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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **832**

Semana epidemiológica 42
AÑO 2026
Desde 18/10 al 24/10
Fecha de publicación
02/11/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

Sobre la autoría del boletín

Todos los apartados de este boletín fueron elaborados por el personal de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con otras áreas, direcciones, instituciones o servicios que se especifican a continuación, de acuerdo al informe:

Dengue y otras arbovirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
Del ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).
El Servicio Meteorológico Nacional.

Infecciones respiratorias
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. Del ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Servicio de Virosis Respiratorias, el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Informe especial Hepatitis A
Del Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI); y Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": Laboratorio Nacional de Hepatitis Virales, INEI-ANLIS.

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

Dar vuelta, tapar o resguardar los objetos útiles que se encuentran en el exterior y pueden acumular agua de lluvia o riego (baldes, palanganas, tambores, juguetes, etc. Imagen ilustrativa libre de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°832, SE 42.

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 un informe especial sobre hepatitis y una actualización periódica sobre meningoencefalitis amebiana primaria.

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. El apartado se completa con recomendaciones para la prevención y el control de las infecciones respiratorias, destinadas a los equipos de salud y a la población, así como información sobre 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.

Asimismo, la actualización periódica aborda la meningoencefalitis amebiana primaria (MAP), con información sobre la situación actual, la investigación epidemiológica, las características de la enfermedad y las medidas de prevención y recomendaciones dirigidas a administradores de espacios recreativos y equipos de salud.

La sección de alertas y comunicaciones internacionales presenta información sobre la situación epidemiológica regional de sarampión y sobre la enfermedad por el virus Ébola de Bundibugyo, con referencias a la situación en la República Democrática del Congo, Kenya y Nigeria. Se suman los contenidos destacados de los boletines jurisdiccionales de Buenos Aires, Santa Fe y Tucumán, con información sobre infecciones respiratorias agudas, dengue, leptospirosis 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 el 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, la actualización de recomendaciones y el monitoreo de situaciones epidemiológicas de relevancia nacional e internacional.

Contenido

I. Sobre este BEN 4

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

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. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 19
III.5.A. Recomendaciones para equipos de salud 19
III.5.B. Recomendaciones para la población 21
III.5.C. Vacunación antigripal 22
III.5.D. Tratamiento antiviral 22
IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus 24
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 24
IV.1.A. Subregión Cono Sur 25
IV.2. Situación de dengue en Argentina 27
IV.2.A. inicio de temporada 2026/2027 27
IV.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 29
IV.3.A. Nota metodológica 29
IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 30
IV.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus 32

INFORMES ESPECIALES 33
V. Hepatitis A 34
V.1. Introducción 34
V.1.a. Antecedentes epidemiológicos y control 34
v.2. Situación internacional 35
v.3. Situación de hepatitis a en argentina 36
v.3.a. Vigilancia epidemiológica de hepatitis a 36
v.3.b. Nota metodológica 37
v.3.c. Situación epidemiológica de 2026 37
v.3.d. Vigilancia molecular hav de 2026 41
v.4. Coberturas de vacunación 42
v.4.a. Coberturas para total país 42
v.5. Recomendaciones para el equipo de salud 43
v.5.a. Medidas ante casos y contactos 43
v.5.b. Contención de brotes 44
V.5.c. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de hepatitis a 45
v.6. Recomendaciones para la población 46
v.6.a. Medidas de prevención 46
v.7. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 47

SITUACIONES EMERGENTES 49
VII. Caso de Meningoencefalitis Amebiana Primaria (MAP) por Naegleria fowleri 50
VII.1. Situación actual 50

VII.2. Investigación epidemiológica 50
VII.3. Características de la enfermedad 50
VII.3.A. ¿Qué es la Meningoencefalitis Amebiana Primaria (MAP)? 50
VII.4. Medidas de prevención y recomendaciones: 52
VII.4.A. Recomendaciones para Administradores de Termas, Balnearios, Piscinas y Espacios Recreativos: 52
VII.4.B. Recomendaciones para los Equipos de Salud 53
VII.4.C. Aspectos Clave sobre la Transmisión y Riesgos 53

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 54
VIII. Introducción 55
VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional 56
VIII.1.A. Resumen de la situación 56
VIII.2. Enfermedad por el virus del Ébola de Bundibugyo – República Democrática del Congo, Kenya y Nigeria 62

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 67
IX. Boletines Jurisdiccionales 68
IX.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 68
IX.2. Santa Fe: Leptospirosis 69
IX.3. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 70

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 71
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 72
XI. Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 10° Edición 74

TABLA DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

II. Actualización de la tabla de eventos priorizados

II.1. Fundamentación

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

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

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

II.2. Metodología de análisis

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

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

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

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

II.2.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

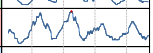
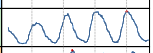
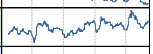
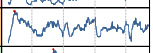
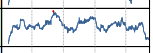
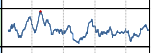
II.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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

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

A continuación, se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 42 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE42	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)	285	405	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	8	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	676	729	Dentro de lo esp.	Por debajo 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)	360	603	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	107	120	Dentro de lo esp.	En aumento	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	12306	17731	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	262	224	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	133	130	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	7	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3939	4969	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	546	641	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	33	27	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	8	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	104	139	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hantavirosis	48	62	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Leptospirosis	121	221	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Psitacosis	73	87	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Grupo	**Evento**	**Mediana Acumulado 2022-2025**	**Acumulado 2026 SE42**	**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	37	24	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	763	723	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1432	1107	Por debajo de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	7779	9460	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	44	27	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	51	67	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	531	593	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Hepatitis C	1058	1076	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis E	5	17	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	25239	42695	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	22	22	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1209	1146	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	20	22	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	13	10	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	28	43	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	10	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	1485	2001	En aumento	Dentro de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	7015	10864	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	335	557	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/ la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	301	23	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	10205	12067	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

III.1. Nota Metodológica

En el presente 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]

La actividad de los virus respiratorios se mantuvo heterogénea en las Américas. La circulación de influenza continuó disminuyendo en América del Norte, permaneció baja en el Caribe y aumentó gradualmente en Centroamérica y la subregión Andina. En Brasil y el Cono Sur se estabilizó después de un descenso sostenido, con un predominio reciente de influenza B. El VRS siguió mostrando una actividad importante en Centroamérica, especialmente en Panamá, aumentó en el Caribe y alcanzó una positividad elevada en Uruguay, aunque continuó disminuyendo a nivel subregional en Brasil y el Cono Sur. La circulación de SARS-CoV-2 se mantuvo generalmente baja; disminuyó en el Caribe, mientras que en América del Norte se notificó un incremento reciente.

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, y nuevamente una tendencia en descenso. Hasta la SE41 se notificaron 1.137.882 casos de ETI, cifra ligeramente superior (4,8%) 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 descenso posterior de los casos, manteniéndose en las últimas semanas en niveles bajos. En las 41 SE transcurridas, se notificaron 145.956 casos, cifra levemente inferior a las observadas para el mismo período en años previos.

Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen dentro de los niveles esperados para 2026. Entre las SE 15 y 34 se observó una tendencia ascendente, con fluctuaciones a lo largo del período, seguida posteriormente por un descenso en las notificaciones. Hasta la SE41 se notificaron 128.213 casos de bronquiolitis. Los años 2024, 2025 y 2026 presentan un marcado descenso en las notificaciones respecto de los años históricos.

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 SE42, se registraron 9 detecciones y la positividad fue del 25,7%, con predominancia de influenza B. Los casos de

[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

SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles bajos durante todo el año. En cuanto al VSR, la positividad aumentó, superando el 3% entre las SE 24 y 38, con oscilaciones en las últimas semanas. En las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 5 casos positivos entre 202 muestras estudiadas.

En la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), durante las 42 SE transcurridas de 2026 se registraron 7.142 internaciones. A partir de la SE12 se observó una tendencia ascendente, en coincidencia temporal primero con el aumento de los casos positivos de influenza A(H3N2) y, posteriormente, de VSR, alcanzando el mayor número de internaciones en la SE34. En las últimas cuatro semanas analizadas predominaron las detecciones de VSR, con 117 casos positivos entre los 547 casos de IRAG estudiados, seguido por influenza (n=36) y SARS-CoV-2 (n=12). Además, se notificaron 2 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR y 1 codetección 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, con la mayor cantidad de detecciones registrada en la SE34. 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, si bien se mantiene en niveles bajos en lo que va de 2026, desde la SE37 se registran 50 o más casos semanales. En la última semana analizada, SE41/2026, 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, superando los 25 casos semanales desde la SE35. 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 registraron 2 fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 178 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 mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.*

[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

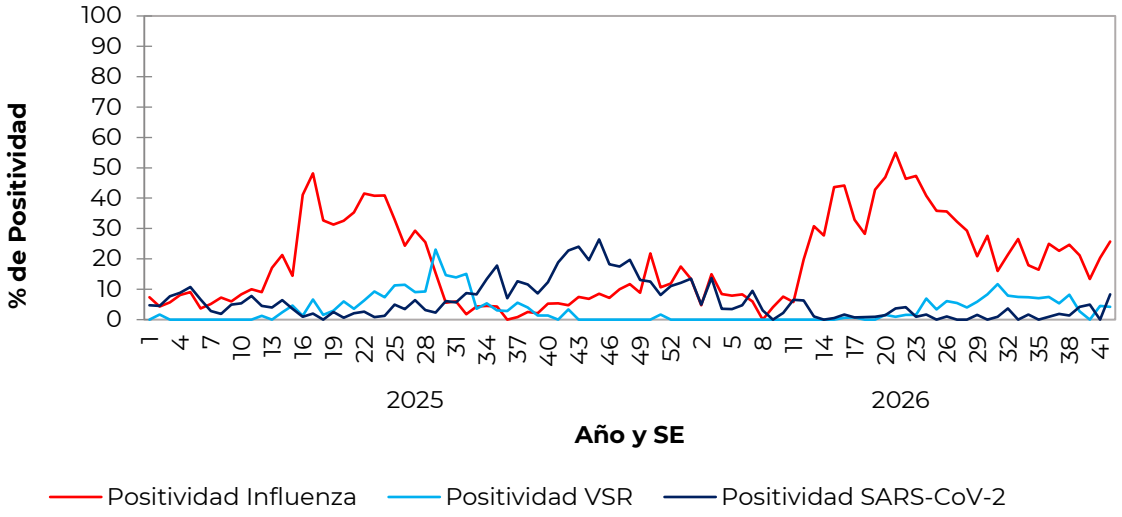
Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos. En las SE41 y 42, se registraron 2 casos positivos para SARS-CoV-2 entre las 64 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 SE41 y 42 de 2026 se notificaron 20 casos de influenza entre las 89 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 25,7%.

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 en todas las semanas, con excepción de la SE40, aunque en baja magnitud. Los porcentajes de positividad se mantuvieron por encima del 3% entre las SE24 y SE38, presentando oscilaciones en las últimas semanas. En las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 5 casos positivos entre 202 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 SE42/2026. Argentina.

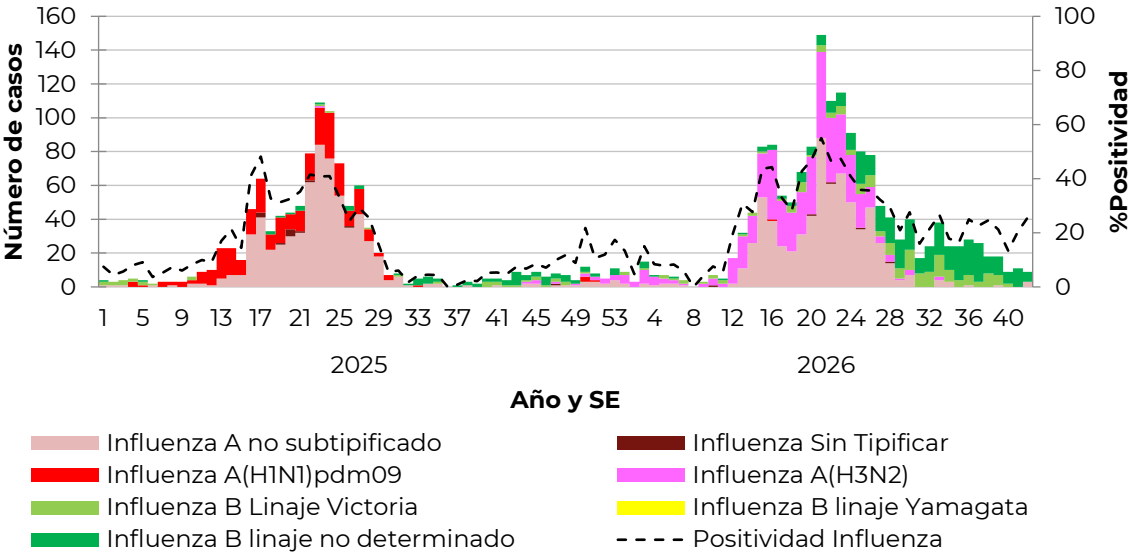


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

En las 42 SE transcurridas de 2026, se detectaron 1.607 casos de influenza, predominantemente influenza A (n=1.129). Entre estos, 459 casos con subtipificación corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 473 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 151 de ellos.

Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE42/2026. Estrategia UMA. Argentina.

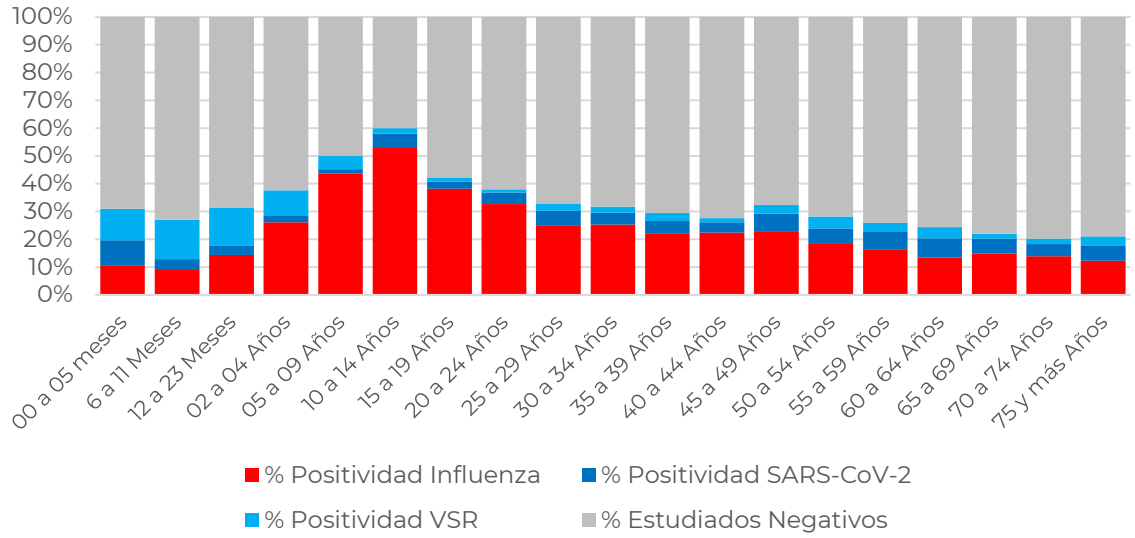


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 SE42/2026. 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

[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.

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[6].

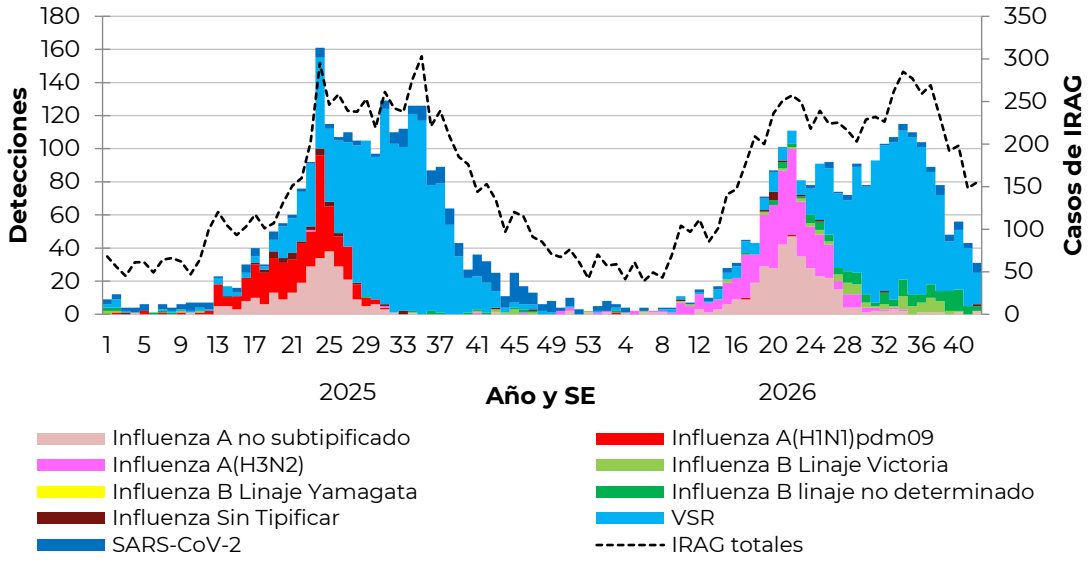
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- 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 42 SE transcurridas de 2026 se registraron de manera nominal un total 7.142 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3.116 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 SE34. 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 SE42/2026. Argentina.



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

En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** durante 2025 las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento a partir de la SE35, seguido de una disminución en las últimas semanas del período. En 2026, si bien los casos continúan en niveles bajos, desde la SE33 se registraron casos todas las semanas. Hasta la SE42 se detectaron un total de 54 casos con este diagnóstico.

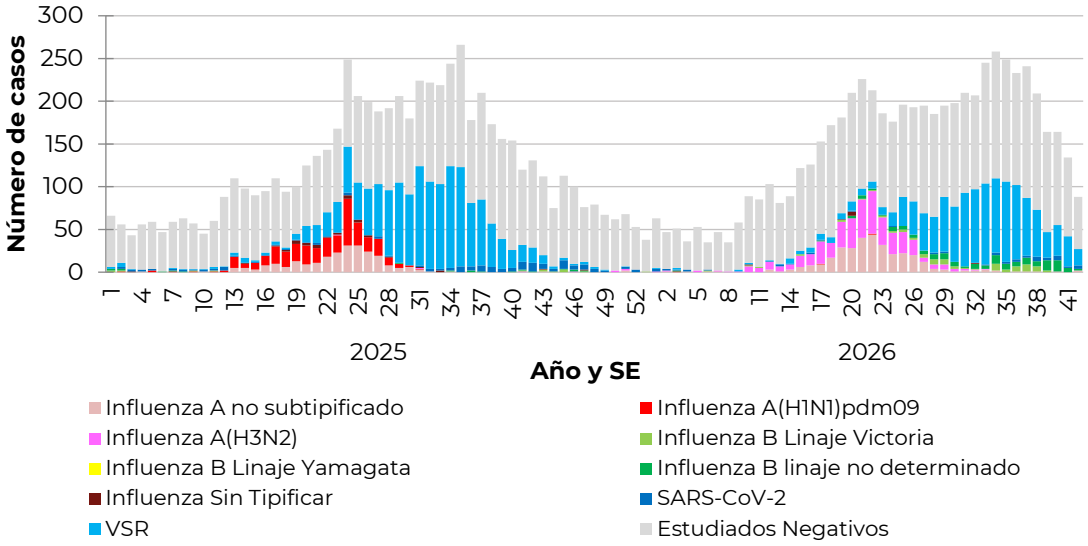
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso
[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[8] El shock se define por letargo, respiración rápida, 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.

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

En las 42 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 982 casos de influenza. Las detecciones mostraron tendencia ascendente desde la SE10, con un máximo en SE22 y descenso posterior. Se tipificaron 758 casos de influenza A, y de éstos 410 cuentan con subtipificación: 407 correspondieron a A(H3N2) y 3 a A(H1N1). De los 212 casos de influenza B, 81 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 42 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 SE33, seguida de un descenso en las semanas posteriores. Hasta la SE 42 se registraron 1.181 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 SE42/2026. 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 SNVS[2.0].

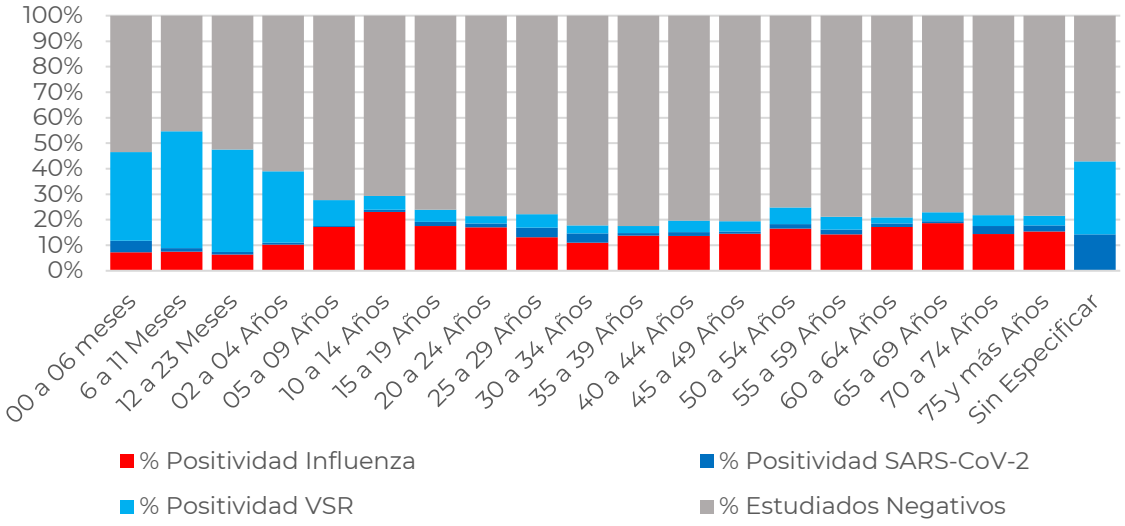
En las últimas 4 semanas, entre los 547 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 2 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, 1 codetección de influenza y VSR, 117 casos de VSR, 36 casos de influenza y 12 casos de SARS-CoV-2. Los restantes 379 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,

[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.

el porcentaje de positividad más elevado se registró en menores de 6 meses. En el caso del VSR, los mayores porcentajes de positividad se observaron en menores de 2 años, particularmente en el grupo de 6 a 11 meses, seguido por los de 12 a 23 meses y los menores de 6 meses.

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 SE42/2026. 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. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

III.5.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.

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.

[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.

- 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.5.B. 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.5.C. 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.5.D. TRATAMIENTO ANTIVIRAL

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la

incidencia de complicaciones.[12],[13] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[14],[15] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

[12] Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728.
[13] Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017 May 15;64(10):1328-1334.
[14] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.
[15] Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

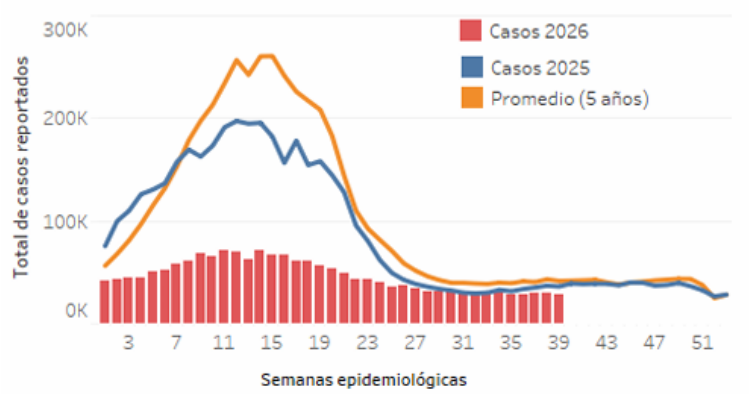
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus

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 23 de octubre.

A la semana epidemiológica (SE) 39 del 2026, se reportan en la Región de las Américas un total de 1.813.577 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 278 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 55% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 62% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 39.

Del total de casos de dengue reportados en las Américas, 565.945 casos (31%) fueron confirmados por laboratorio y 3.834 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 614 muertes por dengue, para una letalidad del 0.034%.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 39 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

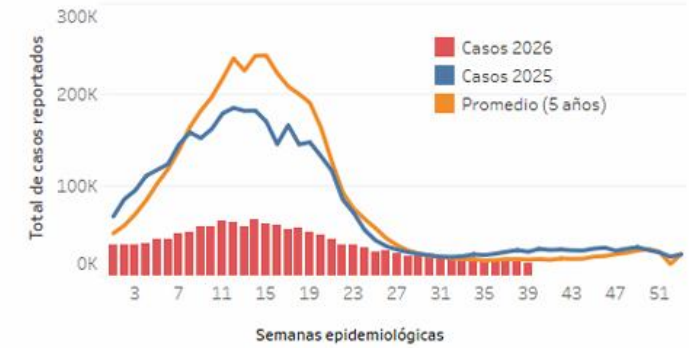
En la SE 39, se notificaron casos de dengue en 21 países y territorios de la Región. Estos países suman, en conjunto, 28.008 nuevos casos sospechosos de dengue, de los cuales 76 fueron clasificados como dengue grave (0,2%), y se reportaron 10 muertes, con una letalidad de 0.036%.

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 14.924 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 39. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 61% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 66% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Paraguay presentan un incremento de 23% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 39 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 39, en comparación con el promedio de las últimas cuatro semanas del 2026.



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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[16] y el ARBO-portal[17] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 29/10/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 42 de 2026 se notificaron 1.386.572 casos de dengue, de los cuales 369.316 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 74% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 364 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 139.795 casos. De ellos, 57.895 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 45% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 60 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 39 se registraron 13.875 casos, de los cuales 700 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 59%. 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 40/2026, se reportaron un total de 59.953 casos de dengue, de los cuales 655 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 48% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 48.307 casos, de los cuales 11.812 fueron confirmados por laboratorio, dos veces más que los registrados para la misma semana epidemiológica de 2025, y se notificaron 45 fallecidos. A su vez, se notificaron 1.869 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 41/2026 se registraron un total de 11.068 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 41/2026 se reportaron un total de 76.784 casos de dengue, de los cuales 59.728 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa un **aumento** del 89% en comparación con la misma semana epidemiológica del 2025. Se registraron 81 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 38/2026 se notificaron 4 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 tres casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

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

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

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[18].

Para el año en curso, hasta la fecha, se observa una disminución de los casos de dengue en los países mencionados respecto del año anterior, 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 SE42/2026, 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 42/2026 no se han notificado nuevos casos de dengue. Desde el inicio de la temporada, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) un total **1214** de 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

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

residente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con antecedente de viaje a Perú y serotipo 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, **15** casos fueron clasificados como probable, correspondientes a residentes de las provincias de Salta, Catamarca, Chaco, Corrientes, Córdoba, Buenos Aires y Neuquén, los cuales continúan en investigación; 687 casos fueron descartados y 506 permanecen en estudio.

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2026/2027. SE31 a SE42/2026. 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	44	52	101	3
CABA	0	0	1	0		9	22	32	1
Córdoba	0	1	0	0		12	44	57	0
Entre Ríos	0	0	0	0		30	3	33	0
Santa Fe	0	0	1	0	DENV-3	35	51	87	1
Total Centro	**0**	**2**	**5**	**1**		**130**	**172**	**310**	**5**
Mendoza	0	0	0	0		1	2	3	0
San Juan	0	0	0	0		1	0	1	0
San Luis	0	0	0	0		2	1	3	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**		**4**	**3**	**7**	**0**
Chaco	0	3	0	0		8	46	57	0
Corrientes	0	4	0	0		7	6	17	0
Formosa	0	0	0	0		384	0	384	0
Misiones	0	0	0	0		64	0	64	0
Total NEA	**0**	**7**	**0**	**0**		**463**	**52**	**522**	**0**
Catamarca	0	1	0	0		2	8	11	0
Jujuy	0	0	0	0		44	11	55	0
La Rioja	0	0	0	0		1	14	15	0
Salta	0	3	0	0		34	87	124	0
S. del Estero	0	0	0	0		2	38	40	0
Tucumán	0	0	0	0		0	114	114	0
Total NOA	**0**	**4**	**0**	**0**		**83**	**272**	**359**	**0**
Chubut	0	0	0	0		2	1	3	0
La Pampa	0	0	0	0		2	6	8	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	DENV-2	3	0	4	1
T. del Fuego	0	0	0	0		0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**1**	**1**		**7**	**7**	**16**	**1**
Total País	**0**	**13**	**6**	**2**	**DENV-3**	**687**	**506**	**1214**	**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

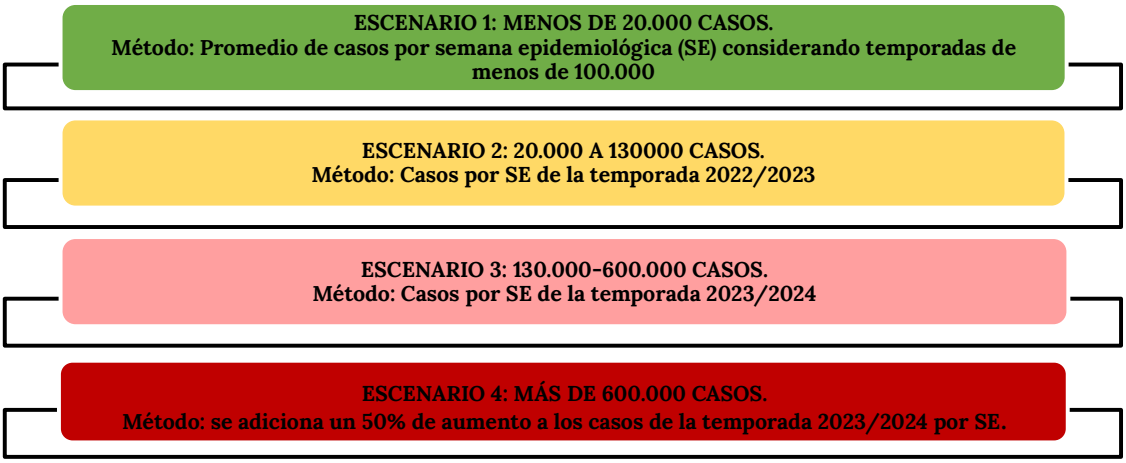
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada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

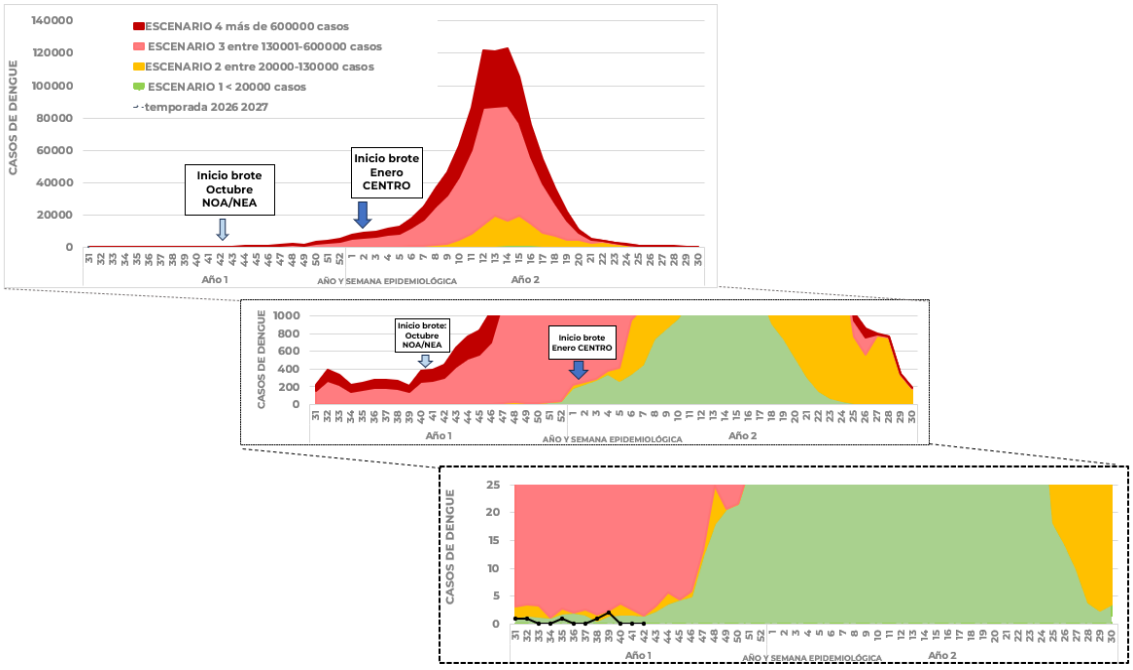
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan la curva de la nueva temporada 2026-2027 (n=6) y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 4)

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



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

Gráfico 4. Dengue: Casos de dengue[19] 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) 324 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, 56 fueron descartados y 263 permanecen en estudio como casos sospechosos en estudio.

[19]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 SE42/2026. 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	6	6	12	0
CABA	0	0	0	0	0	1	1	0
Córdoba	0	0	0	0	0	38	38	0
Entre Ríos	0	0	0	0	1	5	6	0
Santa Fe	0	0	0	0	0	4	4	0
Total Centro	**0**	**0**	**0**	**0**	**7**	**54**	**61**	**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	17	17	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**	**19**	**22**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	9	9	0
Jujuy	0	0	0		22	12	34	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	4	1	0	24	66	95	1
S. del Estero	0	0	0	0	0	9	9	0
Tucumán	0	0	0	0	0	94	94	0
Total NOA	**0**	**4**	**1**	**0**	**46**	**190**	**241**	**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**	**56**	**263**	**324**	**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 SE42/2026).

Encefalitis Arbovirales

Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **84** casos sospechosos de fiebre **Encefalitis de San Luis** y **17** 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 **18** 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 **55** 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. Hepatitis A

V.1. Introducción

La hepatitis A es una inflamación hepática aguda causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya principal vía de transmisión es fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados o por contacto persona a persona. Su propagación se asocia a condiciones sanitarias deficientes y/o a prácticas de higiene inadecuadas. En la última década ha adquirido relevancia la transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), vinculada a prácticas sexuales de contacto oroanal.

A diferencia de otras hepatitis virales (B y C), la hepatitis A no presenta formas crónicas, pero puede generar cuadros clínicos graves como la hepatitis fulminante, especialmente en población pediátrica no inmunizada. En Argentina, fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en menores de 10 años hasta 2005, año en el que se incorporó la vacuna contra la hepatitis A al Calendario Nacional de Vacunación[20,21].

V.1.A. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS Y CONTROL

Previo a la introducción de la vacunación universal contra hepatitis A en 2005, Argentina se encontraba en un escenario de endemicidad intermedio a alto, con circulación sostenida del virus y elevada carga de enfermedad pediátrica. Durante el período 2003-2004 se presentó un brote de alcance nacional con un incremento significativo de la tasa de infección. En ese contexto, el virus de la hepatitis A provocó más de 40.000 casos anuales notificados y fue la principal causa de insuficiencia hepática aguda y trasplante hepático en niños, explicando cerca del 50% de los trasplantes pediátricos.

La incorporación de una dosis única de vacuna al año de vida al Calendario Nacional en 2005 produjo un gran impacto epidemiológico:

- La incidencia nacional cayó a niveles de baja endemicidad, pasando de más de 113 casos cada 100.000 habitantes en el año 2004 a 0,25 casos cada 100.000 habitantes en 2025.

- El promedio de casos entre 2018 y 2024 -excluyendo 2020 y 2021- fue de 55 casos y la mediana fue de 57.

- El último trasplante hepático por hepatitis fulminante por VHA fue en 2007.

La implementación de la estrategia de vacunación sistemática a los 12 meses de edad permitió una reducción drástica de la incidencia y morbimortalidad, situando al país en un escenario de endemicidad baja. Sin embargo, se han registrado brotes esporádicos en adultos jóvenes (20-39 años) en los años 2009, 2012, 2014 y 2018, con una tasa de incidencia cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

La transmisión de la hepatitis A está determinada, entre otras variables, por las condiciones ambientales y sanitarias como la disponibilidad y calidad del agua para consumo; las

[20] Vizzotti C, González J, Gentile A, Rearte A, Ramonet M, Cañero-Velasco MC, Pérez Carrega ME, Urueña A, Diosque M. Impact of the single-dose immunization strategy against hepatitis A in Argentina. Pediatr Infect Dis J. 2014 Jan;33(1):84-8. doi: 10.1097/INF.0000000000000042

[21] Cervio, G., Armoni, Debbag, Trentadue, Giorgi, M., Agostino, D., & Luque. (2011). Decline in HAV-associated fulminant hepatic failure and liver transplant in children in Argentina after the introduction of a universal hepatitis A vaccination program. Hepatic Medicine Evidence and Research, 99. https://doi.org/10.2147/hmer.s22309.

condiciones de disposición de excretas y las condiciones de gestión y disposición de residuos. Además, la presentación asintomática -en especial en menores de seis años- y la transmisión vía fecal-oral, agua/alimentos o manos contaminadas también influyen en su transmisión. Cabe destacar que la contagiosidad, por excreción fecal, es máxima antes de la presentación de los síntomas.

A partir de 2012 el número de casos fue lo suficientemente bajo como para cambiar de modalidad de vigilancia a una vigilancia nominal de casos confirmados en los que se consignó como resultado de laboratorio una IgM+ / -.

Si bien el número de casos es sostenidamente bajo, también se empezó a observar una tendencia en aumento a expensas de situaciones epidemiológicas diferentes a las que se daban antes de la incorporación de la vacuna:

1) Aumento de casos esporádicos en población adulta susceptible, cuya hipótesis es que está mayoritariamente vincuada con la transmisión sexual de hombres que tienen sexo con hombres;

2) Brotes localizados en escenarios de endemicidad residual, con afectación pediátrica, asociadas a condiciones socio ambientales deficientes (2014 y 2025)[22].

V.2. Situación internacional[23]

Durante 2024 y 2025 se observaron aumentos de casos de hepatitis A en distintos países de Europa y América, aunque con magnitudes, poblaciones afectadas y mecanismos de transmisión heterogéneos.

En Europa, durante 2025 se registraron incrementos en diferentes países y brotes multinacionales. En algunos países de Europa central, los brotes asociados al subgenotipo IB superaron en conjunto los 6.000 casos durante 2025, con 39 fallecimientos notificados. Las poblaciones afectadas variaron según el territorio e incluyeron personas adultas en situación de vulnerabilidad social, personas que usan drogas y población infantil, sin identificarse en esos brotes una fuente alimentaria común. En otros países europeos se notificaron también aumentos respecto de años previos, con mayor afectación de adolescentes y adultos y, en algunos contextos, predominio masculino y relevancia de la práctica sexual. En Italia, por

[22] Ver Informe Epidemiológico en el BEN N° 801, disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben_801_se_11_vf_31326.pdf#page=87&zoom=100,109,198.

[23] Fuentes consultadas:
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-48-2025.pdf
https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/boletim_covisa/244856?utm_source=chatgpt.com
https://cne.isciii.es/documents/d/cne/informe_hepa_2025_final
https://globalinfectiousdisease.com/countries/cn/
https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2026/boletim-epidemiologico-hv-2026.pdf/view?utm_source=chatgpt.com
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/boletines-epidemiologicos-hepatitis-vih-2026
https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20A%20INFORME%20DE%20EVENTO%202024.pdf
https://www.epicentro.iss.it/epatite/bollettino/bollettino-n-18-marzo-2026.pdf
https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/muestratitulocomunicado/2611-salud-llama-a-reforzar-medidas-de-higiene-para-prevenir-la-hepatitis-a
https://www.santepubliquefrance.fr/hepatite-a/donnees

ejemplo, se notificaron 631 casos en 2025 y se observó un nuevo incremento durante los primeros meses de 2026.

En América también se registraron aumentos recientes. En Colombia se confirmaron 4.392 casos en 2024, con una incidencia de 8,33 cada 100.000 habitantes, 67,8% superior a la de 2023; la mayor proporción correspondió a personas de 20 a 39 años. En Brasil, la información nacional muestra un incremento de la hepatitis A en los últimos años y, en la ciudad de São Paulo, se notificaron 805 casos en 2025, frente a 618 en 2024 y 402 en 2023.

En conjunto, la información internacional muestra una circulación sostenida y, en diversos escenarios con diferentes calendarios de vacunación, incrementos recientes de la notificación, con patrones epidemiológicos diferentes entre regiones. La transmisión continúa vinculada principalmente al contacto persona a persona, incluidas las prácticas sexuales, y a exposiciones hídricas o alimentarias en determinados contextos.

V.3. Situación de hepatitis A en Argentina

V.3.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

La hepatitis A en Argentina constituyen Evento de Notificación Obligatoria (ENO) según la ley nacional 15.465 y las normas de vigilancia y control de enfermedades (resolución 1.715/2007), que obligan al personal médico y de laboratorios de efectores de cualquier subsector (público, de seguridad social o privado) a realizar la notificación de los casos.

El principal objetivo de la vigilancia es brindar información relevante y de calidad para la intervención de los diferentes actores del sistema de salud que tienen responsabilidad en la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de los casos, así como también contribuir en la evaluación de las acciones implementadas a fin de orientar la planificación de políticas sanitarias.

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral[24] mientras que actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigentes las siguientes definiciones de caso:

Caso confirmado de hepatitis A: Caso sospechoso de hepatitis viral con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes.

Caso invalidado por epidemiología: Caso sospechoso de hepatitis viral aguda y resultados negativos para la detección de anticuerpos de clase IgM contra el virus de la hepatitis A (anti-VHA IgM) en muestra de suero.

[24] Toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares o articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_hepatitis_2026_31126.pdf

V.3.B. NOTA METODOLÓGICA

Para el presente análisis se consideraron los casos de hepatitis A notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), tanto por los laboratorios con capacidad diagnóstica como por los equipos de atención de la salud y/o responsables sanitarios de cada jurisdicción, que cuentan con información suficiente para su clasificación.

La notificación de hepatitis A es de modalidad nominal, por lo que para este análisis se utilizó el evento "Hepatitis A" del SNVS 2.0. Los casos fueron clasificados como confirmados de acuerdo con criterios de diagnóstico por laboratorio, considerándose como tales aquellos con detección de anticuerpos anti-VHA IgM positivos en laboratorio, o aquellos consignados como diagnóstico confirmado en el sistema de notificación. En particular, se definieron como confirmados los casos con antiHAV-IgM positivo cargado en el laboratorio o con diagnóstico referido (VHA IgM Reactivo).

Para determinar el año de ocurrencia, se consideró en primer lugar la "fecha de diagnóstico referido". En los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió de manera sucesiva a la "fecha de inicio de síntomas", posteriormente a la "fecha de toma de muestra" y, por último, a la "fecha de apertura".

En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la "provincia de residencia"; y, cuando este dato no estaba consignado, se utilizó como alternativa la "provincia de muestra".

V.3.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2026

Hasta la SE 33 de 2026 se notificaron 62 casos confirmados por laboratorio de hepatitis A en el SNVS 2.0. De estos, el 60% (n=37) se encuentran en la región Centro: CABA (16), Buenos Aires (12), Córdoba (5) y Santa Fe (4), y el resto en Salta (13), La Pampa (5), Chaco (2), Mendoza (1), San Luis (1), Jujuy (1), Chubut (1) y Río Negro (1). Ver Tabla 1.

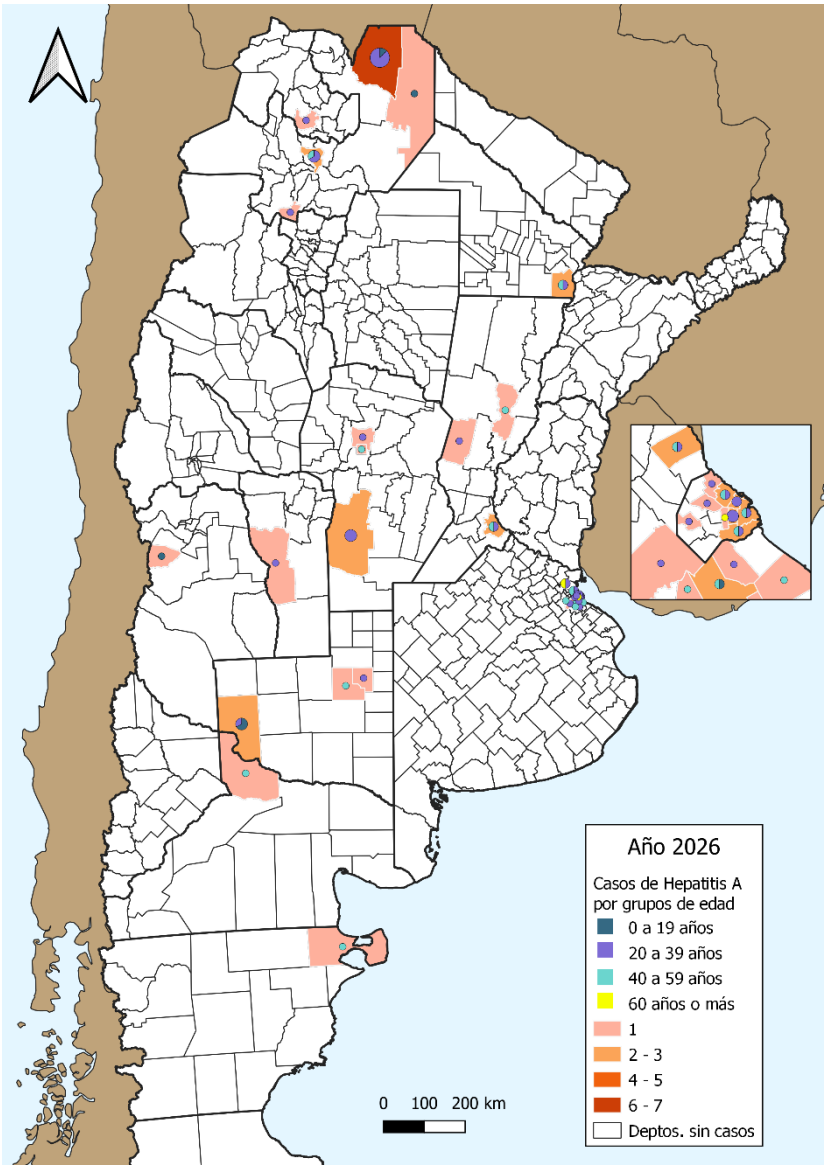
Tabla 1. Hepatitis A: casos confirmados por jurisdicción y año, Argentina. SE 1 a 33 de 2021 a 2026 (n=265).

Jurisdicción	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Buenos Aires	1	15	8	6	17	12
CABA	2	13	2	17	17	16
Córdoba	1	10	2	3	13	5
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	0	3	2	2	9	4
Centro	4	41	14	28	56	37
Mendoza	0	0	0	1	2	1
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	1	0	0	0	2	1
Cuyo	1	0	0	2	4	2
Chaco	0	1	0	0	0	2
Corrientes	0	1	0	0	0	0
Formosa	0	1	0	0	6	0
Misiones	0	0	0	1	0	0
NEA	0	3	0	1	6	2
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	1	2	4	1
La Rioja	0	0	0	0	0	0
Salta	0	1	1	3	16	13
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	4	0	2	0
NOA	0	1	6	5	22	14
Chubut	0	0	0	0	1	1
La Pampa	0	0	0	0	0	5
Neuquén	0	2	0	0	3	0
Río Negro	0	1	0	1	1	1
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Sur	0	3	0	1	5	7
Total general	5	48	20	37	93	62

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

A continuación, se presenta un mapa de la cantidad de casos confirmados del año 2026 a nivel de departamento y la distribución según grupos de edad a través de un gráfico de torta (Mapa 1).

Mapa 1. Hepatitis A: casos confirmados por grupos de edad y departamentos jurisdiccionales, Argentina. SE 1 a 33 de 2026 (n=62).



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

Durante la primera mitad del año 2026, la vigilancia muestra una baja incidencia en la población menor de 20 años, con 6 casos notificados. De estos, 2 presentan antecedentes de desplazamiento internacional (desde Bolivia) y residen en los departamentos de Lomas de Zamora (Buenos Aires) y Tunuyán (Mendoza). Otros 2 casos corresponden al departamento de Puelén (La Pampa), oriundos de Bolivia. Un caso restante se vincula a un conglomerado identificado en el departamento de Embarcación (Salta) y el otro en el departamento de General San Martín (Salta) con antecedente de cruce a Bolivia.

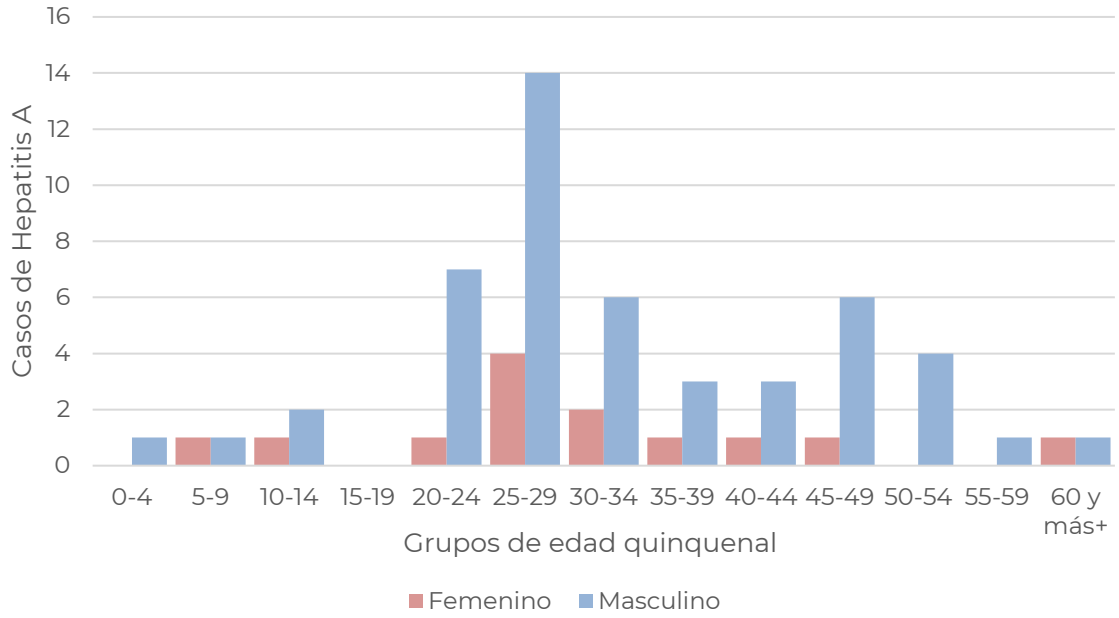
En marcado contraste, el 61% (n=38) de los casos confirmados a nivel nacional se concentra en la población adulta joven de 20 a 39 años, producto del desplazamiento de la susceptibilidad de los grupos etáreos debido a la incorporación de la vacuna al CNV. En cuanto a la distribución espacial, se observa que el nodo de mayor actividad se localiza en la

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y los departamentos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), región que concentra 28 de los 62 casos totales del país (Mapa 1).

Al analizar específicamente estas notificaciones en el AMBA, se mantiene la concentración en este grupo: 17 de estos 28 casos corresponden al grupo de 20 a 39 años, dentro del cual se constata una marcada presencia del sexo masculino (14 de los 17 casos). En esta región se observa un perfil de exposición heterogéneo, ya que 8 de estos 28 registros cuentan con antecedentes de viaje internacional, mientras que en el resto de los casos la falta de este antecedente sugiere el desarrollo de cadenas locales de contagio. A nivel nacional, la predominancia masculina se sostiene como una constante que atraviesa a todos los grupos etarios (Gráfico 1).

En relación con el último informe publicado en el Boletín Epidemiológico Nacional de la SE 18, se sumaron 28 nuevos casos confirmados. Resulta relevante destacar que el 42% de estos casos (n=12) se concentra en los grupos etarios de 40 años en adelante.[25]

Gráfico 1. Hepatitis A: casos confirmados por grupo de edad quinquenal y sexo. Argentina, período SE1-SE33/2026. (n=62).



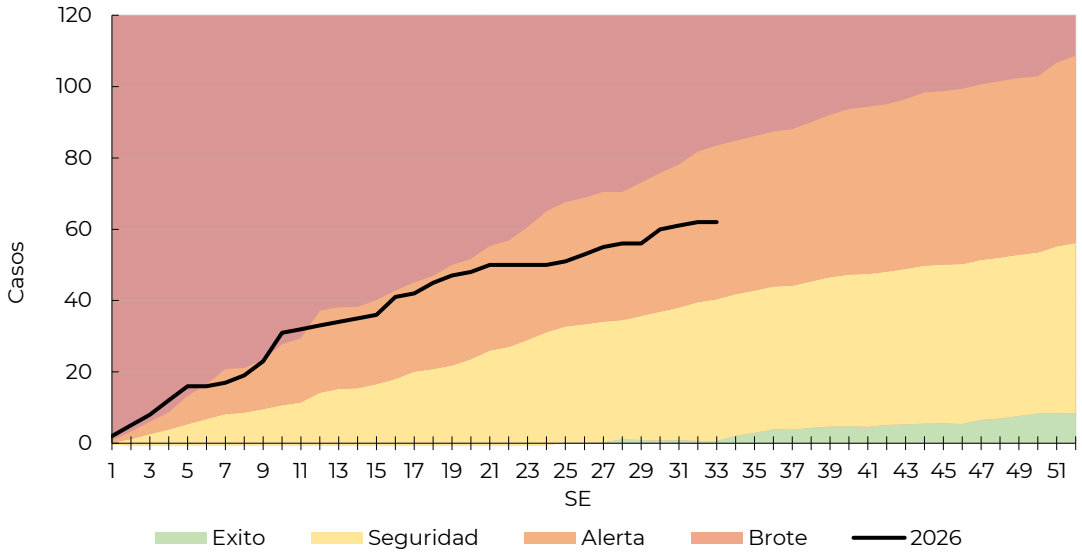
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se mantiene un aumento en la incidencia de hepatitis A. Durante el quinquenio histórico 2021-2025, el nivel máximo de casos se notificó en 2025. Como se explicó previamente, esto está vinculado con un aumento de casos esporádicos en población adulta susceptible, que podría estar relacionado con la transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres (esto ocurre con mayor claridad para los casos de Provincia de Buenos Aires y CABA), y brotes localizados en escenarios de endemicidad residual asociadas a condiciones socio ambientales deficientes (Salta).

[25] Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°808, SE 18, disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-808-se-18-20260521.pdf#page=48&zoom=100,109,94.

A pesar de que esto elevó los umbrales de referencia, durante 2026 la cantidad de casos confirmados ha superado la zona de seguridad, ubicándose sostenidamente en la zona de alerta (Gráfico 2).

Gráfico 2. Hepatitis A: Corredor endémico acumulado de casos. Argentina, período 2021-2026.



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

V.3.D. VIGILANCIA MOLECULAR HAV DE 2026

Hasta la SE 33 del 2026, se derivaron al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", muestras de suero y/o materia fecal de 39 casos notificados de hepatitis A con anti-HAV IgM reactivo, para la caracterización molecular del virus. De estos casos, 28 (72%) correspondían a personas de sexo masculino, con una edad mediana de 33,5 años (rango: 6–58 años). Se analizó la región VP1/2A (349 pares de bases) mediante RT-nested-PCR. Los productos obtenidos fueron secuenciados para su posterior análisis filogenético.

De las 39 muestras recibidas, 3 se encuentran en proceso de análisis. Entre las 36 analizadas, se detectó el ARN del HAV en 33, mientras que las 3 restantes resultaron no detectables. De las muestras con ARN detectable, 31 (94%) fueron clasificadas dentro del subgenotipo IA. El análisis filogenético permitió distinguir cuatro grupos diferenciados, definidos de acuerdo con su relación filogenética con secuencias de referencia:

Grupo A (5 casos): presentó alta identidad nucleotídica (>97%) con secuencias de referencia correspondientes a la cepa wild-type GBM. Incluyó 4 casos con antecedente de viaje a Bolivia —2 niños y 2 adultos— registrados en las jurisdicciones de Mendoza, CABA, Salta y Río Negro, y un adulto con antecedente de viaje a Brasil registrado en Santa Fe.

Grupo B (1 caso): presentó un 98% de identidad con la variante europea V16-25801, asociada a brotes en HSH. Correspondió a un adulto masculino residente en CABA con antecedente de viaje a Ecuador.

Grupo C (23 casos): presentó alta identidad (>99%) con la variante VRD_521_2016, vinculada a brotes en HSH en Europa. Todos los casos correspondieron a adultos: 18 de sexo masculino registrados en Buenos Aires (1); CABA (7); Santa Fe (1); Mendoza (1); Chaco (1); Córdoba (4); Jujuy (1) y La Pampa (2), de los cuales 9 reportaron prácticas sexuales HSH y 1 reportó prácticas sexuales HSH con antecedente de viaje a Brasil. Los 5 casos de sexo femenino

fueron registrados en Buenos Aires (1); CABA (1); Santa Fe (2) y Salta (1), de los cuales 2 presentaron antecedente de viaje a Brasil; 1 refirió contacto con un caso positivo; 1 informó parejas sexuales múltiples y en 1 se desconocen los antecedentes.

Grupo D (2 casos): presentó un 100% de identidad nucleotídica con variantes detectadas previamente en casos con antecedente de viaje a Cuba durante 2025. Correspondió a dos adultos registrados en las jurisdicciones de Santa Fe y CABA con antecedente de viaje reciente a Cuba.

Se detectaron además 2 casos correspondientes al subgenotipo IB en la provincia de Córdoba, ambos en individuos adultos con antecedente de viaje a República Dominicana y Cuba, respectivamente.

Los resultados obtenidos refuerzan la importancia de la derivación de muestras con anti-HAV IgM reactivo al Laboratorio Nacional de Referencia para la vigilancia molecular. La integración de la información epidemiológica y filogenética permite identificar agrupamientos de casos, investigar posibles vínculos de transmisión, grupos de riesgo y potenciales introducciones de variantes vinculadas con viajes. La continuidad de esta vigilancia resulta fundamental para monitorear la dinámica de circulación del HAV, posibilitando intervenciones oportunas de control y prevención.

Para consultas sobre derivación de muestras, dirigirse a lnrhepatitis@anlis.gob.ar

Para consultar fichas e instructivos para derivación de muestras:

https://www.argentina.gob.ar/salud/anlis/inei/fichas-e-instructivos-para-derivacion-de-muestras

V.4. Coberturas de vacunación

V.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

Cobertura de vacunación contra hepatitis A (única dosis)

Al 23 de octubre de 2026, el avance de meta de vacunación contra hepatitis A (única dosis) alcanzó al 66,3% de la población objetivo, esto significa que ya se aplicaron 260.792 dosis. Este indicador expresa la proporción de la meta anual alcanzada hasta el período analizado y debe interpretarse en función del avance esperado para ese momento del año.

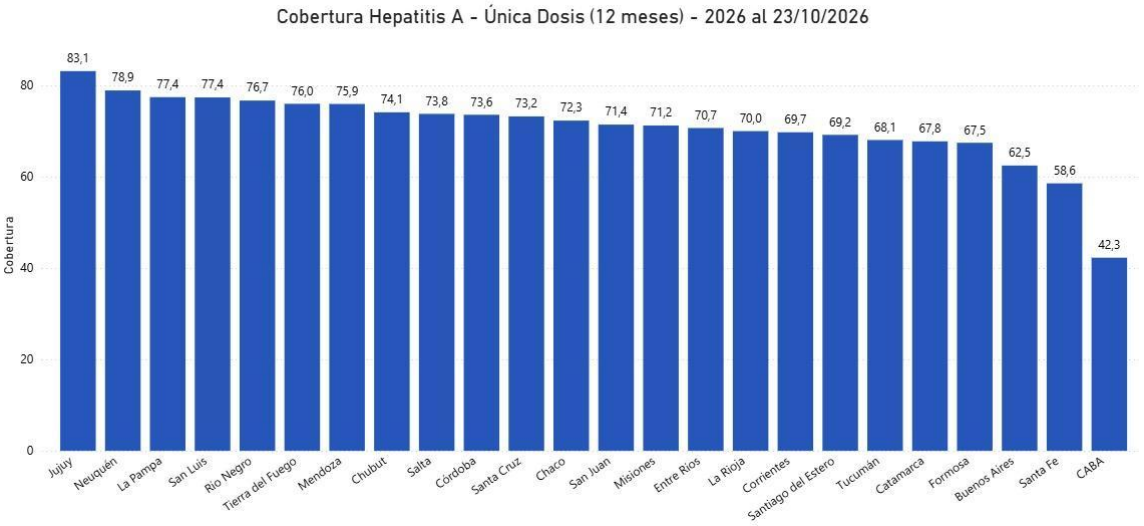
Al considerar el mismo período de años anteriores, el avance registrado fue de 54,0% en 2023, 56,0% en 2024 y 58,3% en 2025. No obstante, el dato correspondiente a 2026 es parcial y se encuentra sujeto a actualización, dado que una proporción de las dosis administradas se incorpora al registro de manera retrospectiva. En consecuencia, el valor observado al momento del análisis no constituye un resultado definitivo y podría incrementarse a medida que se complete la carga de las aplicaciones realizadas.

Asimismo, puede observarse una marcada heterogeneidad entre las jurisdicciones del país. Entre las provincias con coberturas superiores al promedio nacional se destacan Jujuy (83,1%), La Pampa (77,4%), Neuquén (78,9%), San Luis (77,4%), Río Negro (76,7%), Tierra del Fuego (76%) y Mendoza (75,9%). También se ubicaron por encima del promedio Chubut (74,1%), Salta (73,8%), Córdoba (73,6%), Santa Cruz (73,2%), Chaco (72,3%), San Juan (71,4%), Misiones (71,2%), Entre Ríos (70,7%), La Rioja (70%), Corrientes (69,7%), Santiago del Estero (69,2%), Tucumán (68,1%), Catamarca (67,8%) y Formosa (67,5%).

Por otro lado, algunas jurisdicciones presentaron coberturas inferiores al promedio nacional, entre ellas Santa Fe (58,6%) y la provincia de Buenos Aires (62,5%). CABA presentó la cobertura más baja del país, con 42,3%, ubicándose considerablemente por debajo del valor nacional y del resto de las jurisdicciones.

En este contexto, resulta fundamental continuar fortaleciendo las estrategias de monitoreo, microplanificación y recuperación de esquemas atrasados, priorizando especialmente aquellas jurisdicciones con coberturas subóptimas, con el objetivo de mejorar el acceso a la vacunación, alcanzar mayores niveles de cobertura y reducir el riesgo de transmisión del virus de la hepatitis A y de potenciales brotes.

Gráfico 3. Cobertura de vacunación de hepatitis A por Jurisdicción al 23/10/2026. Argentina 2026



Fuente: elaboración en base a datos del registro nominalizado de vacunación (NOMIVAC)

V.5. Recomendaciones para el equipo de salud

V.5.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- Mantener un correcto saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces.
- Realizar un inmediato control del ambiente: se recomienda el escrupuloso lavado con agua y lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.
- Asegurar la desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.
- Tener en cuenta que no se dispone de tratamiento específico.

V.5.B. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN[26]

- Cuando se identifica un caso de infección por hepatitis A, se recomienda aplicar (dentro de las dos semanas de la exposición al VHA):
    - **Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) a los contactos menores de un año.**

[26] Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012 (pág. 86-87). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf

- **Vacuna contra hepatitis A a los mayores de un año (incluyendo adultos susceptibles).**
- **Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) y vacuna en personas con inmunosupresión (incluyendo personas viviendo con VIH con un recuento de CD4 <200 cél/µL) o riesgo de complicaciones graves (enfermedad hepática crónica).**

- Si hubieran transcurrido más de 2 semanas de una exposición a un caso, no se administrará gammaglobulina.
- La transmisión perinatal de este virus es rara y la enfermedad grave poco frecuente. Algunos expertos aconsejan administrar gammaglobulina (0,02 ml/kg) al lactante si los síntomas de la madre hubieran comenzado entre dos semanas antes y dos después del parto.

V.5.C. CONTENCIÓN DE BROTES

En Instituciones educativas

- El uso de la profilaxis post-exposición en el ámbito de los jardines de infantes, colegios o institutos de menores responde a la posibilidad de limitar un brote en la institución, como complemento de medidas básicas de higiene respecto a la provisión de agua, preparación de alimentos y adecuada eliminación de excretas.

En Jardines maternales

- En salas de menores de 1 año: cuando se presenta uno o más casos de hepatitis A, se recomienda la aplicación de gammaglobulina a todos los niños del jardín que compartan el área de cambio de pañales o de preparación de biberones. Los receptores de gammaglobulina pueden regresar a la guardería o el jardín inmediatamente después de recibir la dosis de gammaglobulina.
- En salas de 1 año o más: se recomienda el uso de vacuna, dada la eficacia de la intervención, en niños que no hubieran sido vacunados con anterioridad.

En escuelas

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

- Si se detectan casos confirmados en un lapso de tiempo mayor a 50 días entre el inicio de los síntomas entre uno y otro caso, se deben extremar los cuidados de higiene personal y ambiental.
- No se debe indicar la aplicación de gammaglobulina ni de vacuna.
- Si ocurren 2 o más casos en alumnos o personas de un mismo grupo familiar que concurren a la misma escuela, solo se vacunará al grupo familiar.
- Si ocurren 2 o más casos en niños o personas que concurren a la misma escuela (dentro del mismo período de incubación), o si se detecta la propagación de la enfermedad por la ocurrencia de uno o más casos secundarios, se debe vacunar a todo el turno o solo al grado, según corresponda.
- Si ocurren 2 o más casos en niños o personas de diferentes turnos, se debe vacunar a todos en la institución.

En instituciones y hospitales

- La prevención de esta infección debe hacerse por medio del uso correcto de las precauciones estándar.
- No está indicada la vacunación de rutina para el personal de salud, aun en centros con manejo de neonatos o niños.
- Ante la presencia de un caso de hepatitis A, se puede indicar la vacunación al personal de salud en contacto con el paciente. Idealmente, se debe estudiar a los expuestos y obtener los resultados dentro de las 48 horas para vacunar solo a los que sean negativos (IgG anti-VHA). En caso de no contar con la serología dentro de las 48 horas, se deberá vacunar directamente.

A nivel comunitario

- Potabilizar el agua con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de excretas.
- Promover la educación sanitaria con relación a la higiene personal: lavado de manos con agua, jabón y cepillo para uñas para la manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.

Medidas en caso de desastre

- La administración masiva de inmunoglobulina no sustituye las medidas ambientales.
- Cuando gran número de personas está en condiciones de aglomeración y/o hacinamiento, las deficientes acciones de saneamiento son un problema potencial. Habrá que extremar las medidas sanitarias. Adecuada eliminación de excretas y la seguridad de los abastecimientos de agua: indicar no beber agua del lugar salvo que esté clorada o proveer agua potable en envases individuales; en caso de provisión de agua por cisternas fijas o móviles, proceder a la cloración en el lugar de su uso; controlar la eliminación sanitaria del agua utilizada. Reforzar la adecuada eliminación de excretas.

V.5.D. INDICACIONES PARA TOMA, ALMACENAMIENTO Y ENVÍO DE MUESTRAS PARA EL ESTUDIO DE HEPATITIS A[27]

Consideraciones generales

- Remitir al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales-INEI-ANLIS-Malbrán la muestra de plasma/suero con resultado reactivo de IgM anti-HAV obtenida en el laboratorio local, en tubo original con tapa o trasvasada a tubos tipo Eppendorf.
- Realizar la derivación de la muestra a través del SNVS 2.0.
- Rotular con el nombre y apellido del paciente y fecha de toma de muestra. Conservar a -20°C hasta su derivación.
- Si la muestra con la que se realizó el diagnóstico no estuviese disponible o no hubiese sido conservada en condiciones adecuadas, remitir una nueva muestra del paciente, obtenida dentro de los 30-45 días desde el comienzo de los síntomas.

[27] Mail de contacto ante cualquier consulta: lnrhepatitis@anlis.gob.ar

- En caso de ser posible, se debe enviar también una muestra de materia fecal, una punta de cuchara en un frasco estéril (por ejemplo, de urocultivo), sin agregado de ningún líquido o medio de transporte. Conservar a 4°C hasta su derivación.

Embalaje para derivación de muestras

- - Verificar el perfecto cierre de cada tubo de muestra.
- - Realizar un embalaje triple que cumpla con las normas de bioseguridad vigentes.
- - Acompañar las muestras con ficha clínico-epidemiológica correspondiente

V.6. Recomendaciones para la población

V.6.A. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Vacunación

La hepatitis A es una enfermedad prevenible mediante vacunación. La vacuna contra la hepatitis A está incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para niños al año de vida (Res. Ministerial N°653/05). A los quince días de aplicada la primera dosis, el 93% de los vacunados desarrollan anticuerpos detectables, alcanzando entre el 95% y el 99% al mes.

La vacuna se administra en una única dosis a los 12 meses de vida y también se recomienda para poblaciones de riesgo, entre las que se incluyen:

- Varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, mujeres trans y trabajadores sexuales.
- Personas con desórdenes de la coagulación o enfermedad hepática crónica.
- Personal de laboratorio que manipula muestras del virus.
- Personal gastronómico, de maestranza que maneja residuos y servicios sanitarios.
- Personal de jardines maternales que asiste a niños menores de un año.
- Personas que viajan a zonas de alta o mediana endemia (en este caso, la vacuna no es provista por el Ministerio de Salud).

Para los individuos susceptibles dentro de estos grupos, se recomienda un esquema de **dos dosis** con un intervalo de 0 a 6 meses. En pacientes inmunocomprometidos, incluidos aquellos con VIH, la respuesta inmune puede ser subóptima o no duradera.

Todas las marcas de vacunas son intercambiables. Para acceder a la vacunación, quienes pertenezcan a alguno de estos grupos deben presentar una orden médica.

Medidas de prevención generales

- Consumir agua potable, filtrada o clorada.
- Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón, especialmente después de ir al baño, cambiar pañales y antes de preparar o consumir alimentos
- Lavar cuidadosamente las frutas y verduras con agua segura y cocinar bien los alimentos
- Eliminar la materia fecal de manera segura: desechar los pañales descartables en bolsas bien cerradas y, en el caso de pañales de tela, eliminar la materia fecal en el inodoro o letrina y lavarlos adecuadamente. Limpieza de los sanitarios con lavandina

- No compartir elementos de higiene personal, como cepillos de dientes, no beber agua del pico de las canillas

V.7. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Los focos registrados en poblaciones específicas de algunas jurisdicciones del país dan cuenta de que la hepatitis A continúa representando un desafío sanitario. Si bien las coberturas de vacunación han mostrado una mejora respecto de años anteriores, el contexto actual presenta cambios en los patrones de transmisión y la persistencia de eventos que requieren una respuesta oportuna y sostenida del sistema de salud.

Durante el 2026, frente al aumento de casos registrado en la provincia de Salta, se consolidó una mesa de trabajo para abordar la situación de manera integrada con las contrapartes jurisdiccionales de las áreas involucradas. A partir de un pedido puntual del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la provincia, se definió acompañar en territorio al equipo de salud de Embarcación (Departamento General Enrique Mosconi) y Rivadavia, para reforzar la vacunación, considerando además el antecedente de brote registrado en 2025.

Para ello, desde la cartera sanitaria nacional se realizaron capacitaciones de actualización técnica en hepatitis A, control de foco y estrategias de bloqueo, junto con el fortalecimiento del rol estratégico de la vacunación como principal medida preventiva, con énfasis en la adecuada gestión de la cadena de frío. Asimismo, se promovió la implementación de estrategias de microplanificación en contextos de vulnerabilidad y un abordaje integral articulado con los equipos de salud locales.

En el contexto de las inundaciones ocurridas en la región, en conjunto con las contrapartes jurisdiccionales, se implementaron intervenciones específicas que incluyeron la evaluación rápida del riesgo sanitario, la revisión de esquemas de vacunación con aplicación de dosis pendientes y el fortalecimiento de acciones de educación sanitaria, particularmente en relación con la higiene de manos y la manipulación segura de alimentos.

En el marco de las acciones de preparación y respuesta ante los posibles impactos sanitarios asociados al fenómeno de El Niño (FEN) durante el período 2026-2027, el Ministerio de Salud de la Nación, elaboró y publicó el documento técnico *"Vacunación: preparación y acciones ante el fenómeno El Niño"*. Este documento establece lineamientos para fortalecer la capacidad de respuesta de los programas de inmunizaciones y garantizar la continuidad de la vacunación de Calendario ante posibles escenarios de emergencia climática, particularmente aquellos que puedan favorecer la transmisión de enfermedades como la hepatitis A, asociadas a condiciones deficientes de saneamiento y dificultades en el acceso al agua segura.

Como parte de las acciones de preparación, durante el mes de julio se realizaron reuniones de trabajo con los jefes de los Programas Ampliados de Inmunizaciones (PAI) de las jurisdicciones priorizadas por su potencial exposición al fenómeno. Estos encuentros estuvieron orientados a sensibilizar a los equipos provinciales sobre los posibles escenarios sanitarios asociados a diferentes grados de intensidad del FEN, identificar vulnerabilidades operativas y promover la planificación anticipada de estrategias de vacunación. En particular, se destacó la importancia de fortalecer las acciones de prevención de la hepatitis A ante posibles inundaciones, desplazamientos poblacionales y alteraciones en las condiciones de acceso al agua potable y saneamiento.

De manera complementaria, el Ministerio de Salud de la Nación fortaleció la capacidad de respuesta jurisdiccional mediante la distribución de **8.060 dosis adicionales de vacuna**

contra la hepatitis A para adultos, de acuerdo con las **solicitudes y necesidades debidamente fundamentadas por las jurisdicciones**. La distribución contempló **2.760 dosis para Santa Fe capital, 700 para Chaco, 1.000 para Entre Ríos, 3.000 para Buenos Aires y 600 para Misiones**.

Cabe destacar que durante el año 2026 se distribuyeron a las jurisdicciones 47.100 dosis de vacuna contra la hepatitis A para adultos, 483.100 dosis de vacuna contra la hepatitis A pediátrica y 252 dosis de inmunoglobulina T.

Estas acciones forman parte de una estrategia de preparación anticipada y articulación entre el nivel nacional y las jurisdicciones, orientada a fortalecer la prevención de la hepatitis A, garantizar la disponibilidad de vacunas y adecuar las intervenciones a los riesgos epidemiológicos y territoriales que pudieran presentarse ante eventos climáticos extremos.

Asimismo, en junio de este año el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) de la ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” presentó un informe sobre vigilancia ambiental de virus de hepatitis A en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Este tipo de vigilancia es una herramienta estratégica y complementaria de los sistemas tradicionales de vigilancia epidemiológica que permite detectar de manera temprana la circulación de agentes infecciosos, identificar áreas de mayor riesgo y monitorear tendencias de transmisión.

Este estudio, realizado de forma conjunta con Agua y Saneamientos Argentinos (AySA) analizó muestras de cinco plantas depuradoras (Planta Depuradora Norte, Planta Depuradora Hurlingham, Planta Depuradora Sudoeste, Planta Depuradora El Jagüel y Planta Depuradora Berazategui) entre diciembre de 2022 y septiembre de 2025. Los resultados mostraron una detección discontinua e intermitente, restringida solo a algunas plantas, del subgenotipo IA, el predominante en Argentina. Los porcentajes de positividad acumulada fueron bajos, oscilando entre el 0% (El Jagüel) y el 22% (Hurlingham). Esta baja presencia es consistente con el impacto de la vacunación en Argentina y la epidemiología de la enfermedad, que suele manifestarse en casos esporádicos en adultos.

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Caso de Meningoencefalitis Amebiana Primaria (MAP) por Naegleria fowleri

VII.1. Situación actual

El laboratorio de referencia (ANLIS Malbrán) detectó ADN de *Naegleria fowleri* por PCR en tiempo real en el líquido cefalorraquídeo en un paciente pediátrico oriundo de la provincia de Catamarca. El paciente comienza con pródromos 48 horas antes, con síntomas respiratorios altos (catarro, tos) y vómitos, a las 24 horas presenta fiebre, cefalea intensa, fotofobia y desorientación, progresando el cuadro rápidamente, por lo que es derivado oportunamente a centro de mayor complejidad. Se interna y se inicia tratamiento con sospecha de meningitis derivándose urgente muestras al LNR ante la sospecha.

VII.2.Investigación epidemiológica

Un equipo de investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca, integrado por personal de las Direcciones de Epidemiología y de la Dirección de Salud y Ambientel, se constituyó en terreno para dar inicio a la investigación epidemiológica de campo, la toma de muestras ambientales y las inspecciones sanitarias correspondientes.

Se ejecutó una auditoría sanitaria de las instalaciones, evaluando el origen, los procesos de tratamiento, el régimen de circulación hídrica, la interconectividad entre los espejos de agua y las pautas de mantenimiento. Asimismo, se procedió a la toma sistemática de muestras de agua y de biopelículas en superficies, de acuerdo con los lineamientos metodológicos consensuados con el ANLIS Malbrán. Los resultados analíticos del muestreo ambiental se encuentran actualmente pendientes de procesamiento. Cabe destacar que, debido a la distribución heterogénea de la ameba en los nichos ambientales, un resultado analítico negativo no invalida ni descarta la presencia del agente etiológico, por lo que los hallazgos microbiológicos deberán interpretarse de manera integral junto con la evidencia epidemiológica y sanitaria. Como antecedente de exposición relevante epidemiológico se documentó la concurrencia del caso con fines recreativos a un complejo de aguas termales durante el período de incubación. No obstante, dicho antecedente por sí solo no establece causalidad definitiva; por consiguiente, la investigación epidemiológica amplió el espectro analítico para contemplar la totalidad de las exposiciones de riesgo acaecidas en los 12 días previos a la fecha de inicio de síntomas (FIS). En el marco de la vigilancia epidemiológica intensificada, se implementaron estrategias de búsqueda activa institucional y comunitaria de casos sospechosos compatibles con la definición de caso, sin haberse identificado, hasta el momento, otros casos asociados al evento. Se encuentran en proceso los resultados del muestreo ambiental. Un resultado negativo no permitiría descartar la presencia de la ameba, porque se distribuye de manera irregular en el ambiente. Los resultados se interpretarán junto con la investigación epidemiológica y sanitaria.

VII.3.Características de la enfermedad

VII.3.A. ¿QUÉ ES LA MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA (MAP)?

Es una enfermedad muy poco frecuente que afecta el cerebro y las membranas que lo rodean, de extrema gravedad y con una mortalidad del 95% al 97%. Es producida por Naegleria fowleri, una ameba de vida libre presente en aguas dulces templadas o calientes (lagunas, ríos, aguas termales) y en sus sedimentos.

La infección ocurre cuando el agua contaminada ingresa por las fosas nasales, permitiendo que la ameba migre a través del nervio olfatorio hacia el sistema nervioso central. Los síntomas aparecen dentro de los 10 a 15 días posteriores a la exposición y progresan con rapidez. No se contrae al tragar agua ni se transmite de persona a persona. Una vez en la cavidad nasal, los trofozoítos se adhieren al neuroepitelio olfatorio y migran a través de la lámina cribosa del etmoides siguiendo los nervios olfatorios hasta el cerebro y las meninges, donde provocan una meningoencefalitis hemorrágica con necrosis e inflamación. La ameba tolera los niveles bajos de cloro, lo que explica el riesgo de infección en piscinas insuficientemente desinfectadas.

Los primeros síntomas de la meningoencefalitis amebiana primaria pueden incluir dolor de cabeza, fiebre, náuseas y vómitos. La enfermedad evoluciona rápidamente. La mayoría de las personas con meningoencefalitis amebiana primaria mueren de 1 a 18 días después del comienzo de los síntomas. Generalmente causa el coma y la muerte después de 5 días.

A medida que la enfermedad evoluciona, los síntomas pueden incluir rigidez en el cuello, confusión, falta de atención a otras personas y al entorno, pérdida del equilibrio y alucinaciones.

La *Naegleria fowleri* es una ameba de vida libre (conocida comúnmente como "ameba comecerebros") que habita en cuerpos de agua dulce templada o tibia (lagunas, ríos, estanques, aguas termales, piscinas no tratadas o deficientemente cloradas) y suelos húmedos de todo el mundo. En muy raras ocasiones se ha encontrado la *Naegleria fowleri* en piscinas, áreas recreativas con chorros de agua y otros lugares recreativos que no reciben el mantenimiento adecuado.

Entre 1962 y el 2024, se notificaron 167 casos de meningoencefalitis amebiana primaria en los Estados Unidos. Solo cuatro han sobrevivido.

En América Latina se han registrado casos en Brasil, Colombia, Venezuela, Perú y Chile. En Argentina el primer caso registrado ocurrió en febrero de 2017 en un niño de 8 años en General Arenales, provincia de Buenos Aires, tras sumergirse en la laguna Mar Chiquita.

Su incidencia ha aumentado a nivel mundial como consecuencia del incremento de las temperaturas globales. Predomina durante el verano, asociada principalmente a actividades acuáticas recreativas, afectando con mayor frecuencia a la población joven masculina.

No se transmite de persona a persona ni por la ingesta de agua contaminada.

Síntomas y manifestaciones clínicas

- **Período de incubación:** Generalmente de 1 a 12 días (mediana de 5 días) tras la exposición nasal a agua contaminada.
- **Inicio de síntomas:** Cefalea frontal severa, fiebre elevada, náuseas y vómitos.
- **Progresión rápida:** Rigidez de nuca, confusión, falta de atención, pérdida del equilibrio, convulsiones, alucinaciones y coma.
- **Evolución:** La enfermedad progresa rápidamente y suele ser fatal (letalidad mayor al 97%).

VII.4. Medidas de prevención y recomendaciones:

A. Recomendaciones para la Población General

1. **Evitar la entrada de agua por la nariz:**
    - No sumergir la cabeza en aguas dulces templadas, termales o no tratadas.
    - Mantener siempre la cabeza fuera del agua o utilizar pinzas/clips nasales durante actividades acuáticas.
    - Evitar zambullirse de cabeza o saltar al agua sin protección nasal.
2. **Evitar remover sedimentos:**
    - No remover el sedimento, lodo o barro del fondo en zonas naturales o poco profundas, ya que las amebas se concentran allí.
3. **Evitar juegos de alto impacto:**
    - Evitar juegos bruscos, salpicaduras intencionales o lanzar agua directamente a la cara de otras personas.
4. **Lavados nasales e irrigaciones:**
    - Para higiene nasal o uso de dispositivos (como lota/neti pot): utilizar únicamente agua destilada, estéril, previamente hervida (durante 1 minuto y enfriada) o filtrada adecuadamente. **Nunca utilizar agua de la red sin hervir o agua no tratada para irrigaciones nasales**.

VII.4.A. RECOMENDACIONES PARA ADMINISTRADORES DE TERMAS, BALNEARIOS, PISCINAS Y ESPACIOS RECREATIVOS:

1. **Tratamiento y Mantenimiento del Agua:**
    - Garantizar niveles adecuados de desinfección mediante cloración continua (mantener cloro libre residual entre 1 a 3 mg/L / ppm) y control estricto de pH (7.2 a 7.8).
    - Realizar inspecciones periódicas de los sistemas de filtrado y mantenimiento general de las instalaciones.
2. **Rotulación y Cartelería Obligatoria:**
    - Colocar cartelería clara y visible en los accesos principales, estacionamientos y bordes de las piscinas/balnearios advirtiendo el riesgo e informando las medidas de protección:
        1. No sumergir la cabeza bajo el agua.
        2. Mantener la cabeza fuera del agua o usar pinzas nasales.
        3. Evitar salpicaduras intencionales o lanzar agua a la cara de otras personas.
        4. No remover el sedimento o lodo del fondo.

3. **Medidas ante Sospecha o Confirmación:**
    - Evaluar el cierre temporal preventivo del área o balneario para realizar muestreos ambientales y revisar/optimizar los sistemas de desinfección.

VII.4.B. RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

1. **Sospecha Clínica:**
    - Considerar *Naegleria fowleri* en pacientes que presenten cuadros de meningoencefalitis aguda con antecedente de inmersión o actividades acuáticas en aguas dulces/termales en los últimos 14 días.
2. **Notificación Obligatoria:**
    - Notificar de manera inmediata en el sistema de vigilancia (SISA - SNVS 2.0) dentro de las fichas correspondientes (Meningoencefalitis / Infecciones por amebas de vida libre) registrando fecha de inicio de síntomas, exposición ambiental, resultados de laboratorio y evolución del paciente.
3. **Diagnóstico de Laboratorio:**
    - Observación directa en fresco de LCR (trofozoítos móviles), PCR específica en laboratorios de referencia (ANLIS-Malbrán).
4. **Tratamiento:**
    - Ante la sospecha clínica alta, iniciar tratamiento empírico inmediato en consulta especializada con infectología e intensivismo.

VII.4.C. ASPECTOS CLAVE SOBRE LA TRANSMISIÓN Y RIESGOS

- No se transmite de persona a persona.
- No se adquiere por beber agua.

No existe riesgo para familiares, convivientes, personal de salud ni otros contactos del paciente.

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VIII. 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).

VIII.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

PERÍODO DE REPORTE: SE 1–41 2026 (4 de enero – 17 de octubre del 2026)
Acumulado SE 1-41, 2026.

Casos confirmados: 56.753

Fallecimientos: 81

Países y territorios (acumulados): 17

Últimas dos semanas – SE 39-40, 2026.

Nuevos casos confirmados: +643 (-32% en comparación con SE 37-38)

Nuevas muertes: +4 (3 Guatemala, 1 EE.UU.)

Países y territorios que han notificado casos: 6/17

VIII.1.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 41 del 2026 (que finalizó el 17 de octubre del 2026), la Región de las Américas notificó 56.753 casos confirmados de sarampión en 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 4,8 veces en comparación con el mismo período del 2025. Guatemala (34.535), México (13.691), Estados Unidos (4.410), Perú (2.698) y Canadá (1.124) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (Mapa 1).

Se han notificado un total de 81 muertes, de los cuales 53 ocurrieron en Guatemala, 23 en México, tres en los Estados Unidos de América, una en Perú y una en Bolivia. Durante las SE 39 y 40 del 2026, la Región de las Américas notificó 643 nuevos casos confirmados de sarampión en seis países y territorios, lo que representa una disminución del 32% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 37-38; 946 nuevos casos, de los cuales 259 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional) (Figura 1). De los 643 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 39 y 40, Estados Unidos registró 320, seguido de Guatemala con 211, Perú con 68, México con 39, Canadá con tres y Bolivia con dos.

A pesar de que la transmisión está disminuyendo en algunos países de las Américas, con estimaciones de Rt inferiores a 1 (Tabla 3), puede persistir una transmisión de bajo nivel a través de 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, lo que retrasa el fin del brote y aumenta el riesgo de que se restablezca la transmisión endémica, lo que, en última instancia, podría poner en peligro la condición de «libre de sarampión» de un país.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – SE 41, 2026. (n = 55.753)

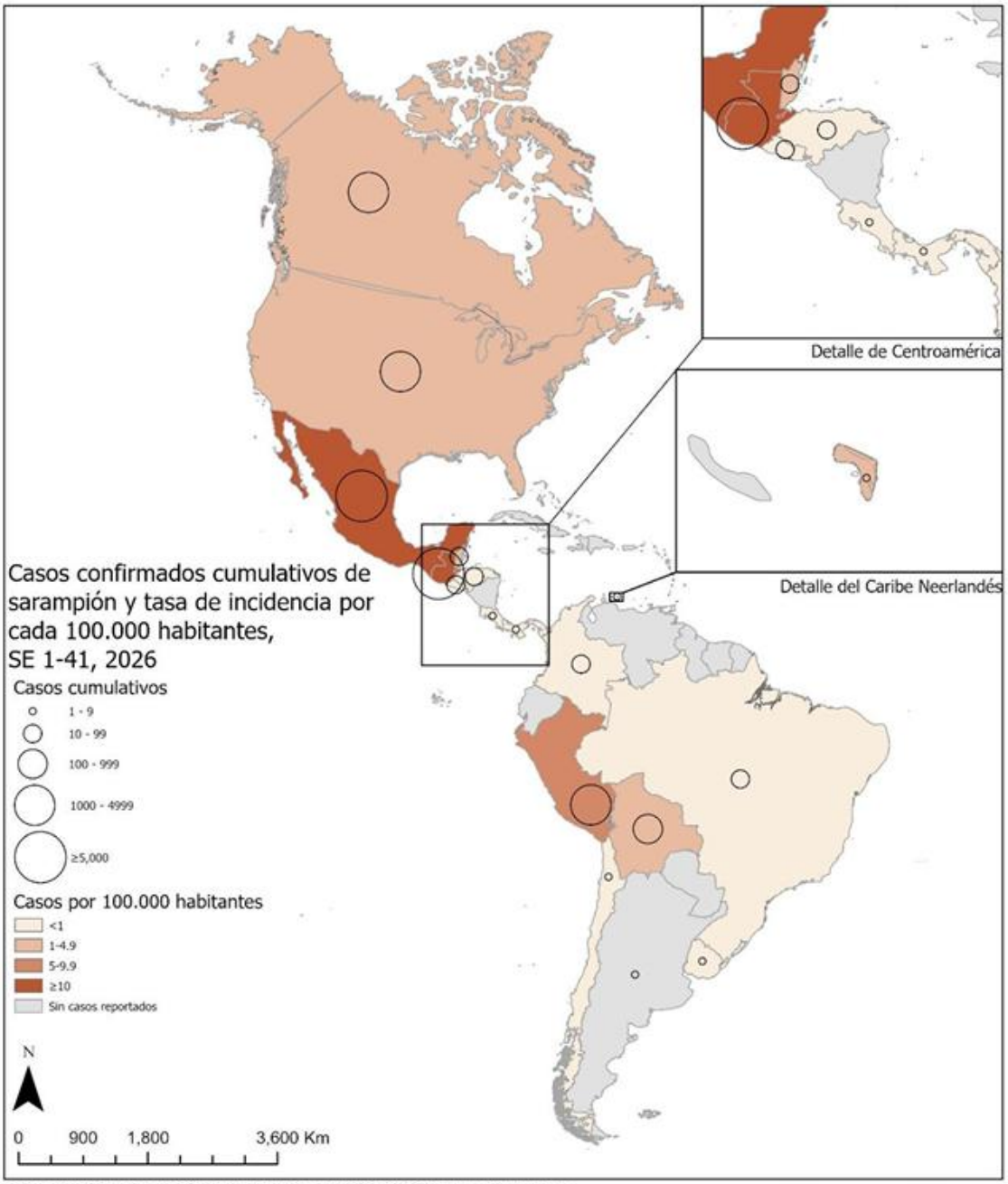


Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 39 del 2026

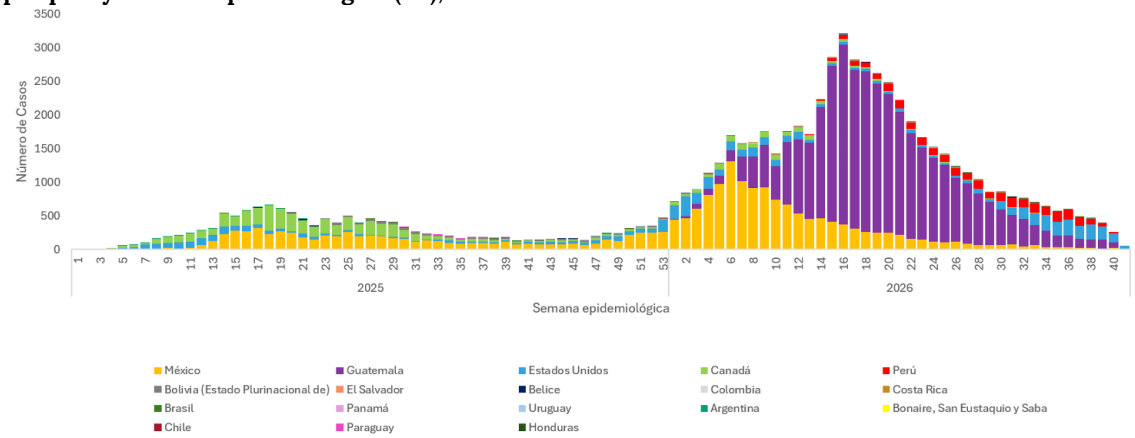


Tabla 1. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, hasta la SE 41 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 39-40	Casos en 2026 (hasta la SE 41) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 41) (1)	Tendencia observada (SE 37-40)**	Escenario de respuesta (11)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+211	34.535	53	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la semana epidemiológica 41, 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 (400,6 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Guatemala Central (330,6 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (306,9 por cada 100.000 habitantes). De todos los casos confirmados de sarampión, el 62% 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. La tasa de letalidad en este grupo de edad es del 0,55% (aproximadamente 6 muertes por cada 1.000 casos confirmados), frente al 0,15% (aproximadamente 1 muerte por cada 1.000 casos confirmados) en la población general. El 67,6% de los casos no tenía antecedentes de vacunación. El caso más reciente se notificó en la SE 40 del 2026.
México*	+39	13.691	23	- 	Escenario C: transmisión comunitaria	La mayoría de los casos en 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 7.289 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.033 casos; y Chiapas, con 951 casos. El caso más reciente se registró en la SE 40 del 2026.

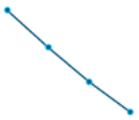
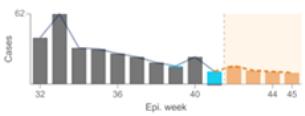
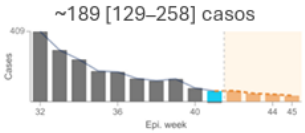
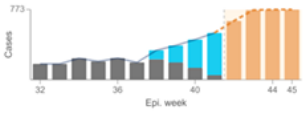
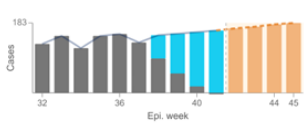
País	Nuevos casos notificados hasta las SE 39-40	Casos en 2026 (hasta la SE 41) (*1*)	Muertes en 2026 (hasta la SE 41) (*1*)	Tendencia observada (SE 37-40)**	Escenario de respuesta (11)****	Notas epidemiológicas
Estados Unidos*	+320	4.410	3	↓ en descenso [6] 	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Pensilvania (1.237), Carolina del Sur (670), Utah (535), Wisconsin (256), Texas (192), Virginia (178), Kentucky (167), Ohio (160) y Florida (148). Durante este periodo de notificación se ha registrado una tercera muerte relacionada con el sarampión. El caso más reciente se notificó en la SE 41 del 2026.
Perú*	+68	2.698	1	↓ en descenso[7] 	Escenario C: transmisión comunitaria	El caso más reciente se registró en la SE 40 del 2026.
Canadá*	+3	1.124	0	Transmisión por gotículas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario C: transmisión comunitaria	En el año 2026, hasta la SE 41, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (680) y Alberta (311); les siguen Columbia Británica (50), Ontario (35) y Quebec (32). El grupo de edad más afectado sigue siendo el de los jóvenes de entre 5 y 17 años (41%). El caso más reciente se registró en la SE 40 del 2026.
Bolivia*	+2	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	0	52	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 38 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	16	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 38 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.
Costa Rica	0	5	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual ni riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 15 del 2026.
Otros (≤5 casos) * **	—	Véase el panel de control (*1*)	Véase el panel de control (*1*)	—		—

Tabla 2. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, a fecha de la SE 41 del 2026.

País	R_t (CrI del 95%)[1] Número de reproducción efectivo	Según el modelo [2]	Previsión a 4 semanas (SE 42-45) Mediana [PrI del 95%][3]	Interpretación del modelo
México	**0,78 [0,62–0,98]**	*↓ en descenso*	~49 [20–88] 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	**0,7 [0,63–0,77]**	*↓ en descenso*	~189 [129–258] casos 	Se estima que R_t es de 0,7, 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	**1,49 [1,42–1,57]**	*↑ en aumento*	~3.480 [3.104–3.897] casos 	Se estima que R_t es de 1,49. La estimación y su intervalo de incertidumbre se mantienen muy por encima de 1, lo que indica un aumento sostenido de la transmisión en el período más reciente. Se recomienda un seguimiento continuo para evaluar la persistencia y la magnitud de esta tendencia al alza.
Canadá	—[4]	—[4]	—[4]	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota al pie 4. De los 1 117 casos registrados en 2026, 1 021 siguen vinculados al brote que comenzó en octubre del 2024, que es un e que ahora muestra un descenso sostenido.
Perú	**1,06 [0,98–1,15]**	*~estable*	~704 [567–858] 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-situacion-14-sarampion-region-americas-22-octubre-2026

VIII.2. Enfermedad por el virus del Ébola de Bundibugyo – República Democrática del Congo, Kenya y Nigeria

Recibido a través del CNE el 23/10/2026

Desde la publicación de la anterior Noticia sobre brotes de enfermedades (Disease Outbreak News), el 8 de octubre de 2026, se han notificado casos confirmados y defunciones adicionales en la República Democrática del Congo.

Desde la declaración del brote, el 15 de mayo de 2026, se han notificado casos en cinco países: la República Democrática del Congo, Uganda, Francia y, más recientemente, Kenya y Nigeria. Nigeria es el quinto país afectado por el brote en curso, lo que pone de manifiesto el riesgo persistente de transmisión transfronteriza.

República Democrática del Congo

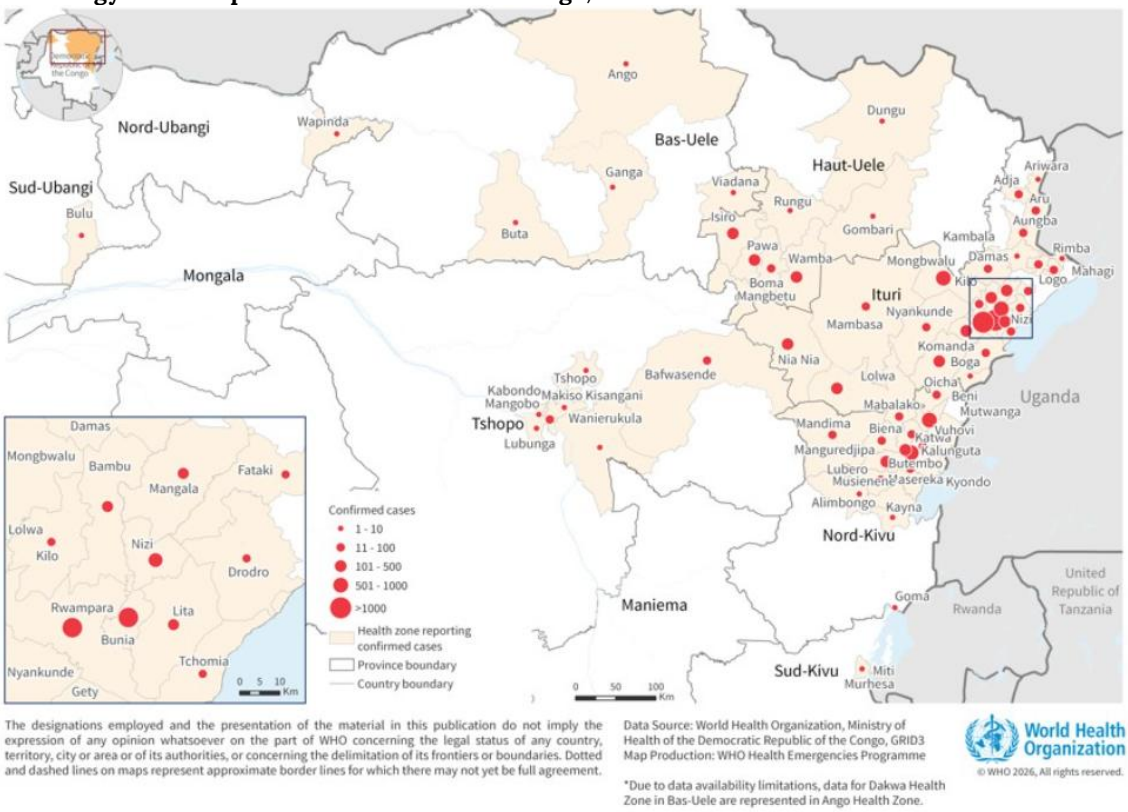
Desde la publicación de la anterior Noticia sobre brotes de enfermedades (Disease Outbreak News), se han notificado 976 casos confirmados adicionales, incluidas 482 defunciones confirmadas, en la República Democrática del Congo.

En el período más reciente de 24 horas, al 20 de octubre, se notificaron 67 nuevos casos confirmados: 37 en Ituri, 29 en Nord Kivu y uno en Tshopo. Durante ese período no se notificaron nuevos casos en Bas-Uélé, Haut-Uélé, Nord Ubangi, Sud Kivu ni Sud-Ubangi.

Al 20 de octubre, el número acumulado de casos confirmados asciende a 9704, incluidas 4687 defunciones y 2595 recuperaciones. La tasa de letalidad (TL) bruta general es del 48,3%.

Hasta el momento, se han identificado casos confirmados en 66 zonas sanitarias de ocho provincias. De las 66 zonas afectadas, 50 notificaron al menos un caso nuevo durante los 21 días anteriores, mientras que 16 no registraron casos recientes. Mandima, Beni y Bunia notificaron el mayor número de casos y defunciones durante los 21 días anteriores. Ituri continúa siendo la provincia más ampliamente afectada, con 28 de sus 36 zonas sanitarias que notificaron casos durante este brote, seguida de Nord Kivu (17/34), Haut-Uélé (7/13), Tshopo (7/23), Bas-Uélé (4/11), Sud Kivu (1/34), Sud-Ubangi (1/16) y Nord-Ubangi (1/11). Nord-Ubangi es la provincia afectada más recientemente, con tres casos confirmados, incluida una defunción. Por su parte, Dakwa, en Haut-Uélé, es la zona sanitaria afectada más recientemente.

Figura 1. Distribución acumulada de los casos confirmados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, al 20 de octubre de 2026.



Ituri continúa siendo el epicentro del brote, con 7040 casos confirmados acumulados y 3271 defunciones. Le sigue Nord Kivu, con 2146 casos confirmados y 1199 defunciones, y continúa registrando la tasa de letalidad provincial más elevada, del 55,9%. Haut-Uélé ha notificado 421 casos y 183 defunciones, mientras que Tshopo ha registrado 76 casos y 27 defunciones. Las provincias menos afectadas continúan notificando un número considerablemente menor de casos, aunque la transmisión persiste en varias de ellas. La aparición sostenida de casos en múltiples provincias demuestra que el brote continúa teniendo una distribución geográfica activa, aunque la intensidad varía entre las distintas zonas sanitarias.

De los 30 130 contactos bajo seguimiento en seis provincias, 24 017 fueron monitoreados durante las últimas 24 horas, lo que corresponde a una tasa de seguimiento del 79,7%, superior al 77,8% registrado el día anterior, pero aún por debajo del umbral requerido del 95,0%. Dos provincias alcanzaron o superaron el umbral del 95,0%: Bas-Uélé (98,9%; 740/748) y Sud-Ubangi (97,3%; 109/112). Cuatro provincias se situaron por debajo del umbral: Haut-Uélé (89,9%; 1286/1430), Ituri (92,8%; 6382/6879), donde siete contactos evolucionaron a casos sospechosos, Tshopo (83,7%; 1077/12 086) y Nord-Kivu (73,3%; 14 423/19 675), cuyo desempeño continúa siendo insuficiente. Es necesario fortalecer el seguimiento de contactos, particularmente en las provincias que se encuentran por debajo de la meta, a fin de alcanzar el umbral mínimo del 95%.

Figura 2. Número de casos confirmados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 20 de octubre de 2026.

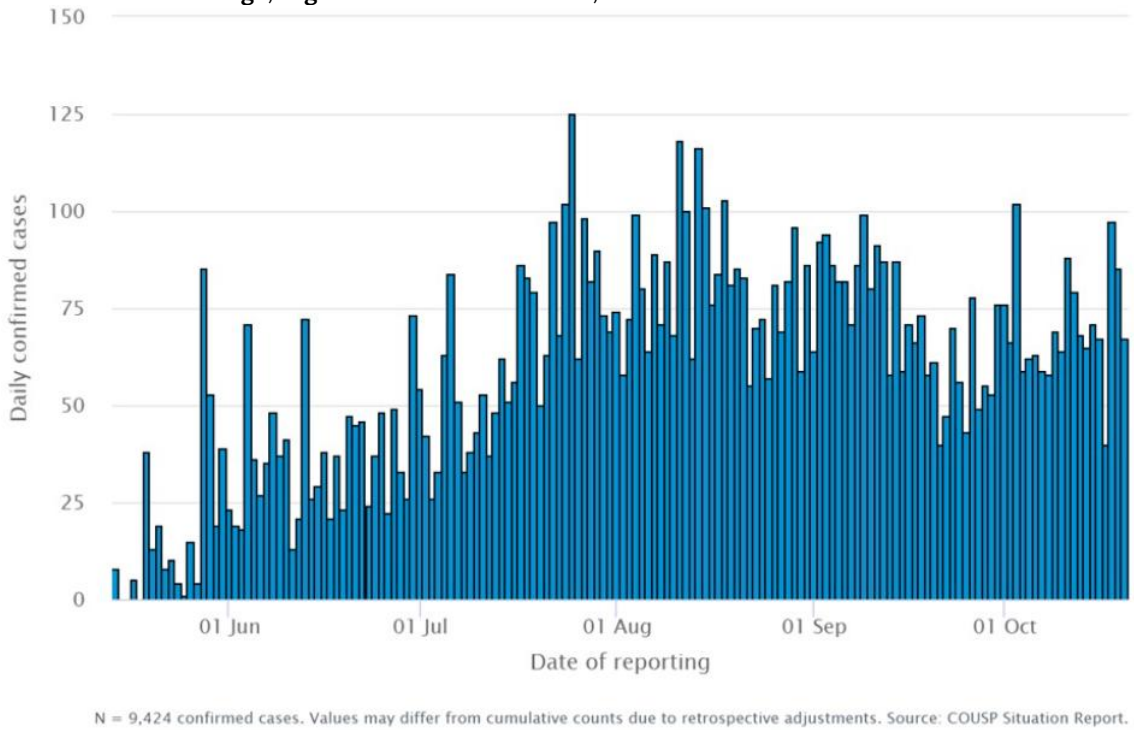
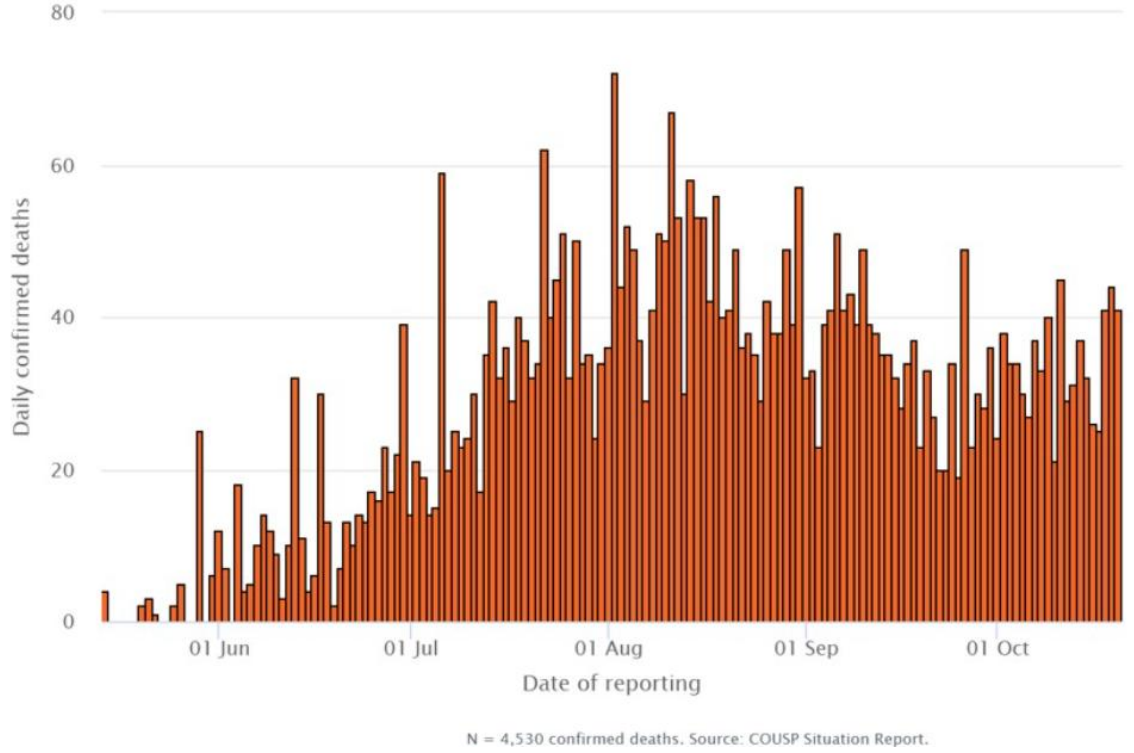


Figura 3. Número de defunciones entre los casos confirmados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 20 de octubre de 2026.

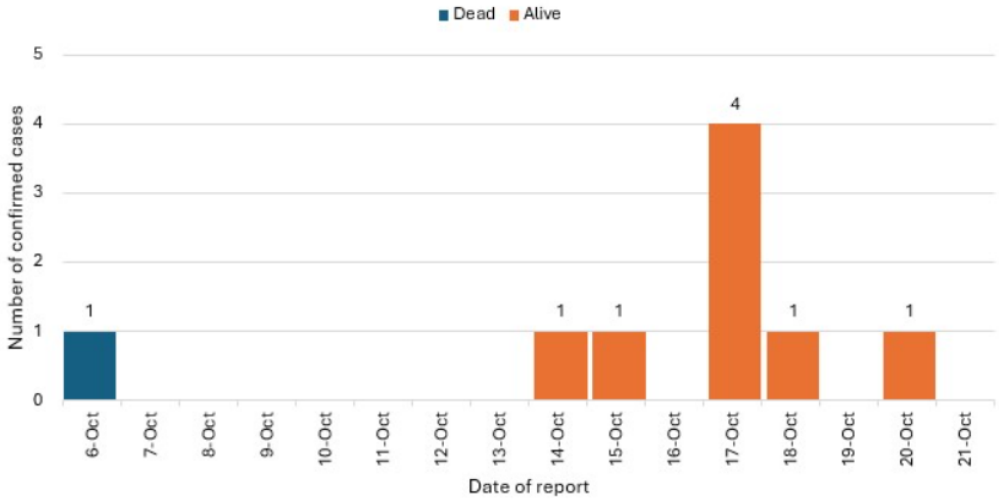


Kenya

El 6 de octubre de 2026, el Ministerio de Salud de Kenya notificó el primer caso importado de enfermedad por el virus de Bundibugyo (BVD) confirmado por laboratorio en un hombre adulto que había viajado desde la República Democrática del Congo, por vía terrestre a través de Uganda, y había llegado a Nairobi por vía aérea el 3 de octubre. El paciente presentaba otras comorbilidades y había estado enfermo durante aproximadamente un mes. Había recibido atención médica en varios hospitales de la República Democrática del Congo. A su llegada, fue aislado en un hospital de Nairobi. Las muestras recolectadas el 5 de octubre dieron positivo para el virus de Bundibugyo en dos laboratorios nacionales. A pesar de recibir tratamiento de sostén, el paciente falleció el 5 de octubre y recibió un entierro seguro y digno el 6 de octubre.

Al 20 de octubre de 2026, se ha notificado en Kenya un total de nueve casos, incluida una defunción. Los ocho casos secundarios están vinculados epidemiológicamente al caso índice importado y asociados a un mismo conglomerado. Entre ellos se encuentran cuatro familiares y cuatro trabajadores de la salud y de atención sanitaria. Todos los casos nuevos se encontraban en cuarentena al momento de la aparición de los síntomas y actualmente permanecen aislados y reciben la atención de sostén y el tratamiento adecuados en dos establecimientos designados. Actualmente, no hay evidencia de transmisión fuera de este conglomerado. Al 20 de octubre, se había identificado y puesto en cuarentena a la totalidad de los 135 contactos.

Figura 4. Número de casos confirmados de enfermedad por el virus de Bundibugyo en Kenya, según fecha de notificación, al 21 de octubre de 2026.



Nigeria

El 20 de octubre de 2026, Nigeria notificó un caso importado de enfermedad por el virus de Bundibugyo (BVD), confirmado por laboratorio, en el Territorio de la Capital Federal (Abuja), convirtiéndose en el quinto país en detectar el virus desde que se declaró el brote en la República Democrática del Congo, el 15 de mayo de 2026. El caso presentó síntomas el 7 de octubre, cuatro días después de su llegada a Nigeria. El 11 de octubre solicitó atención médica en Abuja y el 20 de octubre de 2026 obtuvo un resultado positivo para el virus de Bundibugyo. Actualmente, permanece aislado y recibe atención médica.

Al 20 de octubre, se habían identificado 44 contactos, que se encuentran bajo seguimiento. Las autoridades nacionales, con el apoyo de la OMS y sus asociados, han intensificado las actividades de rastreo de contactos, investigación de casos y aplicación de medidas de prevención y control de infecciones, incluida la provisión de suministros esenciales y equipos de protección personal para los trabajadores de la salud.

Las investigaciones continúan para establecer la probable fuente de infección y reconstruir los antecedentes de viaje y exposición del caso. La OMS ha instado a los países de la región a fortalecer la vigilancia, la capacidad de diagnóstico de laboratorio, la preparación para una respuesta rápida y la preparación transfronteriza, con el fin de mitigar el riesgo de una mayor transmisión.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON622

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

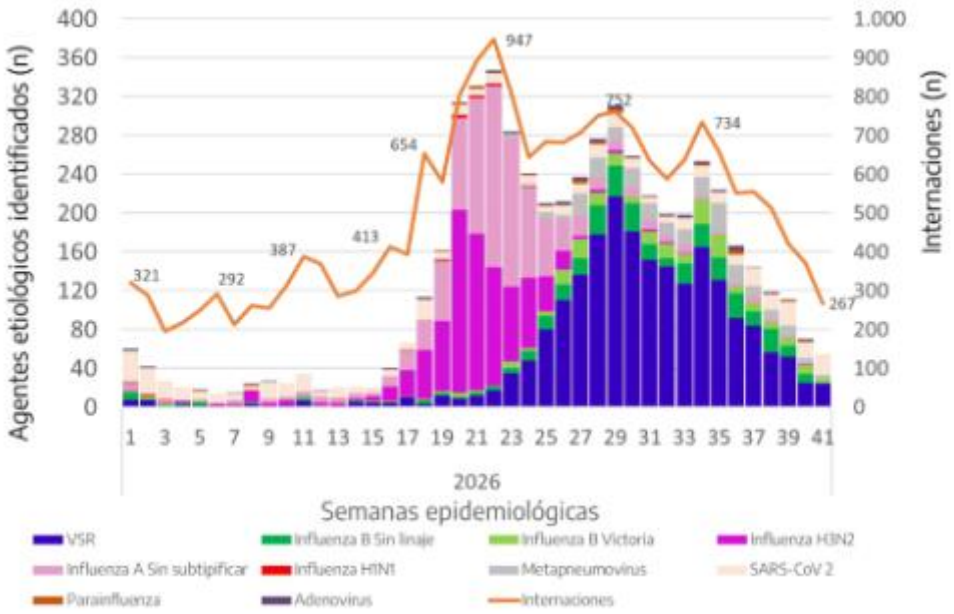
IX. Boletines Jurisdiccionales

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

En la provincia de Buenos Aires (PBA), la vigilancia universal de internaciones por infección respiratoria aguda (IRA) mostró que influenza A(H3N2) fue el principal agente etiológico identificado entre mediados de abril y junio (SE 16-25). El mayor número de internaciones y de detecciones virales se registró en la SE 22, seguido de una disminución de las internaciones hasta la SE 24.



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

IX.2. Santa Fe: Leptospirosis

En la provincia de Santa Fe, durante el año 2024 se notificaron un total de 1204 casos al evento de Leptospirosis de los cuales 73 casos (6%) corresponden a casos confirmados o probables. En el 2025 el total de los casos notificados fue de 938, mientras que 66 casos (7%) fueron clasificados como confirmados o probables. En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE41/2026) fueron notificados 648 casos 2 de los cuales 88 casos (14%) corresponden a casos confirmados o probables. En la siguiente tabla se presenta la distribución de los casos confirmados y probables según año.



Tabla 1: Casos confirmados y probables de Leptospirosis según año. Provincia de Santa Fe. Años 2024 a 2026 (2026: SE1 a SE41).

Año	Confirmados	Probables	Total confirmados y probables
2024	22	51	73
2025	29	37	66
2026 (SE1 a SE41)	29	59	88
Total	**80**	**147**	**227**

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

Para más información:

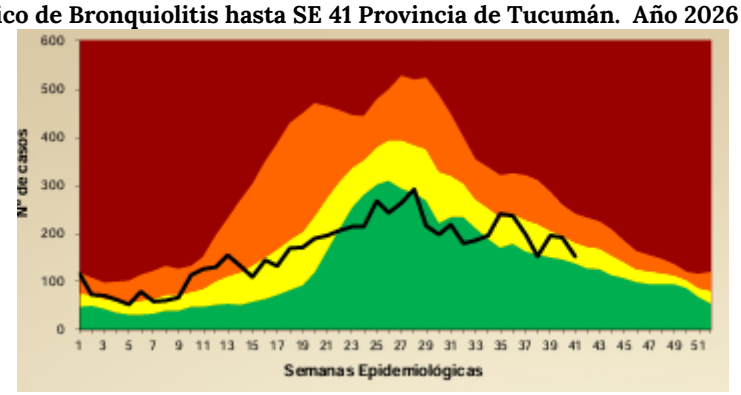
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

IX.3. 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 41 se notificaron 154 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 41 Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiologia Tucumán.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

X. 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”.

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



Duración: 30 horas

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