanas previas exposición a roedores o sitios donde habita el reservorio; o bien, contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirosis por virus Andes. Por este motivo, es fundamental relevar el antecedente epidemiológico de las personas, con la finalidad de identificar posibles fuentes de exposición, realizar una evaluación ambiental de los probables sitios de riesgo e implementar acciones de control de manera oportuna y, de esta manera, evitar la aparición de nuevos casos.

[21] Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Epidemiología. Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria: actualización 2026. Versión 1.2, marzo de 2026. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2026.
Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_normas_2026_vf_06052026.pdf

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Durante la temporada 2025–2026 se identificó un aumento de casos de hantavirosis, al que se agregó el alerta internacional vinculado con el brote de transmisión interhumana asociado al crucero MV Hondius. Este escenario motivó la intensificación de las actividades de vigilancia y análisis epidemiológico durante el período. En consecuencia, entre las ediciones N º 788 y 812 del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se priorizó la actualización semanal de la información sobre este evento, de acuerdo con su patrón estacional y con los cambios observados en su comportamiento epidemiológico.

Considerando que la mayor proporción de casos se registra durante los meses estivales, estas actualizaciones tuvieron como objetivo comunicar oportunamente la situación epidemiológica y sus principales características, así como sensibilizar a los actores involucrados en la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la notificación, la prevención y el control de la enfermedad. Debido a la complejidad clínica y epidemiológica de la hantavirosis, la información presentada es provisional y puede modificarse a medida que avance la investigación epidemiológica y se complete la clasificación de los casos.

VI.2. Situación epidemiológica nacional

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información tuvo como objetivo la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirosis”. Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso publicada en la Circular de Vigilancia de mayo 2025[22], o una clasificación manual correspondiente a confirmado.

Los casos se presentan según la jurisdicción de sitio probable de infección, o en su defecto, residencia consignada en el SNVS 2.0. En ausencia de este dato, se utiliza en la que se cargó. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

Los antecedentes epidemiológicos se analizaron según tres dimensiones de exposición: residencial, laboral y recreativo/desplazamiento. La exposición residencial se clasificó en vivienda rural/periurbana, cuando se ubicaba en áreas rurales o en entornos periurbanos con potencial contacto con el reservorio; vivienda precaria, cuando presentaba condiciones estructurales o ambientales que pudieran favorecer la presencia o ingreso de roedores en un área urbana; y sin relación/vivienda urbana, cuando no se identificaron las características de las otras clasificaciones. La exposición laboral se categorizó en trabajador rural, para actividades agropecuarias, ocupaciones laborales de riesgo, para actividades no agropecuarias desarrolladas en ambientes potencialmente expuestos, y sin relación laboral, cuando no se identificó ninguna de las anteriores. La exposición recreativa/desplazamiento incluyó exposición recreativa, ante actividades realizadas en ambientes naturales o rurales;

[22] Ministerio de Salud de la Nación. Circular de vigilancia: actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; mayo de 2025.
Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

viaje, cuando existieron desplazamientos potencialmente vinculados con la exposición; y sin relación recreativa, cuando no se identificaron estos antecedentes durante el período de incubación.

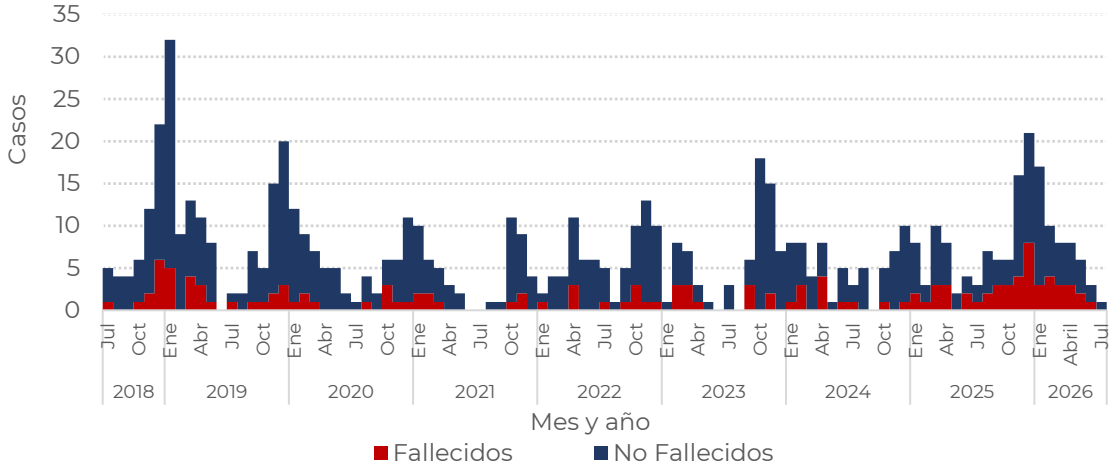
VI.2.B. EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (2018-2026)

La evolución del comportamiento epidemiológico de la hantavirosis se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos en los meses de julio de un año y junio del siguiente (SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 a la temporada 2025-2026. Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE 27/2018 a SE 26/2026, Argentina. (N=655)

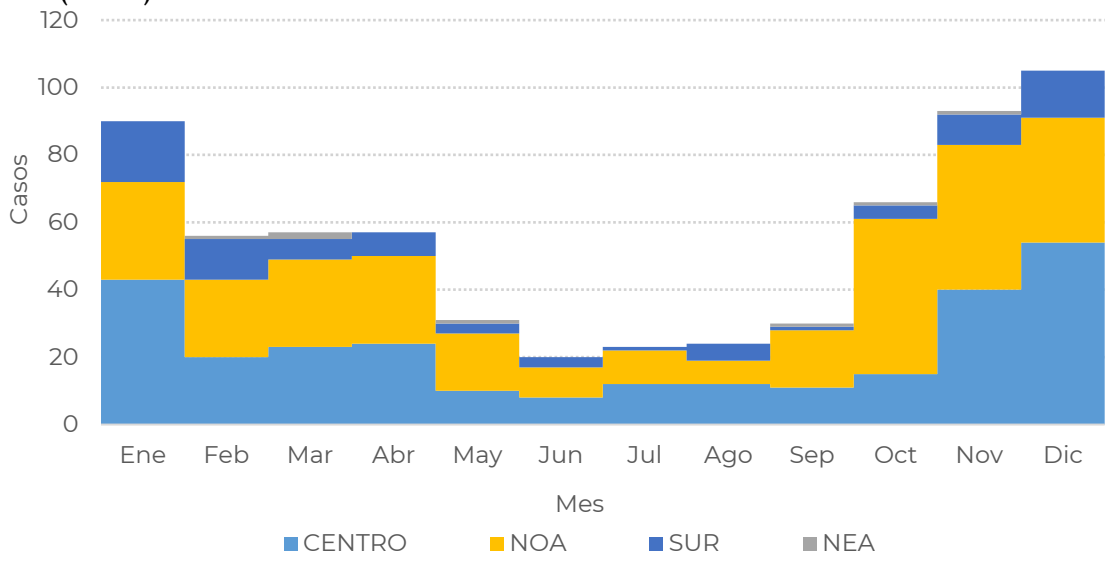


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el período analizado se acumularon 655 casos confirmados. Considerando el conjunto de las temporadas, el 85% de los casos se notificó entre octubre y mayo. La mayor concentración de casos se observó entre noviembre y enero, período que representó entre el 25% y el 52% de los casos según la temporada. La mayor proporción se registró en las temporadas 2018-2019 y 2019-2020 (52%), mientras que la menor correspondió a 2021-2022 (25%).

Con el objetivo de caracterizar la distribución temporal y regional de los casos de hantavirosis, se presenta a continuación la distribución de los casos acumulados según mes de ocurrencia y región del país.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. Argentina, temporadas desde 2018 a 2026. (n=651*).



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.
** Se identificaron cuatro casos cuya probable fuente de contagio correspondía al exterior. En consecuencia, estos casos fueron excluidos del total final de casos analizados.*

Este patrón estacional se observó en las tres regiones que concentraron la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro). Como se observa en el gráfico N°2, en la región NOA ocurre el incremento estacional de forma más temprana, donde los meses con mayor cantidad de casos son octubre y noviembre; para el resto de las regiones son diciembre y enero.

Presentación de datos a nivel subnacional

En relación con la situación nacional de hantavirosis, la siguiente tabla presenta los casos confirmados y las tasas de incidencia correspondientes a las temporadas comprendidas entre 2019-2020 y la temporada 2025-2026, permitiendo comparar el comportamiento de la enfermedad a lo largo del período analizado.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2018 a 2026 (SE27 a SE26). (n=651*).

Temporada	2018-2019		2019-2020		2020-2021		2021-2022		2022-2023		2023-2024		2024-2025		2025-2026	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	25	0,14	27	0,15	15	0,09	16	0,09	13	0,07	10	0,06	21	0,11	44	0,24
Entre Ríos	4	0,29	4	0,29	4	0,29	3	0,21	4	0,28	2	0,14	9	0,62	5	0,34
Santa Fe	13	0,37	14	0,40	6	0,17	5	0,14	4	0,11	6	0,17	9	0,25	8	0,22
Centro	**42**	**0,15**	**45**	**0,15**	**25**	**0,08**	**24**	**0,08**	**21**	**0,07**	**18**	**0,06**	**39**	**0,13**	**57**	**0,19**
Chaco	1	0,08	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16	0	0,00
Formosa	0	0,00	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	0	0,00	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	**1**	**0,02**	**3**	**0,07**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**2**	**0,05**	**1**	**0,02**
Jujuy	20	2,64	13	1,70	7	0,90	14	1,79	10	1,26	14	1,75	6	0,74	8	0,98
Salta	27	1,93	27	1,91	15	1,05	15	1,03	23	1,57	39	2,63	11	0,73	33	2,17
Tucumán	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,17	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
NOA	**47**	**0,84**	**40**	**0,71**	**22**	**0,39**	**32**	**0,55**	**35**	**0,60**	**56**	**0,95**	**17**	**0,29**	**41**	**0,68**
Chubut	33	5,47	1	0,16	5	0,80	3	0,47	3	0,47	1	0,15	0	0,00	5	0,74
Neuquén	2	0,31	1	0,15	2	0,30	0	0,00	1	0,15	3	0,43	1	0,14	1	0,14
Rio Negro	1	0,14	1	0,13	2	0,27	0	0,00	3	0,39	4	0,51	3	0,38	7	0,88
Sur	**36**	**1,26**	**3**	**0,10**	**9**	**0,31**	**3**	**0,10**	**7**	**0,23**	**8**	**0,26**	**4**	**0,13**	**13**	**0,41**
Total País	**126**	**0,28**	**91**	**0,20**	**56**	**0,12**	**59**	**0,13**	**63**	**0,14**	**82**	**0,17**	**62**	**0,13**	**112**	**0,23**

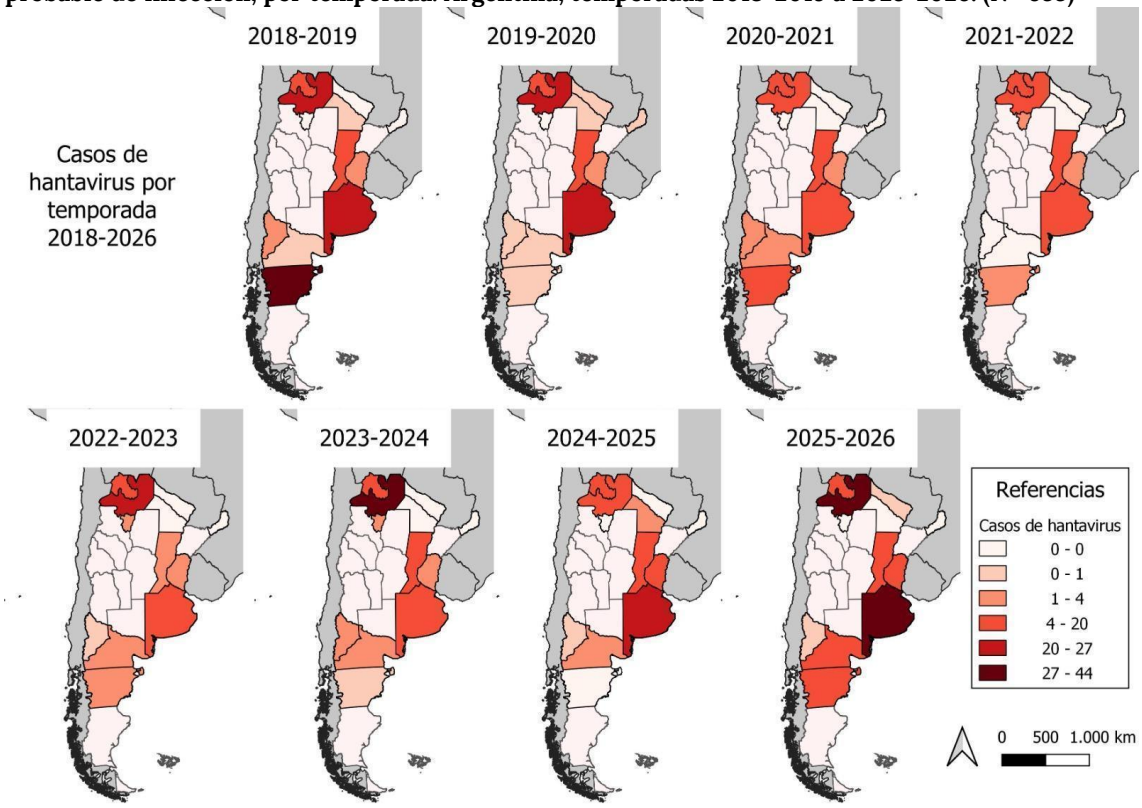
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0
Se encuentra resaltado con un gradiente en escala ascendente de color el valor de las tasas por jurisdicción.
Nota: Se muestran sólo las jurisdicciones con casos
** Se identificaron cuatro casos cuya probable fuente de contagio correspondía al exterior. En consecuencia, no se colocaron en la tabla para el análisis jurisdiccional.*

En la temporada 2025-2026 se notificaron un total de 112 casos de hantavirosis, localizados en su mayoría en las provincias de Buenos Aires (44 casos), Salta (33), Santa Fe (8), Jujuy (8), Río Negro (7), Entre Ríos (5) y Chubut (5). En esta temporada se observó una tasa de incidencia nacional de 0,23 casos por 100.000 habitantes, la segunda más elevada del período analizado, luego de la registrada en 2018-2019 (0,28 casos por 100.000 habitantes). Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut.

A nivel regional, en la temporada 2025-2026, la tasa de incidencia más elevada correspondió al NOA (0,68 casos por 100.000 habitantes), donde se notificaron 41 casos confirmados. El 80% de los casos de la región se concentró en Salta, que presentó una incidencia de 2,17 casos por 100.000 habitantes, la más elevada del país en esa temporada, aunque por debajo del valor máximo registrado en la provincia durante 2023-2024 (2,63 casos por 100.000 habitantes). Asimismo, Río Negro y Buenos Aires alcanzaron en la última temporada sus valores máximos de incidencia del período analizado, con 0,88 y 0,24 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

A continuación, se presenta la distribución territorial de los casos confirmados de hantavirus por temporada, según jurisdicción de residencia y lugar probable de infección, para el período 2018-2019 a 2025-2026.

Mapa 1. Distribución territorial de los casos confirmados de h antavirosis según jurisdicción de lugar probable de infección, por temporada. Argentina, temporadas 2018-2019 a 2025-2026. (N= 655)

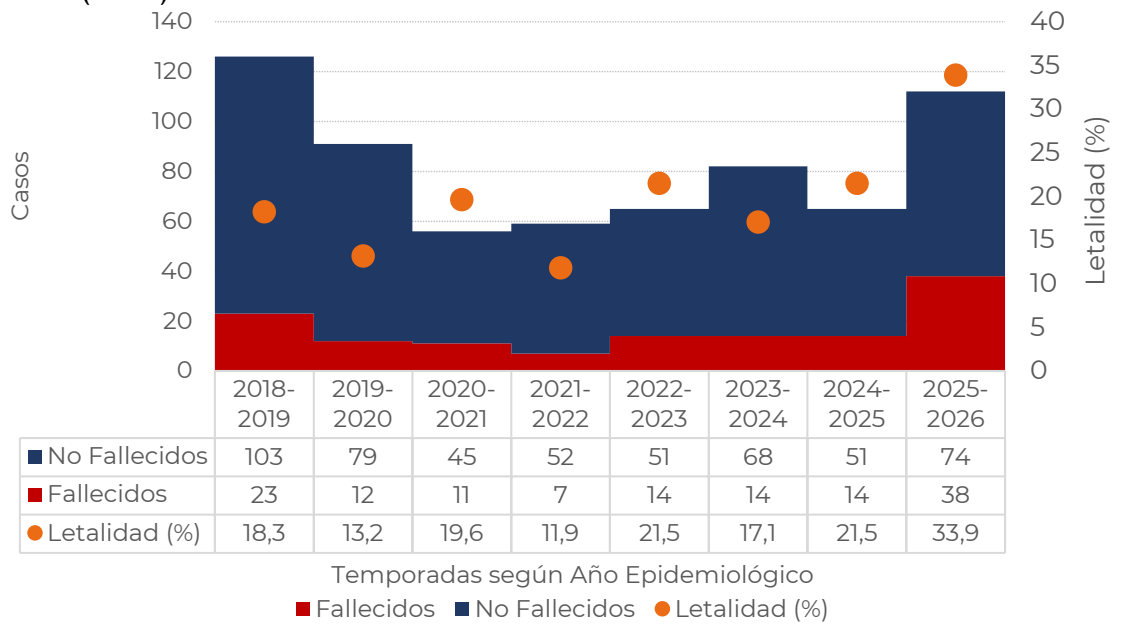


El análisis de los mapas por temporada muestra un patrón territorial regionalizado, con mayor concentración de casos de hantavirosis en jurisdicciones vinculadas a ecorregiones donde habitan los roedores reservorios. Sin embargo, la magnitud de los casos notificados fue heterogénea entre temporadas. Las regiones que históricamente concentran la mayor cantidad de casos son Centro, NOA y Sur. El primer mapa (temporada 2018-2019) muestra una concentración particularmente marcada en la región Sur, especialmente en Chubut, asociada principalmente al brote ocurrido en esa Provincia. En la última temporada (2025-2026) se identifica una mayor notificación en las regiones Centro y NOA, mientras que la región Sur mantiene casos, aunque en menor cantidad. En conjunto, los mapas evidencian que la hantavirosis presenta en Argentina una distribución espacial focalizada, pero dinámica.

Caracterización de la mortalidad

Para dar cuenta de la letalidad y cantidad de fallecidos por temporada, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 3. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 26/2026. Argentina. (N=655)



	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	103	79	45	52	51	68	51	74
Fallecidos	23	12	11	7	14	14	14	38
Letalidad (%)	18,3	13,2	19,6	11,9	21,5	17,1	21,5	33,9

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la temporada 2025-2026 se notificaron 38 casos fallecidos, con una letalidad de 33,9%, marcadamente superior a la registrada en las temporadas previas. Este valor constituye el máximo del período analizado, superando en 12,4 puntos porcentuales el valor máximo observado previamente (21,5% en las temporadas 2022-2023 y 2024-2025). En este contexto, se elaboró un análisis específico de las personas fallecidas durante la temporada 2025-2026, incorporando su distribución por sexo y grupo etario.

Para dar cuenta de la situación jurisdiccional, regional y nacional de los casos fallecidos de hantavirosis, se presenta una tabla (Tabla 2), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad comparado entre temporadas.

Tabla 2. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2018 a 2026 (SE 27 a 26). (N=125)

Temporada	2018-2019		2019 - 2020		2020 - 2021		2021 - 2022		2022 - 2023		2023 - 2024		2024 - 2025		2025 - 2026	
Jurisdicción	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**
Buenos Aires	4	0,23	2	0,11	1	0,06	1	0,06	2	0,11	1	0,06	3	0,16	18	0,98
Entre Ríos	2	0,65	1	0,33	1	0,32	0	0,00	1	0,71	0	0,00	4	2,78	1	0,69
Santa Fe	2	0,54	3	0,80	2	0,53	1	0,26	1	0,28	3	0,83	1	0,27	1	0,27
Centro	**8**	**0,28**	**6**	**0,21**	**4**	**0,01**	**2**	**0,07**	**4**	**0,13**	**4**	**0,13**	**8**	**0,26**	**20**	**0,65**
Chaco	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	1	1,66	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Misiones	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	**0**	**0,00**	**1**	**0,24**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**
Jujuy	0	0,00	2	2,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,25	0	0,00	1	1,23
Salta	5	3,58	2	1,41	2	1,40	1	0,69	4	2,72	4	2,69	2	1,33	12	7,90
Tucumán	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NOA	**5**	**0,90**	**4**	**0,71**	**2**	**0,35**	**2**	**0,35**	**4**	**0,69**	**5**	**0,85**	**2**	**0,34**	**13**	**2,16**
Chubut	9	14,91	0	0,00	2	3,20	2	3,15	1	1,55	1	1,53	0	0,00	1	1,48
Neuquén	0	0,00	0	0,00	2	2,99	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,43	1	1,41
Río Negro	0	0,00	0	0,00	1	1,33	0	0,00	3	3,89	2	2,56	2	2,53	3	3,76
Sur	**9**	**3,15**	**0**	**0,00**	**5**	**1,69**	**2**	**0,67**	**4**	**1,32**	**3**	**0,97**	**3**	**0,96**	**5**	**1,58**
Total País	**22**	**0,49**	**11**	**0,24**	**11**	**0,24**	**6**	**0,13**	**12**	**0,26**	**12**	**0,26**	**13**	**0,28**	**38**	**0,80**

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0
Nota: Se muestran sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad durante la temporada 2025-2026 fue de 0,80 fallecidos por 1.000.000 de habitantes, casi tres veces superior a la registrada en la temporada anterior (0,28 por 1.000.000 de habitantes) y la más elevada del período analizado. En términos absolutos, se registraron 38 fallecimientos. A nivel regional, el NOA presentó la mayor tasa de mortalidad (2,16 fallecidos por 1.000.000 de habitantes), con 13 fallecimientos: 12 correspondieron a la provincia de Salta y uno a Jujuy. Salta presentó, a su vez, la tasa de mortalidad más elevada entre las jurisdicciones del país (7,90 fallecidos por 1.000.000 de habitantes). Por otra parte, la provincia de Buenos Aires concentró el mayor número de fallecimientos, con 18 casos (0,98 fallecidos por 1.000.000 de habitantes), que representaron el 47% del total de fallecidos registrados durante la temporada 2025-2026.

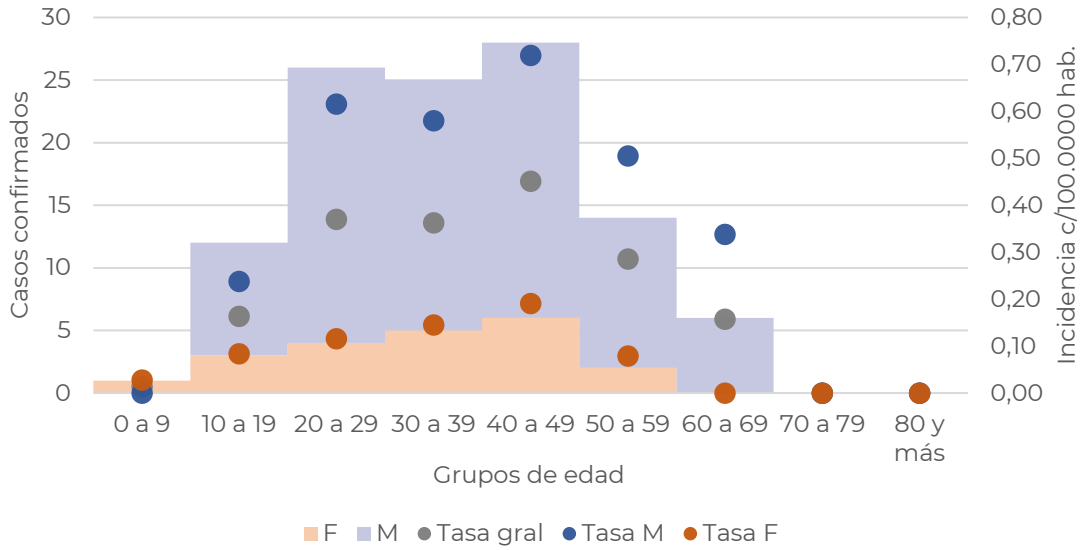
VI.2.C. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA ÚLTIMA TEMPORADA (2025-2026)

En el marco del cierre de la temporada 2025-2026, y considerando el comportamiento diferencial observado respecto de temporadas anteriores, resulta pertinente realizar una caracterización más pormenorizada de la situación epidemiológica. La última temporada se caracterizó por presentar la segunda incidencia más elevada del período analizado, con una tasa de 0,23 casos cada 100.000 habitantes, y los mayores registros de mortalidad, con una tasa de 0,80 defunciones por 1.000.000 de habitantes y una letalidad de 33,9%, todos ellos valores máximos del período. En este contexto, se analizan las principales características epidemiológicas de los casos de la temporada 2025-2026 en comparación con las temporadas anteriores, con el propósito de identificar diferencias en el perfil de los casos y en su distribución, así como explorar posibles factores asociados a la mayor magnitud y gravedad observadas durante esta temporada.

Caracterización según grupos de edad

En el siguiente gráfico podemos caracterizar la distribución de los casos según sexo y grupo etario para la temporada actual.

Gráfico 4. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, Temporada 2025-2026. (N=112)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

A nivel nacional, la mediana de edad de los casos confirmados durante la temporada 2025-2026 fue de 36,5 años. El 71% (79) de los casos correspondió a personas de entre 20 y 49 años, grupos que, a su vez, presentaron las mayores tasas de incidencia por 100.000 habitantes durante la temporada.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (91) de los casos confirmados durante la última temporada correspondió al sexo masculino. Se observó un predominio de casos masculinos en todos los grupos etarios, con excepción del grupo de 0 a 9 años, en el que se registró un único caso confirmado, correspondiente al sexo femenino.

Tabla 3. Hantavirosis: Casos, mediana de edad y rango de edad, por temporada. Argentina, 2018 a 2026 (SE 27 a 26). (N=655)

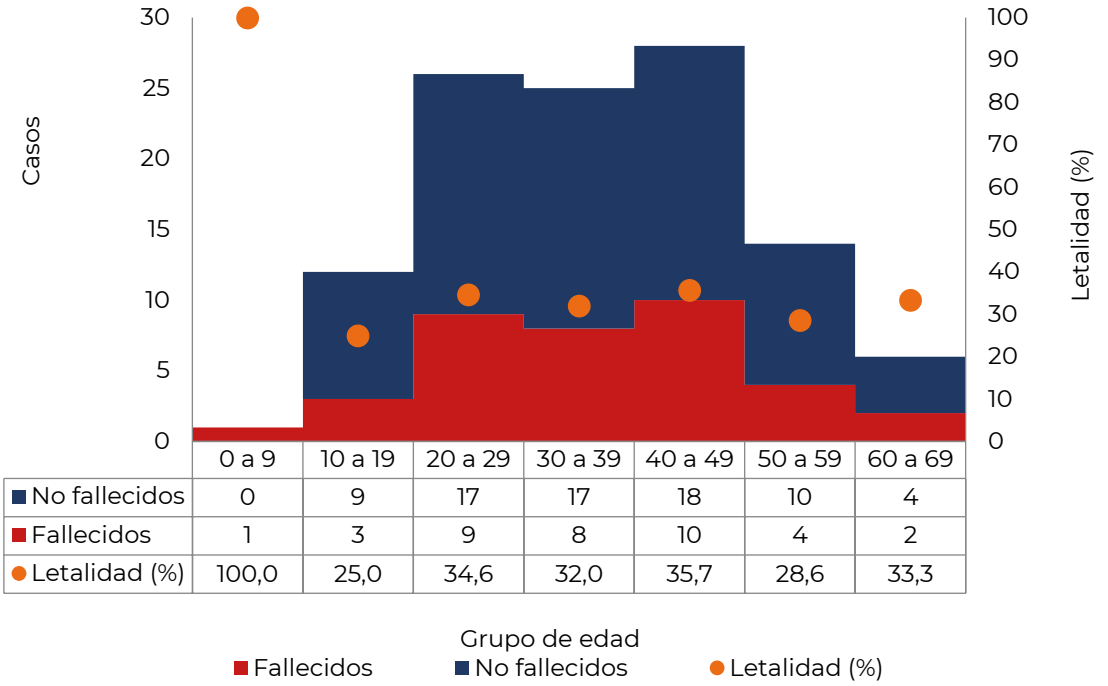
Temporada	Casos	Mediana de edad	Rango de edad
2018-2019	126	34	2-90
2019-2020	91	30	7-62
2020-2021	56	27	1-63
2021-2022	59	35	5-69
2022-2023	65	33	8-65
2023-2024	82	32	6-69
2024-2025	64	34	8-66
2025-2026	112	36,5	5-68

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En comparación con las temporadas anteriores, la mediana de edad se ubicó por encima del rango observado, que osciló entre 27 y 35 años, y superó en 1,5 años el máximo registrado en el período previo (ver tabla 3).

Para caracterizar los casos y la letalidad por grupo etario de la temporada 2025-2026, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 5. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. Temporada 2025-2026. Argentina. (N=112)



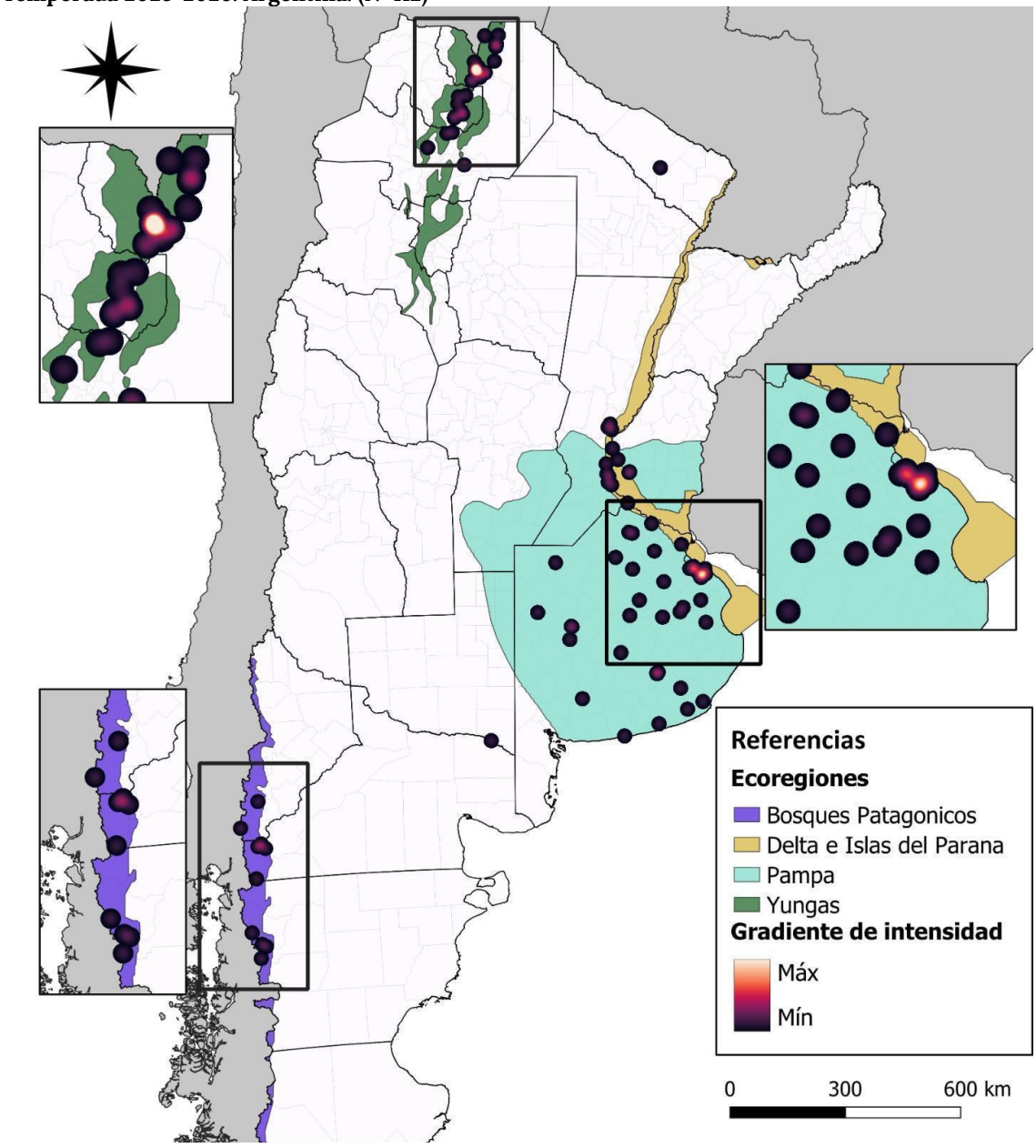
	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69
No fallecidos	0	9	17	17	18	10	4
Fallecidos	1	3	9	8	10	4	2
Letalidad (%)	100,0	25,0	34,6	32,0	35,7	28,6	33,3

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

La mediana de edad de las personas fallecidas durante la temporada 2025-2026 fue de 36 años, similar al total de casos (36.5 años). Excluyendo al grupo de menores de 10 años, que registró un único caso confirmado, con desenlace fatal, no se observaron diferencias de la letalidad según el rango etario, los valores más elevados de letalidad se observaron en los grupos de 40 a 49 años (35,7%), 20 a 29 años (34,6%), 60 a 69 años (33,3%) y 30 a 39 años (32%). No se registraron casos confirmados en personas de 70 años o más.

La densidad de los casos de la última temporada, en relación a la ecorregión, se visualiza en el Mapa N°2.

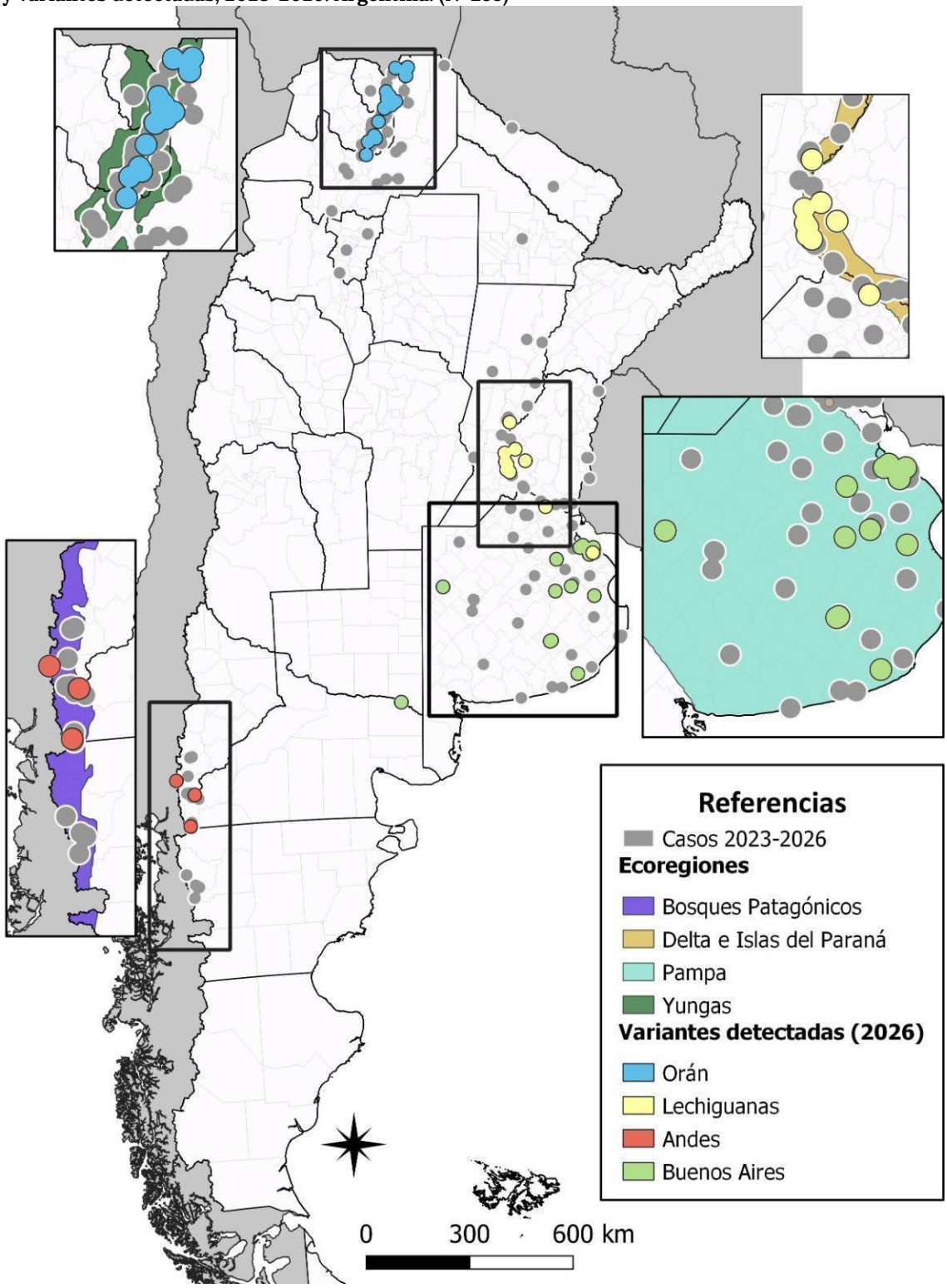
Mapa 2. Hantavirosis: Distribución espacial de casos e intensidad de incidencia según ecorregiones. Temporada 2025-2026. Argentina. (N=112)



Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Con el objetivo de caracterizar la distribución geográfica de los casos confirmados de hantavirosis y las variantes virales identificadas, se presenta a continuación un mapa que muestra la distribución espacial de los casos confirmados en Argentina durante el período 2023-2026, incorporando las variantes de hantavirus detectadas durante el año 2026, en los casos en los que se pudo determinar.

Mapa 3. Distribución espacial de casos de Hantavirus, intensidad de incidencia según ecorregiones y variantes detectadas, 2023-2026. Argentina. (N=255)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

La distribución de las variantes de especies de *Ortohantavirus* se relacionan con las ecorregiones Yungas, Bosques Patagónicos, Delta e Islas del Paraná y Pampa. En el mapa 2 se representa la localización de las variantes identificadas durante temporada 2025-2026, observándose la variante Orán en el noroeste del país, principalmente en el área de Yungas,

la variante Andes en los Bosques Patagónicos, Lechiguanas en el área del Delta e Islas del Paraná y la variante Buenos Aires en la región pampeana. De esta manera, la distribución espacial de las variantes detectadas durante la última temporada resulta concordante con las principales áreas de ocurrencia de casos observadas, mostrando patrones geográficos diferenciados de circulación en el territorio nacional.

Durante la temporada 2025-2026 se notificó un caso con residencia en Río Colorado (Río Negro), localidad ubicada fuera de las áreas históricamente endémicas para hantavirus. En respuesta a este caso, se realizó la investigación epidemiológica, evaluación ambiental con captura de roedores y estudios microbiológicos. Los resultados de la misma, indican que no se capturaron roedores considerados reservorio de hantavirus y sus estudios microbiológicos no detectaron circulación del virus. Se considerará implementar un monitoreo ambiental longitudinal y periódico, a fin de evaluar la composición de la población de roedores.

Asimismo, se registró un clúster intrafamiliar en la localidad de Cerro Centinela (Chubut), que involucró tres casos convivientes con fechas de inicio de síntomas secuenciales. Los resultados del estudio genómico de las muestras humanas mostraron una similitud del 99,99% entre las secuencias correspondientes a los tres casos, compatibles con una cadena de transmisión interhumana, sin que pudiera descartarse completamente la ocurrencia de transmisión zoonótica.

Durante la misma temporada, se registró además un brote en Bariloche (Río Negro) con sospecha de transmisión interhumana. Por otra parte, se identificaron dos casos de viajeros detectados en el extranjero, uno de los cuales se vinculó posteriormente con un brote de transmisión interhumana a bordo de un crucero que había zarpado de Tierra del Fuego.

Caracterización clínica y epidemiológica

A continuación, se presenta información correspondiente a las principales características clínicas y epidemiológicas de los casos confirmados durante la temporada 2025-2026, a fin de caracterizar el perfil de los casos y su comportamiento durante la temporada.

Tabla 4. Hantavirosis: porcentaje de paciente con cuidados intensivos y ARM, por temporada. Argentina, 2018 a 2026. (N=655)

Temporada	Casos	Fallecidos	Cuidados intensivos			ARM		
			Casos*	% SI	% NO	Casos*	% SI	% NO
2018-2019	126	22	62	69%	31%	38	58%	42%
2019-2020	91	11	49	53%	47%	21	67%	33%
2020-2021	56	11	24	79%	21%	14	86%	14%
2021-2022	59	6	24	67%	33%	13	69%	31%
2022-2023	65	12	35	60%	40%	14	71%	29%
2023-2024	82	12	47	72%	28%	21	71%	29%
2024-2025	64	13	44	70%	30%	25	84%	16%
2025-2026	112	38	94	68%	32%	52	58%	42%
Total	**655**	**125**	**379**	**67%**	**33%**	**198**	**67%**	**33%**

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

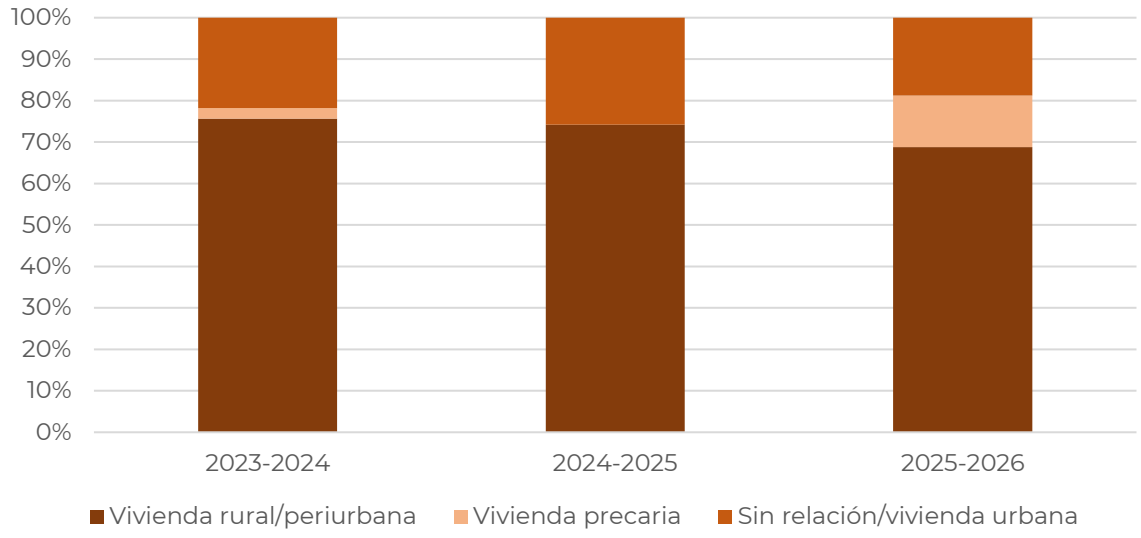
**Los casos analizados según las variables "cuidados intensivos" y "ARM" corresponden a aquellos con información disponible para dichas variables, y por tanto, difieren del n total de casos.*

En relación con la gravedad de los casos, durante la temporada 2025-2026, el 68% de los casos con información disponible requirió cuidados intensivos, proporción similar a la observada para el conjunto de las temporadas analizadas (67%) y dentro del rango registrado en las temporadas anteriores (53%-79%). Asimismo, el 58% de los casos con información disponible requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM), porcentaje inferior al observado para el conjunto del período (67%) y dentro del rango histórico (58%-86%). Sin embargo, estos valores pueden estar condicionados en relación a un bajo porcentaje de consignación de las variables ARM y Cuidados intensivos. Si bien estos indicadores no evidencian un aumento proporcional de la gravedad, la temporada 2025-2026 presentó la mayor cantidad de casos de la serie analizada, lo que representó una mayor carga de enfermedad en términos absolutos.

Antecedentes epidemiológicos de riesgo

Con el objetivo de caracterizar los antecedentes epidemiológicos de sitio probable de infección en relación a la actividad laboral, residencia y actividades recreativas y/o desplazamientos, se realizó una comparación con las dos temporadas anteriores (2023-2024 y 2024-2025). A continuación, se presentan los siguientes gráficos con la distribución porcentual de estos antecedentes para cada temporada epidemiológica, con el propósito de identificar similitudes y variaciones en los patrones de exposición a lo largo del período analizado.

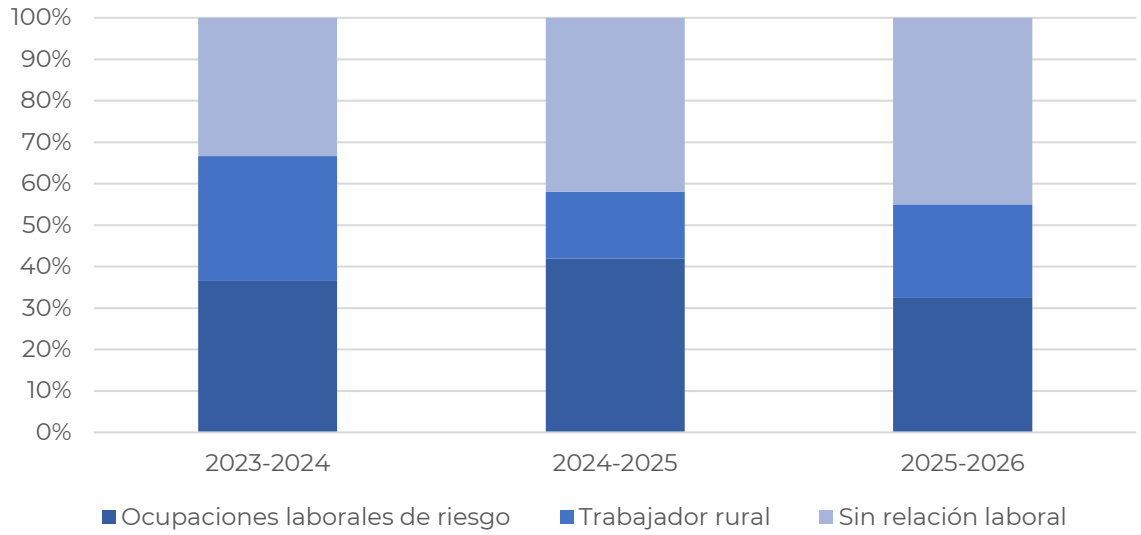
Gráfico 6. Proporción de casos de hantavirosis con sitio probable infección en la residencia, por temporada. Argentina, 2023 a 2026.



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Al comparar los antecedentes de sitio probable infección asociados al sitio de residencia de los casos confirmados de hantavirosis entre las temporadas 2023-2024, 2024-2025 y 2025-2026, se observa un patrón relativamente estable con un predominio de casos en habitantes de zonas rurales o periurbanas con un 76%, 74% y 69% de los casos, respectivamente. En la temporada 2023-2024 se analizaron 78 casos con información sobre este antecedente, en la temporada 2024-2025 se analizaron 62 casos y en 2025-2026, 112 casos. En la temporada 2025-2026 se destaca un incremento de la proporción de casos residentes en viviendas precarias urbanas, que alcanzó el 13%, frente al 3% registrado en 2023-2024 y la ausencia de casos durante 2024-2025.

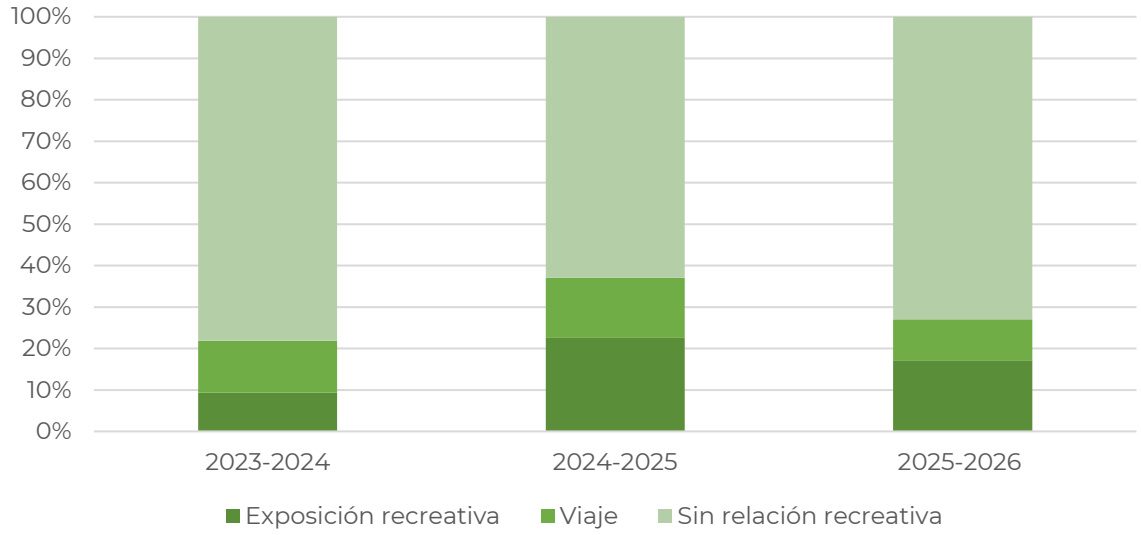
Gráfico 7. Proporción de casos de hantavirosis con sitio probable de infección en el ámbito laboral , por temporada. Argentina, 2023 a 2026 (SE 27 a 26).



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En relación con los antecedentes de sitio probable de infección en el ámbito laboral, en la temporada 2023-2024 se analizaron 63 casos, en la temporada 2024-2025 se analizaron 62 casos y en 2025-2026, 111 casos. Las ocupaciones laborales no rurales fueron consideradas como posible exposición representaron el 37%, 42% y 32% de los casos en las temporadas 2023-2024, 2024-2025 y 2025-2026, respectivamente, observándose la mayor proporción durante 2024-2025. La proporción de trabajadores rurales fue mayor en la temporada 2023–2024 (30 %), seguida de las temporadas 2025–2026 (23 %) y 2024–2025 (16 %). Por su parte, los casos sin antecedentes de posible exposición laboral representaron el 33%, 42% y 45%, respectivamente, alcanzando su mayor proporción durante la temporada 2025-2026.

Gráfico 8. Proporción de casos de hantavirosis con sitio probable infección durante actividades recreativas, por temporada. Argentina, 2023 a 2026 (SE 27 a 26).



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En relación con los antecedentes de sitio probable de infección durante actividades recreativas, en la temporada 2023-2024 se analizaron 64 casos, en la temporada 2024-2025

se analizaron 62 casos y en 2025-2026 se analizaron 111 casos. Estos, fueron más frecuentes en 2024-2025 y 2025-2026 que en 2023-2024. La exposición recreativa presentó variaciones entre las temporadas, 23% en 2024-2025, 17% en 2025-2026 y 9% en 2023-2024. El antecedente de viaje se mantuvo en proporciones relativamente similares, con valores del 13%, 15% y 10%, respectivamente. En las tres temporadas predominó la ausencia de antecedentes recreativos, que representó el 78% en 2023-2024, 63% en 2024-2025 y 73% en 2025-2026.

En conjunto, los resultados muestran la persistencia del ámbito rural y periurbano como un contexto relevante entre los casos confirmados de hantavirosis, aunque con variaciones interanuales en los antecedentes laborales y recreativos. Cabe mencionar que los casos con posible exposición en viviendas precarias urbanas han aumentado en la última temporada con respecto a temporadas anteriores. Estos hallazgos refuerzan la importancia de sostener las medidas de prevención dirigidas a las exposiciones domiciliarias y laborales, particularmente en áreas rurales y periurbanas, sin descuidar otras circunstancias de exposición como las recreativas.

VI.2.D. SOBRE LAS ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

En su rol rector, la cartera sanitaria nacional desde la Dirección de Epidemiología (DE) sostiene instancias de asesoramiento técnico a las jurisdicciones para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y la generación de información oportuna. En este marco, realiza análisis periódicos de las notificaciones de hantavirosis en población general, incluyendo la detección de brotes y la evaluación de la respuesta sanitaria. Asimismo, desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por Vectores (DZYCETV), se brinda asesoramiento y apoyo técnico en relación a las acciones de prevención y control en torno a los casos de esta zoonosis. A fin de contar con herramientas para las jurisdicciones y lineamientos comunes, se elaboraron “Lineamientos para un abordaje integrado de los equipos de salud”, orientados a estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad del diagnóstico y fortalecer la calidad de la toma de decisiones clínicas, además de proveer un marco común para las investigaciones de foco, los estudios de las comunidades de roedores y las actividades de prevención y control. Los mismos se encuentran próximos a publicarse.

En abril de 2026 se identificó un brote internacional de síndrome pulmonar por hantavirus (SPH), causado por el virus Andes, entre personas que habían viajado a bordo del buque MV Hondius, que había zarpado de Ushuaia el 1 de abril. Ante esta situación, Argentina desarrolló acciones de investigación epidemiológica y ambiental, vigilancia, diagnóstico y cooperación internacional, mediante la articulación entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán”, las autoridades sanitarias jurisdiccionales y organismos internacionales. Asimismo, se convocó a una reunión de expertos para responder a interrogantes en las materias de Virología, Infectología y Mastozoología.

En mayo de 2025 se actualizó la norma de vigilancia y control de hantavirus, como trabajo conjunto de la DE y DZYCETV, incluyendo las definiciones de caso, de contacto estrecho y las medidas de control ante la circulación de virus Andes. Esta actualización fue posible gracias a los aportes realizados por un Comité asesor de personas expertas y el intercambio permanente con las jurisdicciones.

Por otra parte, desde la DZYCETV en conjunto con los Laboratorios de ANLIS-MALBRAN se incorporó como recurso para las jurisdicciones la actualización del algoritmo diagnóstico. A

su vez elaboró desde la DZYCETV conjuntamente con la DE, la ficha epidemiológica específica de hantavirus para las jurisdicciones del sur del país.

Con aporte de las jurisdicciones, la DZYCETV confeccionó las planillas de relevamiento ambiental, de registro de personas co-expuestas y de registro de contactos estrechos.

Además, desde el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) se implementó un plan de trabajo conjunto con las provincias de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Mendoza que incluyó transferencia tecnológica, provisión de insumos y fortalecimiento de la capacidad diagnóstica. En estas jurisdicciones se desarrollaron también instancias de capacitación y un plan de muestreo ambiental, con el objetivo de establecer una vigilancia ambiental sistemática. A su vez, desde el LNR se realiza la asistencia técnica permanente a todas las provincias que conforman la Red Nacional de Laboratorios de Hantavirus.

En articulación con el Ministerio de Seguridad, Gendarmería Nacional y Prefectura Naval Argentina se acordaron acciones de capacitación y prevención dirigidas al personal de las fuerzas de seguridad que se desempeña en zonas de frontera de la provincia de Salta desde la DZYCETV.

A su vez desde la DZYCETV se capacitó a los equipos jurisdiccionales de salud intercultural, al personal de la Dirección de Sanidad y Fronteras y de Terminales de Transporte y Gendarmería Nacional.

Con el fin de fortalecer la atención médica, desde la DZYCETV se realizó el Conversatorio 2025: Pensar en Hantavirus Andes y un spot audiovisual de recomendaciones para equipos de salud.

En la página web del Ministerio de Salud se encuentra disponible material para la población en general de hantavirus: https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hantavirus. También en el banco de recursos, tema "hantavirus": https://www.argentina.gob.ar/salud/recursos.

Para medidas de prevención, de bioseguridad específicas, toma de muestra y vigilancia epidemiológica, consultar en los diferentes links a continuación.

Circular "Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025":
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

Fichas de notificación e investigación epidemiológicas:
https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas (Síndrome Febril Agudo Inespecífico; Hantavirus-sur)

Planilla de Personas co-expuestas:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/hantavirus-planilla_de_personas_co-expuestas.pdf

Planilla de contactos estrechos:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/hantavirus-planilla_de_contactos_estrechos.pdf

Ficha clínica epidemiológica para derivación e Instructivo de envío de muestras para diagnóstico:
https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0

Algoritmo diagnóstico:
https://www.argentina.gob.ar/files/algoritmoantavirus26626pdf

Planilla de relevamiento ambiental:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/planilla_relevamiento_ambiental_hantavirus.pdf

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VII. Introducción

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

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

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

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

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

VII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

Recibido a través del CNE el 13/10/2026

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–39 2026 (4 de enero – 03 de octubre del 2026)
Acumulado SE 1-39, 2026.

Casos confirmados: 55.792

Fallecimientos: 77

Países y territorios (acumulados): 17

Últimas dos semanas – SE 37-38, 2026.

Nuevos casos confirmados: +687 (-35% en comparación con SE 35-36)

Nuevas muertes: +9 (5 Guatemala, 2 EE.UU., 1 México, 1 Perú)

Países y territorios que han notificado casos: 7/17

VII.1.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 39 del 2026 (que finalizó el 3 de octubre del 2026), la Región de las Américas notificó 55.792 casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 4,8 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. Guatemala (34.355), México (13.595), Estados Unidos (3.887), Perú (2.553) y Canadá (1.121) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (Mapa 1). Se han notificado un total de 77 muertes, de las cuales 50 ocurrieron en Guatemala, 23 en México, 2 en los Estados Unidos de América, una en Perú y una en Bolivia. Cabe destacar que las muertes notificadas en los Estados Unidos de América y en Perú son las primeras registradas

por estos países en 2026. Durante las SE 37 y 38 del 2026, la Región de las Américas notificó 687 nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 35% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 35-36; 1.059 nuevos casos, de los cuales 350 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional) (Figura 1). De los 687 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 37 y 38, Estados Unidos registró 293, seguido de Guatemala con 200, Perú con 155, México con 34 y Bolivia con 3, mientras que Canadá y Brasil notificaron un caso cada uno.

A pesar de la disminución de la transmisión en algunos países de las Américas, con estimaciones de Rt inferiores a 1, puede persistir una transmisión de baja intensidad mediante cadenas de infección esporádicas y difíciles de detectar. Este patrón de transmisión “gota a gota” puede mantener la circulación del virus durante más de 12 meses, retrasar el cierre de los brotes y aumentar el riesgo de restablecimiento de la transmisión endémica, lo que podría, en última instancia, poner en riesgo el estatus de país libre de sarampión.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – SE 39, 2026. (n = 55.792)

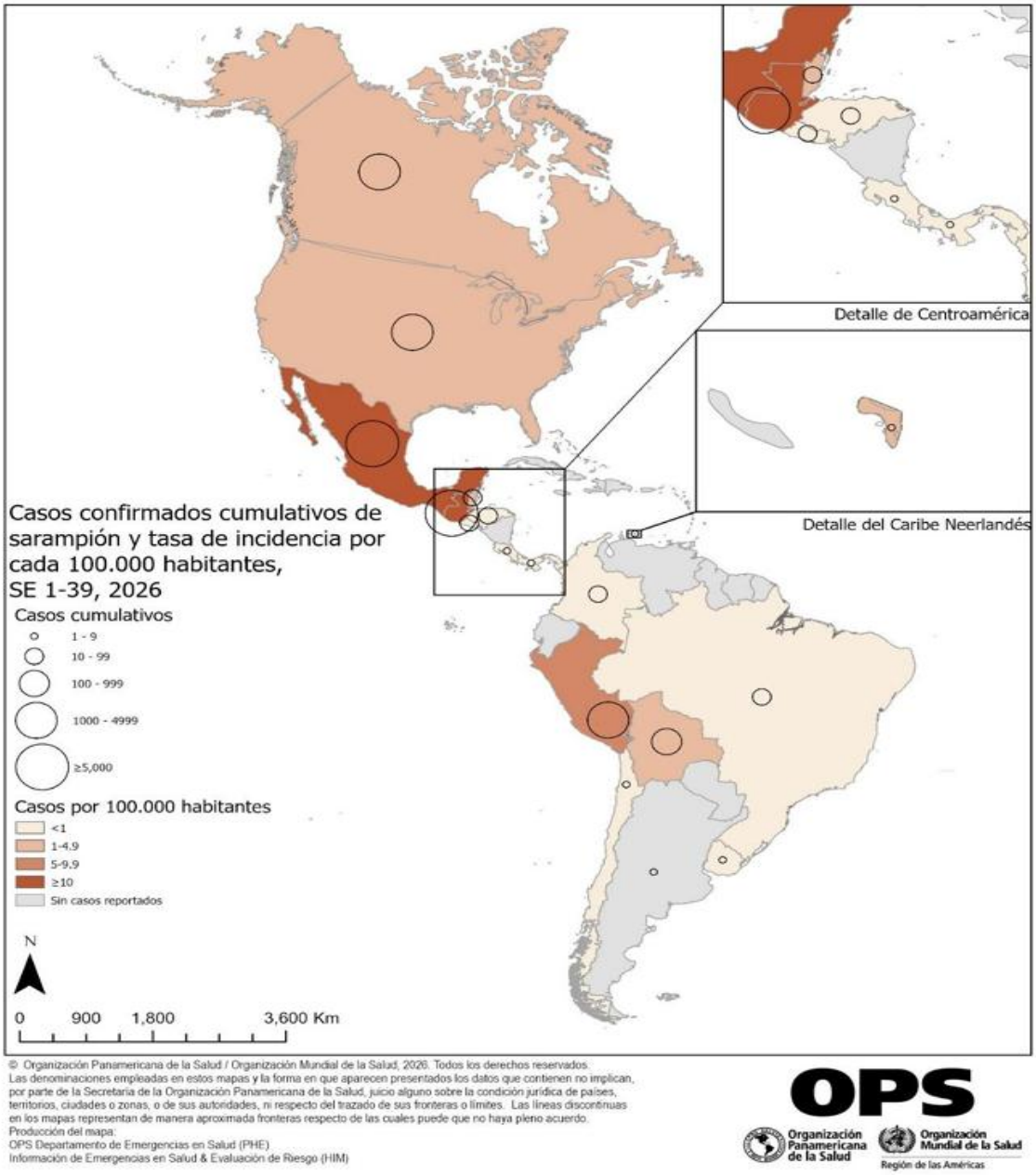


Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 39 del 2026

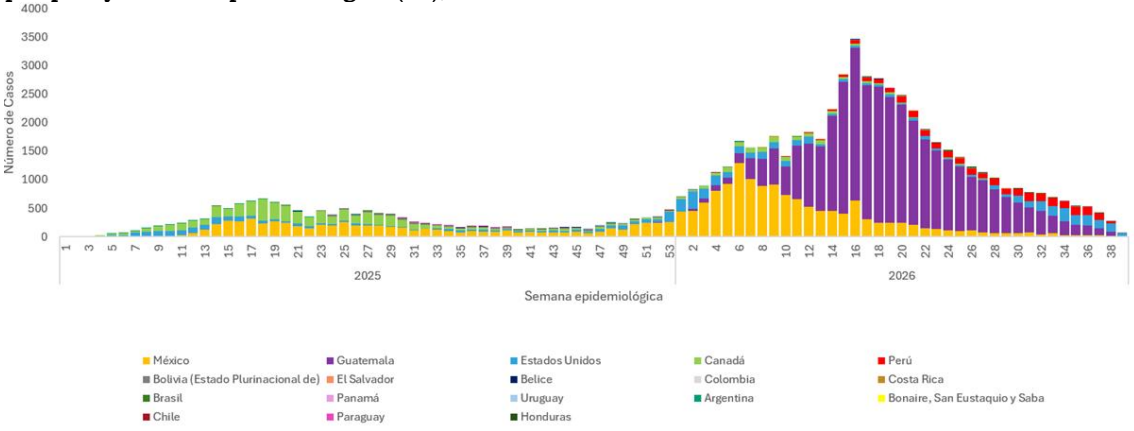
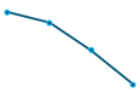
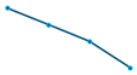


Tabla 1. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, hasta la SE 39 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 37-38	Casos en 2026 (hasta la SE 39) (*1*)	Muertes en 2026 (hasta la SE 39) (*1*)	Tendencia observada (SE 35-38)**	Escenario de respuesta (8)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+200	34.355	50	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la SE 39, se ha notificado transmisión en los 22 departamentos. La tendencia general a la baja continúa a nivel nacional; a nivel departamental, las tasas de incidencia más elevadas siguen observándose en Izabal (400,4 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Guatemala Central (328,6 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (306,7 por cada 100.000 habitantes). De todos los casos confirmados de sarampión, el 63% se produjo en personas de entre 15 y 39 años, siendo el grupo de edad de 20 a 29 años el más afectado. Los lactantes menores de un año siguen siendo el grupo de mayor riesgo. El 67,6% de los casos no tenía antecedentes de vacunación. El caso más reciente se notificó en la SE 39 del 2026.
México*	+34	13.595	23	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	La mayoría de los casos en 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 7.274 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.033 casos; y Chiapas, con 920 casos. El caso más reciente se registró en la SE 38 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 37-38	Casos en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 39) (1)	Tendencia observada (SE 35-38)**	Escenario de respuesta (8)****	Notas epidemiológicas
Bolivia*	+3	120	1	Transmisión por gotículas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario B: cadenas de transmisión identificables	El último caso se notificó en la SE 39 del 2026.
El Salvador	0	58	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 30 del 2026.
Brasil	+1	39	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 37 del 2026.
Honduras	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 31 del 2026.
Colombia	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 35 del 2026.
Belice	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El caso más reciente se notificó en la SE 31 del 2026.
Panamá	0	9	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 23 del 2026.

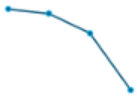
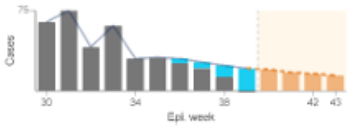
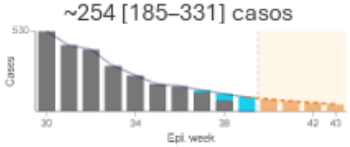
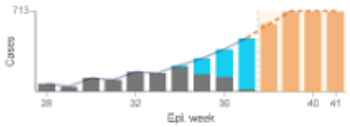
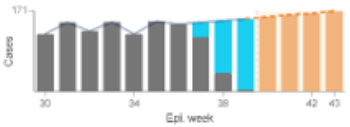
País	Nuevos casos notificados hasta las SE 37-38	Casos en 2026 (hasta la SE 39) (*1*)	Muertes en 2026 (hasta la SE 39) (*1*)	Tendencia observada (SE 35-38)**	Escenario de respuesta (8)****	Notas epidemiológicas
Estados Unidos*	+293	3.887	2	↓ en descenso[6] 	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Pensilvania (963), Carolina del Sur (670), Utah (535), Wisconsin (207), Texas (192), Virginia (178), Florida (148), Ohio (144) y Arizona (110). Las dos primeras muertes relacionadas con el sarampión registradas en Estados Unidos en 2026 también se notificaron durante este periodo. El caso más reciente se notificó en la SE 39 del 2026.
Perú*	+155	2.553	1	↓ en descenso[7] 	Escenario C: transmisión comunitaria	Se notificó el primer fallecimiento relacionado con el sarampión en Perú en un varón de 16 años no vacunado de la comunidad de Alto Monte, distrito de San Pablo, provincia de Mariscal Ramón Castilla, departamento de Loreto. El paciente presentó síntomas el 3 de septiembre y falleció el 13 de septiembre del 2026. El caso más reciente se registró en la SE 39 del 2026.
Canadá*	+1	1.121	0	Transmisión por gotículas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario C: transmisión comunitaria	En el año 2026, hasta la semana epidemiológica 39, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (680) y Alberta (311); les siguen Columbia Británica (50), Ontario (33) y Quebec (31). El grupo de edad más afectado sigue siendo el de 5 a 17 años (41%). El caso más reciente se registró en la SE 38 del 2026.

Tabla 2. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, a fecha de la SE 39 del 2026.

País	R_t (CrI del 95%)[1] Número de reproducción efectivo	Según el modelo [2]	Previsión a 4 semanas (SE 40-43) Mediana [PrI del 95%][3]	Interpretación del modelo
México	0,81 [0,66–0,98]	↓ *en descenso*	~67 [33–115] casos 	R_t es inferior a 1, y el intervalo de incertidumbre se mantiene íntegramente por debajo de 1; el modelo sugiere que la transmisión está disminuyendo.
Guatemala	0,68 [0,63–0,74]	↓ *en descenso*	~254 [185–331] casos 	Se estima que R_t es de 0,68, manteniéndose por debajo del umbral epidémico. Esto indica una disminución de la transmisión, y las proyecciones sugieren que la tendencia a la baja continuará.
Estados Unidos	1,4 [1,33–1,48]	↑ *en aumento*	~2.480 [2.172–2.812] casos 	Se estima que R_t es igual a 1,4. La estimación y su intervalo de incertidumbre se mantienen muy por encima de 1, lo que indica un aumento sostenido de la transmisión en el período más reciente. Se recomienda continuar con el seguimiento para evaluar la persistencia y la magnitud de esta tendencia al alza.
Canadá	—[4]	—[4]	—[4]	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota al pie 4. De los 1.117 casos registrados en 2026, 1.021 siguen estando relacionados con el brote que comenzó en octubre del 2024, el cual muestra ahora un descenso sostenido.
Perú	1,06 [0,97–1,14]	*~estable*	~659 [528–808] casos 	Se estima que R_t es 1,06. La estimación se aproxima a 1, con un intervalo de incertidumbre que abarca valores por debajo y por encima de 1, lo que indica una transmisión globalmente estable en el período más reciente. Se recomienda un seguimiento continuo para evaluar si la transmisión evoluciona hacia una tendencia claramente al alza o a la baja.
Bolivia	—[4]	—[4]	—[4]	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota al pie 4.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/informe-regional-no-13-sarampion-region-americas

VII.2.Neumonía de etiología indeterminada - Federación de Rusia

Recibido a través del CNE el 10/09/2026

El 2 de octubre de 2026, la OMS tomó conocimiento, a través de informes de los medios de comunicación, del fallecimiento de un empleado del APRI de Irkutsk, perteneciente a Siberia y el Lejano Oriente, Federación de Rusia. La persona falleció el 2 de octubre, tras haber sido hospitalizada el 29 de septiembre por una neumonía grave.

Los días 3, 5, 6 y 7 de octubre, la OMS se puso en contacto con las autoridades sanitarias de la Federación de Rusia para verificar la información difundida por los medios de comunicación, incluida la presunta existencia de un segundo caso. Asimismo, de conformidad con los artículos 9 y 10 del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI), la OMS solicitó información adicional para evaluar las posibles implicancias del evento para la salud pública internacional, de acuerdo con el artículo 6 del RSI.

El 2 de octubre, un comunicado público emitido por la delegación de Irkutsk de Rospotrebnadzor (RPN), organismo federal encargado de la supervisión y el control de la protección de la salud y los derechos de los consumidores en la Federación de Rusia, indicó que se había convocado una «comisión especial de expertos en materia sanitario-epidemiológica» ante la sospecha de un caso relacionado con un patógeno de alta peligrosidad. Se implementaron medidas de control sanitario y epidemiológico, incluida la identificación de contactos, quienes quedaron bajo observación médica. En ese momento, las autoridades de la Federación de Rusia declararon que todos los contactos se encontraban asintomáticos y habían obtenido resultados negativos en las pruebas de laboratorio para patógenos de alta peligrosidad.

El 6 de octubre, la OMS recibió una respuesta a su solicitud de verificación por parte del Centro Nacional de Enlace (CNE) de la Federación de Rusia. En ella se indicó que no se habían registrado casos de peste recientemente en el óblast de Irkutsk y se confirmó que se había llevado a cabo una investigación epidemiológica tras la identificación de un caso de neumonía grave en un empleado del APRI de Irkutsk. Según las autoridades, la persona había presentado inicialmente síntomas compatibles con una infección respiratoria viral aguda. Tras obtener resultados negativos para varios patógenos de alta peligrosidad, se determinó que el paciente había fallecido a causa de una neumonía de etiología indeterminada.

Las autoridades rusas informaron a la OMS que se habían implementado medidas de prevención y control de conformidad con la legislación sanitaria nacional; que se había identificado al mayor número posible de contactos, quienes fueron puestos bajo observación médica y sometidos a pruebas para detectar patógenos de alta peligrosidad; y que, al 9 de octubre, no se había detectado ninguno de los patógenos de alta peligrosidad incluidos en el ámbito de investigación del laboratorio en ninguno de los contactos. Por consiguiente, se había dado por finalizada su observación médica.

Las autoridades también informaron que, según los resultados de dos investigaciones independientes, no se habían producido incidentes relacionados con la bioseguridad o la bioprotección en el laboratorio del instituto. Asimismo, señalaron que los informes de los medios de comunicación que sugerían lo contrario eran inexactos.

Según las autoridades de la Federación de Rusia, la situación continúa bajo vigilancia.

Tras nuevas solicitudes de información de la OMS, realizadas los días 7 y 8 de octubre, el CNE de la Federación de Rusia proporcionó información adicional. Según su informe oficial, tanto

el paciente como todos los contactos identificados fueron sometidos a pruebas para detectar una amplia variedad de patógenos, incluidos los virus de la influenza, el SARS-CoV-2, otros agentes causantes de infecciones respiratorias e infecciones bacterianas, entre ellas la peste y las causadas por estreptococos. Según lo informado, todos los resultados fueron negativos para patógenos de alta peligrosidad. Entre los contactos, únicamente se identificaron dos casos de COVID-19, tres casos de rinovirus, un caso de Haemophilus spp y otras infecciones oportunistas.

Las autoridades también informaron que el fallecimiento no se debió a una infección por peste y que la persona había sido vacunada contra los patógenos de alta peligrosidad con los que trabajaba en el marco de sus actividades profesionales. El informe indicó, además, que la persona no había viajado fuera del óblast de Irkutsk durante las dos semanas previas al inicio de los síntomas.

La OMS ha ofrecido apoyo a las autoridades de salud pública de la Federación de Rusia en materia de patógenos de alta peligrosidad, bioseguridad y bioprotección en laboratorios.

En respuesta a nuevas solicitudes de información sobre las medidas de salud pública implementadas, las autoridades de la Federación de Rusia informaron que, debido a la actividad laboral del paciente, se habían adoptado medidas preventivas de salud pública. Se identificó a un amplio grupo de contactos, quienes quedaron bajo observación médica, ya fuera en establecimientos de salud o en sus domicilios. La observación médica, que incluyó pruebas de laboratorio diarias, se llevó a cabo durante siete días y ha finalizado para todos los contactos identificados. Todos permanecieron asintomáticos y obtuvieron resultados negativos para los patógenos investigados.

Las autoridades de la Federación de Rusia informaron a la OMS que, con excepción del hospital en el que fue ingresado el caso, ningún otro establecimiento de salud fue puesto en cuarentena ni quedó sujeto a medidas adicionales de salud pública, contrariamente a lo informado por los medios de comunicación.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON620

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

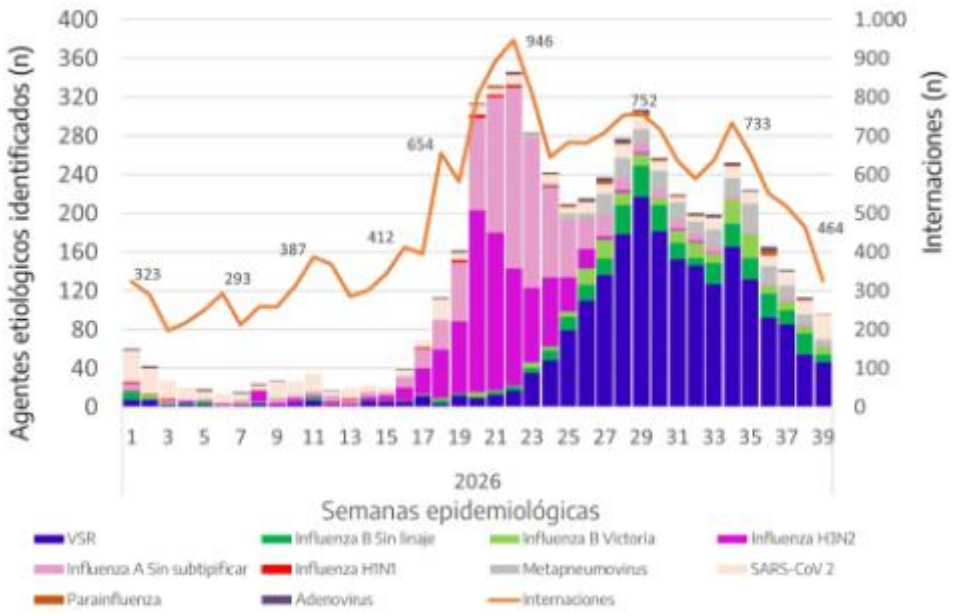
VIII. Boletines Jurisdiccionales

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

De acuerdo con la estrategia de vigilancia universal de internaciones por infección respiratoria aguda en la PBA, en 2026 entre mediados de abril y junio (SE 16 y SE 25) influenza A(H3N2) fue el principal agente etiológico identificado en pacientes internados por IRA. El mayor número de internaciones y de detecciones virales se registró durante la primera semana de junio (SE 22). A partir de ese momento las internaciones disminuyeron por dos semanas hasta la tercera semana de junio (SE24).



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



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

Para más información:

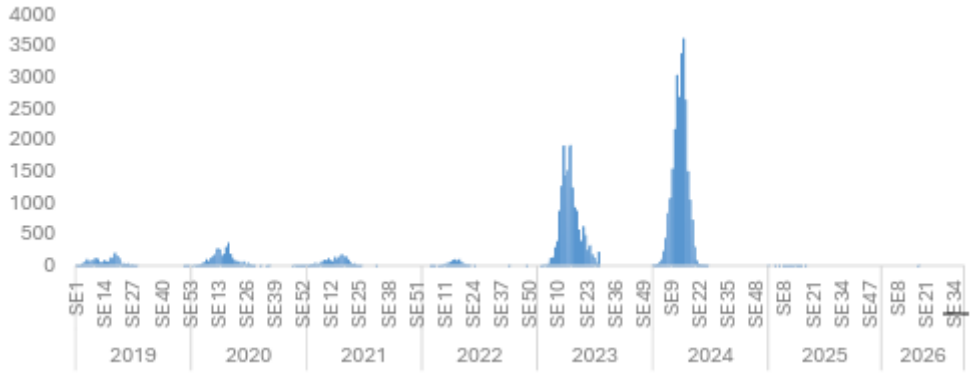
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VIII.2. Salta: Dengue

En la provincia de Salta, d urante la SE 39/2026 de la vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) se reportaron8 9 casos sospechosos, de ellos 2 fueron probables . A la fecha no se confirmaron casos de dengue.



Dengue: casos confirmados por semana epidemiológica. Año 2019 6 (hasta SE 39). Provincia de Salta.



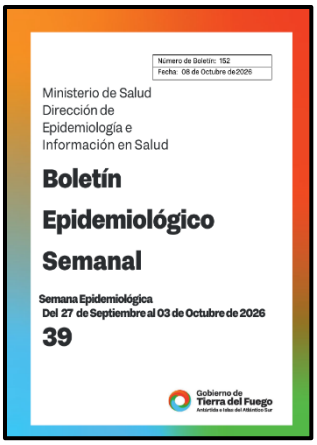
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

http://saladesituacion.salta.gov.ar

VIII.3. Tierra del Fuego: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Hasta la semana epidemiológica (SE) 39 en 2026 se notificaron 3.492 casos de enfermedad respiratoria en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2025, se observa una disminución del 1% de los casos registrados a nivel provincial.





Para más información:

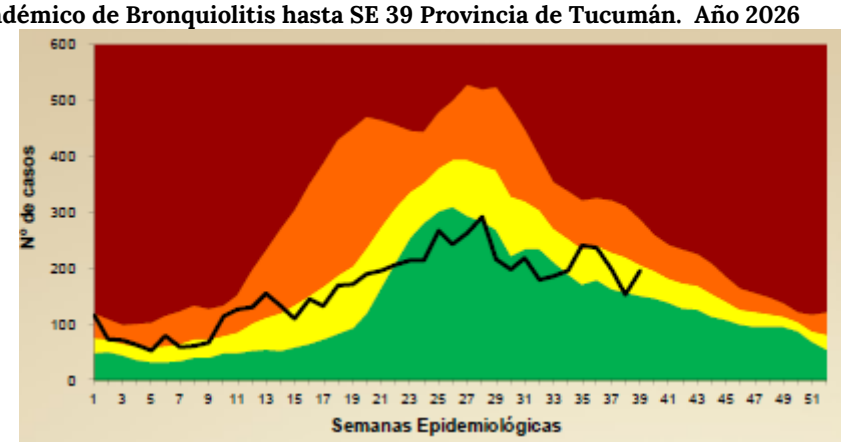
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

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

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 39 se notificaron 197 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 39 Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiologia Tucumán.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **octubre** 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**
Octubre	Peste	Clínica	Tratamientos	Se adicionan: “Tetraciclina”, “Quinolonas”, “Betalactamicos”, “Macrolidos”, “Aminoglucósidos”-
			Diagnóstico referido / estadíos clínicos	Se adicionan: “Forma bubónica”, “Forma septicémica”, “Forma neumónica”.
		Laboratorio	Muestras	Se adicionan: “Líquido de bubón”, “Sangre”, “Aspirado traqueal”, “Tejido”, “Biopsia”.
			Determinación	Se adiciona: “Identificación molecular de Yersinia pestis”
			Técnicas	Se adicionan: “Cultivo”, “PCR punto final” para la determinación “Identificación molecular de Yersinia pestis”
			Resultados	Se adicionan: “Detectable”, “No detectable”, “Positivo”, “Negativo”.

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
		Epidemiología	Factores de riesgo/Vías más probables de transmisión/ Otros antecedentes de interés	Se adicionan: “Antecedente de picadura por pulgas”, “Contacto con animal doméstico enfermo”, “Contacto con caso sospechoso o confirmado”, “Contacto con superficies o materiales contaminados”.

X. Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 10° Edición



Duración: 30 horas

Link para inscribirse: https://forms.gle/CMvd2Vuv9qq8wBCt6