



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL

Nº 782

Semana epidemiológica 45

AÑO 2025

Desde 07/11 al 13/11

Fecha de publicación

17/11/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Coqueluche

Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias. Del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica.

Infecciones Respiratorias

Del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: Virus respiratorios y el Departamento de Epidemiología.

Dengue y otros Arbovirosis

Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles.

El Servicio Meteorológico Nacional.

El Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”, INEVH-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Sífilis

Del Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias.

Tuberculosis

Del Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Control del VIH, TBC y ITS; y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Emilio Coni”, INER-ANLIS “Carlos G. Malbrán”

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, González Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermmina, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

Coordinación y revisión general: Cecilia González Lebrero, Julián Antman.

Agradecimientos

Este boletín es posible gracias al aporte realizado a través de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia por las áreas de vigilancia epidemiológica de nivel local, jurisdiccional y nacional y a todas las personas usuarias del SNVS^{2.0}.

Imagen de tapa

La sífilis se cura con un tratamiento sencillo y seguro que está disponible en todos los espacios de salud públicos. El tratamiento debe realizarlo la persona que tiene la infección y su/s pareja/s sexuales. Foto tomada desde banco de imágenes de OPS.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°782, SE 45.

I. Nuevo Editorial

A fines de enero, en este mismo espacio, se presentó la renovación del Boletín Epidemiológico Nacional. En aquel editorial señalé que, desde los primeros Epinoticias hasta el BEN actual, la publicación fue transformándose junto con el sistema de vigilancia. El BEN incorporó nuevas secciones, una mirada más federal y herramientas prácticas. Iniciamos entonces una etapa que mantiene el nombre, renueva estética y estructura, recupera la comparación entre observado y esperado y avanza hacia análisis periódicos de todos los ENO, con el mismo objetivo de siempre: producir información oficial, útil y oportuna para la toma de decisiones.

Casi diez meses después, estamos publicando un boletín especialmente significativo. Además de la estructura habitual —la tabla inicial, los eventos priorizados, las situaciones emergentes, las alertas internacionales y la sección federal— incorporamos dos análisis de enorme relevancia sanitaria: sífilis y tuberculosis, eventos transmisibles cuya incidencia aumenta de manera sostenida en el mundo y ante los cuales la Argentina tampoco es ajena.

En tuberculosis, el Ministerio de Salud impulsa un fortalecimiento integral que incluye la expansión del diagnóstico molecular con quince equipos GeneXpert, la consolidación de una red pediátrica y adolescente, la mejora de los registros de BCG mediante la integración de bases del SISA, el seguimiento nominal de personas en tránsito, la autorización caso por caso para formas resistentes y la asistencia experta para situaciones complejas. Se suman las búsquedas activas en poblaciones priorizadas, la provisión gratuita de fármacos esenciales, la actualización de las pautas de diagnóstico y tratamiento y el fortalecimiento de los sistemas de información.

En sífilis, la cartera sanitaria profundiza el análisis periódico de notificaciones en población general, embarazadas y expuestos perinatales, actualizó los algoritmos ETMI-Plus y consolidó un trabajo intersectorial con diversas direcciones nacionales, la OPS, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil. Participó del consenso regional de San Pablo para avanzar en la eliminación de la sífilis y la sífilis congénita. Además, sostiene la provisión continua de pruebas rápidas y penicilina, fortalece las capacitaciones en el primer nivel de atención y desarrolla proyectos con municipios para mejorar la comunicación, la adherencia terapéutica y la notificación oportuna.

En un contexto social dinámico y desafiante, donde las condiciones de vida impactan de lleno en la salud colectiva, es fundamental sostener una vigilancia sólida y un análisis permanente que permitan comprender mejor los procesos, anticipar escenarios y orientar las respuestas sanitarias.

En este espacio, como siempre hemos hecho, asumimos que producir y compartir información clara, oportuna y profesional no solo organiza la acción sanitaria: la hace posible.

¡Hasta la próxima!


Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología


Mg. Julián Antman
Coordinador del Área de Vigilancia de la Salud

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional N.º 782, correspondiente a la Semana Epidemiológica 45, acompaña un nuevo editorial de la Subsecretaría de vigilancia Epidemiológica, información y Estadísticas en Salud que retoma el proceso de renovación iniciado a comienzos de año y reafirma el rol del BEN como herramienta técnica federal y espacio de análisis continuo de la situación sanitaria del país. Esta edición sostiene la estructura habitual —la tabla inicial con la comparación entre observado y esperado, los eventos priorizados, las situaciones emergentes, las alertas internacionales y la sección federal— y, al mismo tiempo, profundiza el trabajo analítico en dos eventos de alta relevancia global: sífilis y tuberculosis, ambos con crecimiento sostenido a nivel mundial y regional.

En este número se presentan dos informes epidemiológicos completos para estos eventos, con su situación internacional, regional y nacional, y con un detalle de las acciones que el Ministerio de Salud de la Nación impulsa para fortalecer la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia. Su incorporación responde a la necesidad de contar con análisis periódicos, comparables y sistemáticos sobre problemáticas transmisibles cuya carga aumenta de manera sostenida y que exigen respuestas sanitarias integrales y basadas en evidencia.

Asimismo, esta edición ofrece una actualización detallada sobre coqueluche, en el marco del incremento de casos observado en varias jurisdicciones del país. El informe aborda la situación internacional, los patrones de transmisión actuales en Argentina, la distribución por edad, región y gravedad, así como la evolución de las coberturas de vacunación y las recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención. Este análisis resulta clave para fortalecer la detección temprana, mejorar la oportunidad diagnóstica y orientar las acciones preventivas y de control en un escenario que requiere especial atención.

Además de estos contenidos, el BEN 782 incluye la habitual síntesis de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con datos de influenza, otros virus respiratorios e IRAG centinela; la actualización de dengue y otros arbovirus al inicio de la temporada 2025-2026; las alertas epidemiológicas internacionales; y una nueva serie de boletines jurisdiccionales destacados, fruto del trabajo técnico sostenido de las provincias.

Finalmente, se incorporan herramientas prácticas para los equipos de vigilancia, el listado actualizado de codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y los materiales revisados para la implementación de salas de situación.

Como cada semana, este BEN busca aportar información oficial, consolidada y oportuna, acompañando el trabajo de quienes sostienen la vigilancia en todo el país y contribuyendo a una toma de decisiones mejor informada, más precisa y más efectiva.

Contenido

I. Nuevo Editorial	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	9
III. Tablas de ENO seleccionados	10
III.1. Nota metodológica	10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.2. Eventos nominales confirmados	11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	13
III.4. Eventos agrupados clínicos	14
III.5. Eventos agrupados laboratoriales	16
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla	16
EVENTOS PRIORIZADOS.....	17
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	18
IV.1. Nota Metodológica	18
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	18
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada	18
IV.3.A. Vigilancia Clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	18
IV.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	19
IV.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	19
IV.3.D. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos	20
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	20
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	20
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	24
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	28
V.1.A. Subregión Cono Sur	28
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026.	31
V.2.A. Nota metodológica	31
V.3. Situación de dengue en Argentina	33
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026	33
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus	35
V.4.A. Casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje (importados)	36
SITUACIONES EMERGENTES.....	37
VI. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico	38
VI.1. Introducción	38
VI.2. Situación internacional	38
VI.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	39
VI.3.A. Introducción	39
VI.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados	40
VI.3.C. Análisis según región y jurisdicciones	42
VI.3.D. Análisis según edad y gravedad	45
VI.4. Coberturas de Vacunación	45
VI.5. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche	49
VI.5.A. Prevención y promoción de la vacunación	49
VI.5.B. Detección temprana	49
VI.5.C. Notificación y vigilancia	50
VI.5.D. Manejo clínico	50
VI.5.E. Control de contactos	51
VI.5.F. Sensibilización de la comunidad	51
VI.5.G. Medidas preventivas	52
VI.5.H. Medidas ante casos y contactos	52
VI.6. Vigilancia Epidemiológica	55
VI.6.A. Objetivos de la vigilancia	55
VI.6.B. Definiciones y clasificaciones de caso	55
VI.6.C. Notificación	56
VI.7. Consideraciones sobre el diagnóstico	56

VI.8. Nota Metodológica	57
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS	59
VII. Tuberculosis – Actualización informe epidemiológico	60
VII.1. Introducción	60
VII.2. Situación internacional y de la región de las américa	60
VII.3. Situación actual de la TB total país	61
VII.3.A. Tendencia anual	61
VII.3.B. Notificación de Casos de TB según Jurisdicción hasta la semana 44	62
VII.3.C. Evaluación del tratamiento	63
VII.4. Distribución de los casos de tuberculosis de todas las edades en Argentina según jurisdicciones	63
VII.4.a. Distribución según jurisdicciones	63
VII.4.b. Distribución según nivel sub-jurisdiccional	65
VII.5. Análisis de situación de la Tuberculosis pediátrica y adolescente en Argentina	65
VII.5.A. Casos y tasas totales en la edad pediátrica y adolescente	65
VII.5.B. Análisis de la tendencia de la tuberculosis en la edad pediátrica y adolescente	66
VII.5.C. Distribución de los casos de tuberculosis en la edad pediátrica y adolescente según jurisdicciones	70
VII.5.D. jurisdicciones con mayor incremento y concentración de casos	72
VII.5.E. Análisis de la desigualdad: índice de Gini 1985-2024	74
VII.6. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación	75
VII.6.A. Implementación del diagnóstico molecular	76
VII.6.B. Fortalecimiento del abordaje pediátrico y adolescente	77
VII.6.C. Seguimiento nominalizado de personas con TB en tránsito	77
VII.6.D. Autorización nominal de tratamientos para formas complejas	77
VII.6.E. Asistencia experta para casos complejos	77
VII.6.F. Búsqueda activa en población priorizada	78
VII.6.G. Tratamiento	78
VII.6.H. Mejoras en los sistemas de información	78
VIII. Sífilis en población general – Informe epidemiológico	79
VIII.1. Introducción	79
VIII.2. Situación internacional y de la región de las américa	79
VIII.3. Situación epidemiológica en la Argentina	80
VIII.3.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica	80
VIII.3.B. situación epidemiológica 2019-2024	80
VIII.3.C. Situación ACTUAL	84
VIII.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación	87
VIII.5. Vigilancia epidemiológica	88
VIII.5.A. Definiciones de caso	88
ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES.....	89
IX. Introducción	90
IX.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión	91
IX.1.A. Canadá	91
IX.1.B. Estados Unidos de América2F	91
IX.1.C. México3F	92
IX.1.D. Paraguay3F	93
IX.2. Fiebre del Valle del Rift – Mauritania y Senegal	94
IX.2.A. Descripción de la situación	94
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES	97
X. Boletines Jurisdiccionales	98
X.1. Buenos Aires: Sarampión	98
X.2. Mendoza: Diarreas	99
X.3. Salta: Neumonía	100
X.4. Santa Fe: Coqueluche	101
X.5. Tierra del Fuego: Bronquiolitis	102
X.6. Tucumán: Enfermedad tipo Influenza (ETI)	103
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA	104
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	105
XII. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición	106

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

Luego de varios años y distintos formatos, las tablas de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) vuelven a formar parte del Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos fundamental recuperar la presentación sistemática de estos datos para lograr una comprensión más integral de la situación epidemiológica actual.

La pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores han dificultado el seguimiento de eventos que no sean emergentes o priorizados. No obstante, entendemos que disponer de estos datos es esencial para fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Si bien reconocemos la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas aquí expuestas pueden contener errores, principalmente debido a la complejidad de la gestión de la vigilancia, que involucra múltiples actores en la cadena de notificación. Esto incluye desde la notificación local hasta la validación final por el laboratorio de referencia nacional, pasando por diversas áreas técnicas y equipos de análisis, siempre dependiendo del evento.

A pesar de estas posibles limitaciones, consideramos que la publicación de estas tablas es un paso clave para robustecer y optimizar el proceso de vigilancia epidemiológica y dar cuenta de la situación epidemiológica.

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

Primera tabla: Muestra **26** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.

Segunda tabla: Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.

Tercera tabla: presenta **23 eventos agrupados clínicos**, construidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.

Cuarta tabla: muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

Este esfuerzo es un proceso en evolución. A medida que recibamos sugerencias, perfeccionemos los procedimientos y consolidemos los datos, ajustaremos la presentación de las tablas para que respondan mejor a las necesidades de los distintos ámbitos que las utilizan.

III.1. Nota metodológica

III.1.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2020 a 2025.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2020 y 2024, se ordenan los datos de menor a mayor y se toma el valor central (tercer puesto en un conjunto de cinco años).

Por ejemplo, si el evento X presentó los siguientes valores entre la SE 1-10 de cada año:

Sección	Evento	Acumulado 2020	Acumulado 2021	Acumulado 2022	Acumulado 2023	Acumulado 2024	Mediana acumulada 2020-2024	Acumulado 2025
X	X	38	40	34	139	75	40	80

Los valores ordenados serían: **34, 38, 40, 75, 139**, por lo que la mediana es **40**. En este caso, los **80 casos de 2025** se compararían con la mediana de 40, resultando en un incremento absoluto de **40 casos** y un aumento **del 100%** en términos porcentuales.

El procedimiento de cálculo es el mismo para ambas tablas, con la diferencia de que en la segunda tabla se incluye el total de notificaciones además de los casos confirmados.

III.1.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

- ✓ **Datos parciales y sujetos a modificación:** Se compara un año en curso (2025) con años cerrados (2020-2024), por lo que las cifras pueden cambiar.
- ✓ **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- ✓ **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- ✓ **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- ✓ **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- ✓ **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual **"No Aplica"**, generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- ✓ **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

III.2. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-45. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-45	2025 Acumulados SE 1-45	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	129	118	-11	-9%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rágico (APR)	8.472	16.784	8.312	98%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	222	310	88	40%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	93	121	28	30%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	7	5	-2	-29%
	Cisticercosis	10	10	0	0%
	Escorcionismo o Alacranismo	3.644	6.168	2.524	69%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	406	688	282	69%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	24	37	13	54%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	8	15	7	88%
	Brucelosis	102	121	19	19%
Infecciones respiratorias agudas	Hantavirosis	51	58	7	14%
	Legionelosis	2	18	16	800%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.329	1.354	25	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	13	25	12	92%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	5	24	19	380%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	9	48	39	433%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	17	1	-16	-94%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	10.062	10.062	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	636	636	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	496	496	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	11.873	15.429	3.556	30%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los mismos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-45. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-45		2025 Acumulados SE 1-45		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.964	174	4.411	516	447	11%	342	197%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	558	2	3.162	35	2.604	467%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.154	796	2.407	779	253	12%	-17	-2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	113	0	96	0	-17	-15%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.743	58.312	62.260	18.318	-30.483	-33%	-39.994	-69%
	Encefalitis de San Luis	289	1	437	0	148	51%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	145	0	39	37%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	48	0	103	1	55	115%	1	N/A
	Zika	1.465	0	901	0	-564	-38%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	814	354	570	255	-244	-30%	-99	-28%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.970	50	2.018	190	48	2%	140	280%
	Psitacosis	251	40	625	106	374	149%	66	165%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.303	60	1.559	45	256	20%	-15	-25%
	Sífilis Congénita	2.443	1.023	883	868	-1.560	-64%	-155	-15%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	6	0	7	0	1	17%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.121	1.993	1.605	1.349	-516	-24%	-644	-32%
	Sífilis en emb.	9.885	8.665	10.548	9.625	663	7%	960	11%
	Hepatitis B en emb.	85	55	117	46	32	38%	-9	-16%
Hepatitis virales	Hepatitis A	127	29	211	110	84	66%	81	279%
	Hepatitis B	2.635	617	3.128	669	493	19%	52	8%
	Hepatitis C	2.262	1.326	2.357	1.377	95	4%	51	4%
	Hepatitis E	49	7	51	6	2	4%	-1	-14%
Infec. de trans. sexual	Sífilis en población general	29.557	23.820	47.144	40.336	17.587	60%	16.516	69%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.273	1.211	1.994	1.909	721	57%	698	58%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	376	89	341	143	-35	-9%	54	61%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima.

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.4. Eventos agrupados clínicos

Para los eventos agrupados clínicos (tercera tabla), una de sus principales particularidades es que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

En esta tabla, los datos se presentan agrupados según grupo etario, contabilizando los casos de eventos clínicos. Este enfoque permite analizar la distribución de ciertas condiciones en distintos grupos de edad a partir de la información reportada en el sistema, reflejando la carga de enfermedad según manifestaciones clínicas.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Es importante remarcar, para el caso de las diferentes lesiones que se presentan, que este evento comenzó a notificarse en 2023, a partir de su inclusión en la actualización de las normas en 2022.

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-45. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-45	2025 Acumulados SE 1-45	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	641.658	634.470	-7.188	-1%
Infec. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.443	2.076	633	44%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	971	661	-310	-32%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	115.019	87.137	-27.882	-24%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.059.208	1.074.807	15.599	1%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	73.117	68.842	-4.275	-6%
	Neumonía (sin especificar)	82.922	70.676	-12.246	-15%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	5.603	5.600	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	3.701	3.691	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	26.671	26.637	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.566	1.565	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	6.651	6.636	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	5	5.228	5.223	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	92	32.781	32.689	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	6.275	6.262	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	8	2.504	2.496	N/A
	Lesiones por electrocución	1	598	597	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	907	907	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	38	73.807	73.769	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	24.480	24.471	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	33.026	33.019	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	447	447	N/A
	Otras lesiones en el hogar	87	24.435	24.348	N/A

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.5. Eventos agrupados laboratoriales

III.5.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas, permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-45. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-45		2025 Acumulados SE 1-45		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	4.054	218	3.392	206	-662	-16%	-12	-6%
	Infección por Mycoplasma genitalium	695	21	497	16	-198	-28%	-5	-24%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.507	245	2.643	362	136	5%	117	48%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	14.088	369	6.710	421	-7.378	-52%	52	14%
	Infección por Trichomonas vaginalis	23.305	2.346	20.193	2.171	-3.112	-13%	-175	-7%

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.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.

IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios¹

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene en niveles bajos, pero con una tendencia al alza y una positividad del 4.5%. La circulación de VSR y SARS-CoV-2 continúa descendiendo en la última semana epidemiológica (SE). En América del Norte, la actividad de influenza permanece en niveles interestacionales y con una discreta tendencia al alza. La circulación de VSR se mantiene baja, mientras que SARS-CoV-2 disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 7.6%. En el Caribe, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 aumenta, con una positividad del 9.5%. La actividad de VSR mantiene su aumento, alcanzando una positividad del 17.4%, mientras que SARS-CoV-2 se observa en niveles estables de circulación y un 3.2% de positividad. En Centroamérica, la actividad de influenza mantiene niveles bajos de circulación, con una positividad del 3.8%. SARS-CoV-2 disminuye su circulación para esta semana (1.6% de positividad), mientras que VSR continúa con una tendencia ascendente y una positividad del 18.7%. En la subregión andina, la actividad de influenza A se mantiene en niveles bajos y un 3.6% de positividad. VSR disminuye esta semana a un 4.3% de positividad, mientras que SARS-CoV-2 aumenta en comparación con la SE anterior, presentando una positividad del 10%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa su aumento (9.8% de positividad), con circulación principalmente de influenza A(H3N2) e influenza B. La circulación de VSR llega a niveles interestacionales, mientras que SARS-CoV-2 se observa en niveles bajos, y con una tendencia hacia el aumento (6.4% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) se mantiene elevada (9.9% de positividad) y con una tendencia a la disminución a nivel regional.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

IV.3.A. VIGILANCIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI), NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS

- Entre la semana epidemiológica 1 y 44 de 2025 se notificaron 1.093.799 casos de ETI, 158.458 casos de Neumonía y 146.517 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24,

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

ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE11 y 18, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE7 y 14. Los casos de bronquiolitis presentaron un ascenso que alcanzó niveles de seguridad entre SE29 y 35.

IV.3.B. VIGILANCIA CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de **influenza** en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. Posteriormente se observó un descenso sostenido en ambos indicadores. En las semanas más recientes se registra un leve incremento en las detecciones y en la positividad, esta vez con predominio de influenza B/linaje Victoria; sin embargo, los valores se mantienen bajos: en las SE 44 y 45 se notificaron 10 casos entre 137 muestras analizadas.
 - Para **VSR**, no se registraron casos positivos entre las 99 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 44 y 45). El porcentaje de positividad de VSR en UMA se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29.
 - Con relación a **SARS-CoV-2**, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. A partir de la SE 34 se observa un ligero ascenso en el número de casos y en el porcentaje de positividad, con un aumento más marcado en las últimas semanas. En las SE 44 y 45 de 2025 se notificaron 37 casos positivos entre 154 muestras estudiadas por PCR en UMA.
- Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):**
- En la Red Argentina de UC-IRAG, entre la SE1 y SE45 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 7014 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3396 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
 - Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) mostraron un aumento a partir de la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente el subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre las SE23 y SE27, seguido de una disminución en las semanas posteriores, con detecciones de influenza B en las últimas SE. Además, desde la SE20 se verifica un aumento en las detecciones de VSR, con tendencia descendente en las últimas semanas. A partir de la SE35, se registra un ligero incremento de IRAG con diagnóstico de SARS-CoV-2.
 - En las últimas 4 semanas, entre los 455 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 33 casos de SARS-CoV-2, 33 casos de VSR y 5 detecciones de influenza.

IV.3.C. VIGILANCIA UNIVERSAL A TRAVÉS DE LA RED DE LABORATORIOS DE VIRUS RESPIRATORIOS

- Desde la SE11 se observó un incremento en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. El mayor número de notificaciones se observó entre las SE22 y 26, con más de 1.000 detecciones semanales. En las últimas dos semanas

(SE43 y 44) se registraron un total de 87 detecciones de influenza, con predominio de detecciones de influenza B desde SE36.

- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con inicio de la actividad estacional en SE20 y el máximo registrado en SE29 y 30. En las últimas 2 SE (43 y 44), se notificaron 78 casos de VSR.
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. Durante las primeras 44 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones a partir de la SE34.
- Durante la SE44/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, parainfluenza, influenza, VSR, metapneumovirus y adenovirus.

IV.3.D. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN INTERNADOS Y/O FALLECIDOS

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26. En la última semana (SE45) se detectaron 10 casos en personas hospitalizadas. Durante el año 2025 se registraron al momento 216 fallecidos con este diagnóstico.
- Con relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12, con un descenso en las últimas semanas. En la SE 45 se registraron 6 personas internadas con este diagnóstico.
- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas se mantuvieron en valores bajos, con algunas oscilaciones a lo largo del año. En la SE 45/2025 se registraron 57 casos positivos internados. No se notificaron fallecimientos con este diagnóstico en la última semana.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.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.

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego

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

del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49.

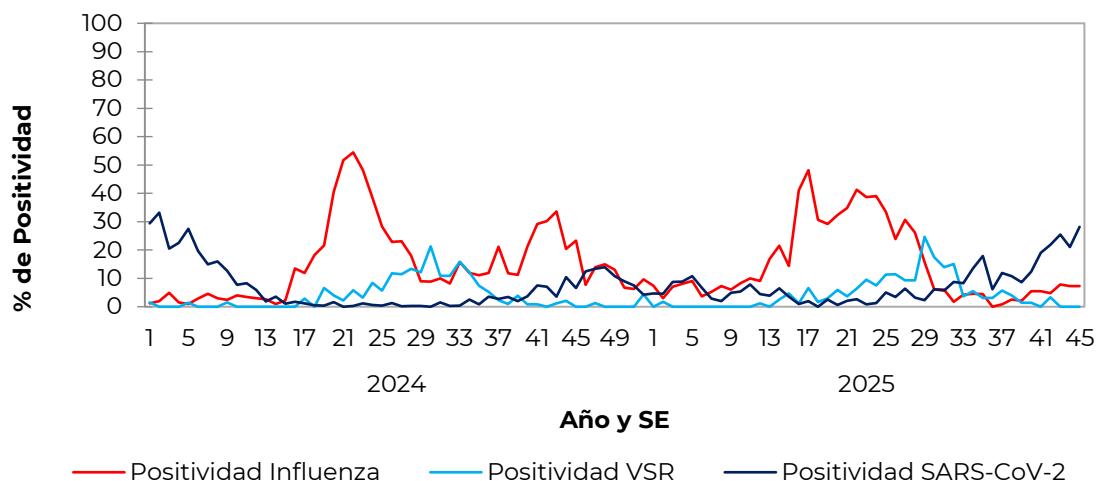
Durante las primeras 44 semanas epidemiológicas de 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 5.472 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 366 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 6,69%. A partir de la SE34 se observa un ligero ascenso en el número de casos y en el porcentaje de positividad, más marcado en las últimas semanas, manteniéndose la mayoría de las semanas por encima del 10%. En las SE44 y SE45, se confirmaron 37 casos entre 154 muestras analizadas por PCR.

Con relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43.

En las primeras 45 semanas de 2025, se registraron 968 detecciones entre 5.103 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 18,97%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Este incremento alcanzó los mayores niveles entre las SE 22 y 25, seguido de un descenso sostenido de ambos indicadores. En las semanas más recientes se registra un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria; no obstante, los valores se mantienen bajos. En este sentido, en las SE44 y 45/2025 se notificaron 10 casos de influenza entre las 137 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 45 de 2025, de las 3.686 muestras estudiadas, 194 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,26%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las últimas dos semanas analizadas, SE44 y 45, no se notificaron detecciones de VSR entre las 99 muestras estudiadas.

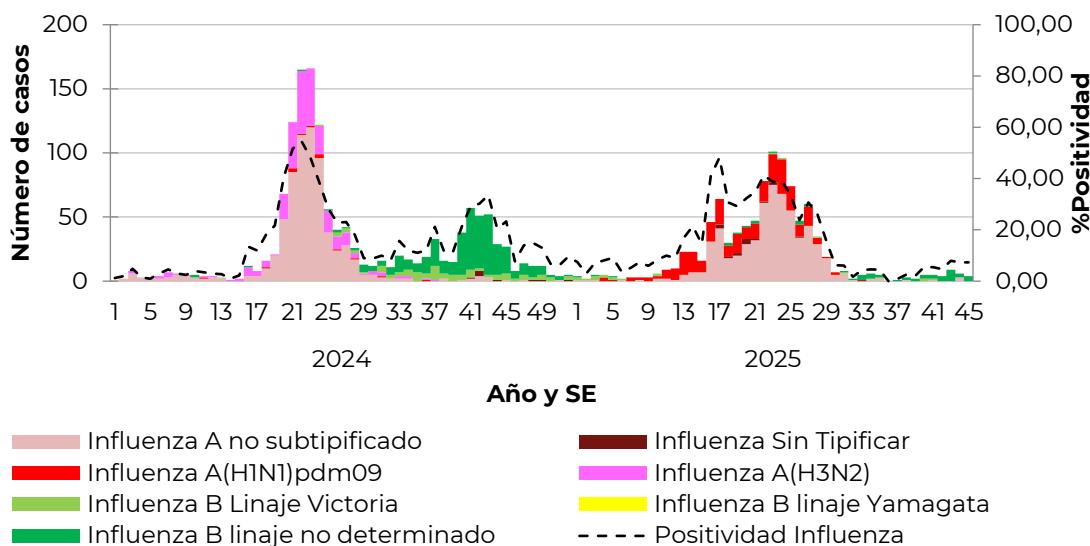
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE45/2025



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 45 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 874), con un menor número de detecciones de influenza B (n= 79), que predomina desde la SE32. Entre los casos de influenza A, 270 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 21 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 15 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

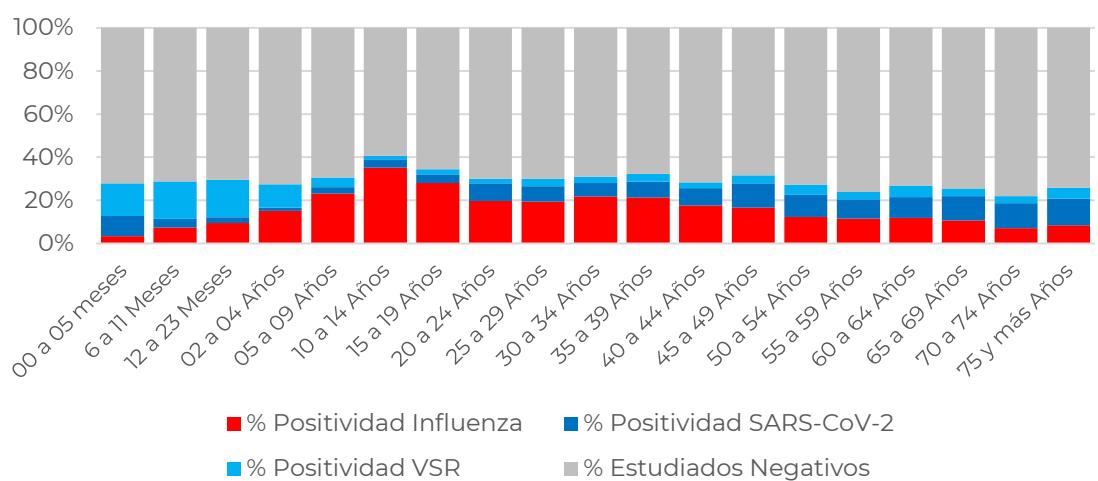
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE45/2025. Estrategia UMA. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

Con relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 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 de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos y adultos mayores. Con relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE45/2025. Estrategia UMA. Argentina³.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

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.

IV.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, 41 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 $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁵.

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁶.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia⁷ y shock⁸ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE45 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 7014 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3396 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG⁹.

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, aunque con tendencia descendente, con un promedio de 146 casos semanales en las últimas 4 semanas.

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 encuentran contemplados en la definición de caso.

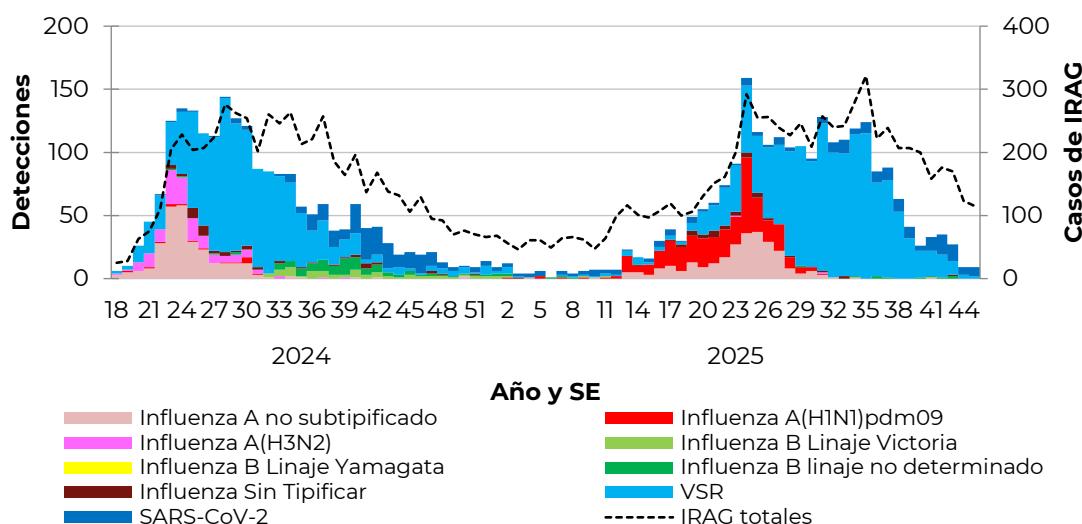
⁶ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentran contemplado en la definición de caso

⁷ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. 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.

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. SE18/2024 a 45/2025



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

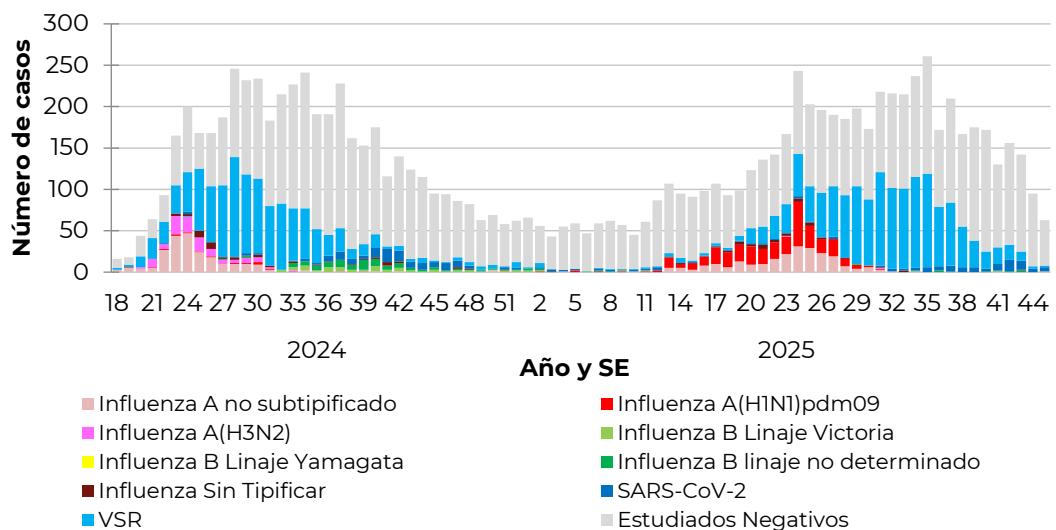
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior. Durante 2025, las detecciones de SARS-CoV-2 entre los casos de IRAG se mantienen en niveles bajos, aunque a partir de la SE35, se registra un ligero incremento.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32/2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33/2024 y 42/2024.

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, alcanzando los valores máximos entre las SE 23 y 27, con un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 607 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=22). Con relación a los casos de Influenza A, se registraron 339 detecciones de H1N1 y 2 detecciones de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 38 casos de influenza permanecen sin tipificación a la fecha.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con valores bajos en las últimas semanas.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a 45/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ¹⁰.



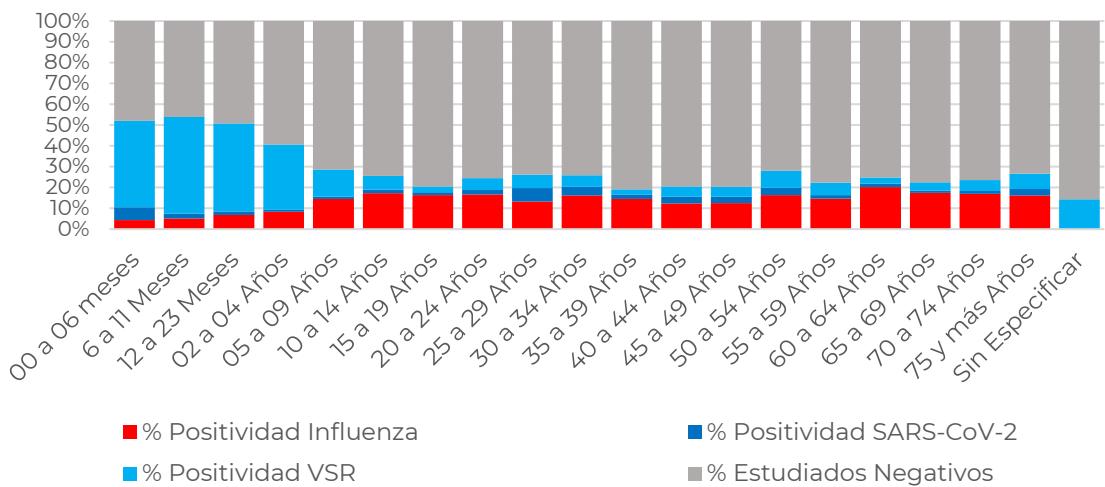
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

En las últimas 4 semanas, entre 455 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 33 casos de VSR, 33 casos de SARS-CoV-2 y 5 casos de influenza. Los restantes 383 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

Con relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en adultos mayores y los grupos de edad comprendidos entre 5 y 34 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses, adultos y niños menores de 2 años. Con relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

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

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. SE18/2024 a 45/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina¹¹.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

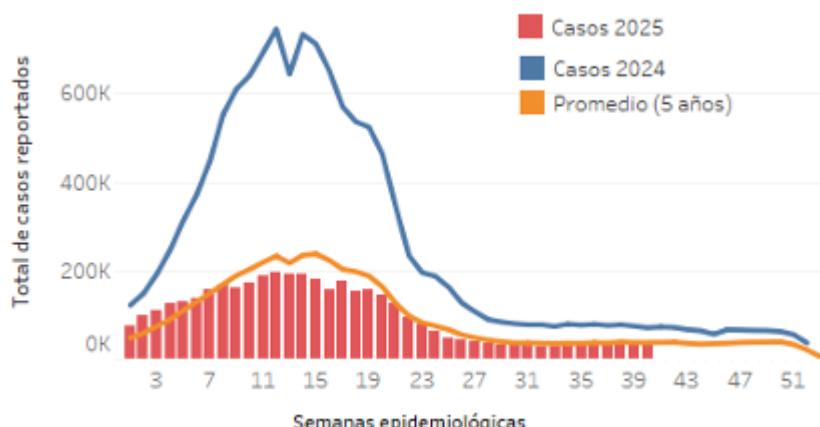
¹¹ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

V. Vigilancia 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 las Américas](#) actualizado el 27 de octubre.

A la semana epidemiológica (SE) 40 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,974,271 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 391 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 40.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 40 en 2025, 2024 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

De los 3,974,271 casos de dengue reportados en las Américas, 1,567,052 casos (39%) fueron confirmados por laboratorio y 6,568 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,994 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%.

18 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 40. Estos países registran en conjunto 33,245 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 40.

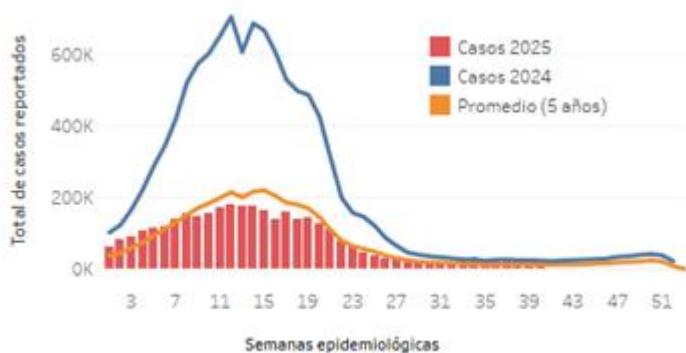
Del total de casos registrados en la SE 40, 43 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 5 muertes. para una letalidad de 0.015%.

15 países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Brasil, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Puerto Rico con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 25,250 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 40. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 67% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 5% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

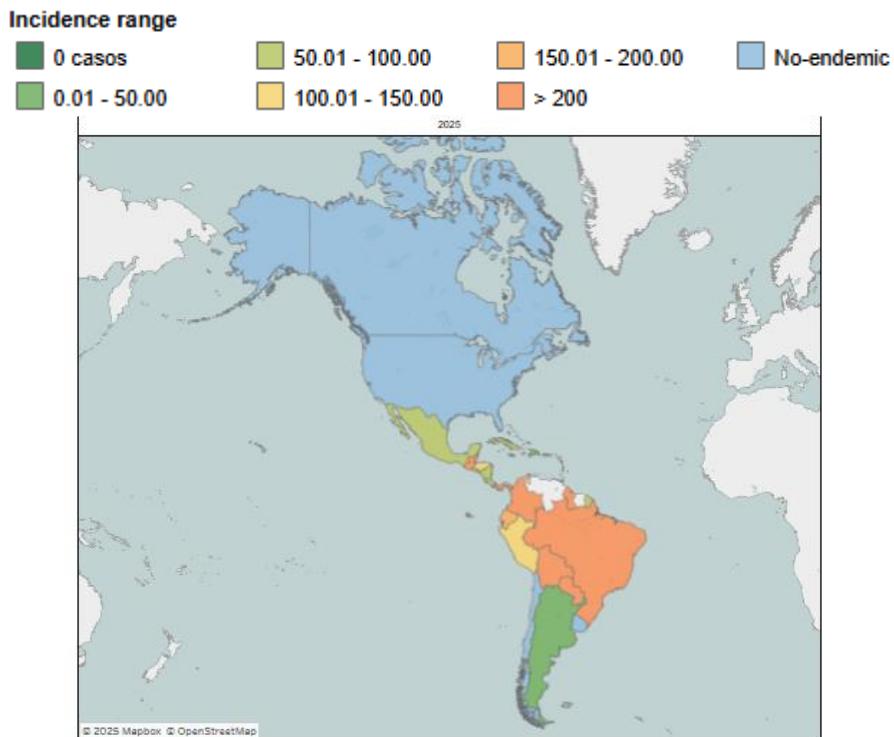
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 40, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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 2025 en la región de las Américas, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de casos.

Mapa 1. Dengue: Incidencia de casos cada 100.000 habitantes por en la Región de las Américas. Año 2025.



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.¹²

NOTA METODOLOGICA:

1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

¹² <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html>

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹³ y el ARBO-portal¹⁴ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 13/11/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 45/2025 se han reportado 3.568.287 casos de dengue, lo que implica una reducción del 64% respecto del mismo período de 2024, con 1.713 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se notificaron 236.230 casos, un 42% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 114 muertes por este evento. Respecto al zika, se han registrado 22.831 casos, lo que representa una disminución del 44% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 40 se confirmaron 11.978 casos, un 44% más que en igual período de 2024, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 43/2025, se han reportado 31.885 casos de dengue, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024, con tres fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.577 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con cuatro defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 1.024 casos de zika, cinco veces más de lo notificado durante el mismo período de 2024. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 44/2025, se han reportado 26.425 casos de dengue, un 91% menos respecto a la misma semana de 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. En relación con chikungunya, se notificaron 51 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto al año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 41%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 7 casos.

Perú: hasta la SE 44/2025, se han notificado 36.981 casos de dengue, un 86% menos que el mismo período de 2024, con 52 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, se notificaron 19 casos, un 76% menos en comparación con la misma semana de 2024, sin defunciones para este evento. Respecto al zika, se han notificado 2 casos, un 75% menos en relación al mismo período del 2024, y a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 38 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas¹⁵, debido a que en 2025 se han reportado brotes de

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](https://www.paho.org/who-data-topics)

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](https://www.paho.org/who-data-topics)

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto de 2025. Disponible en: [Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](https://www.paho.org/who-data-topics)

chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución de casos en Brasil, sin casos confirmados por laboratorio en el resto de los países citados.

V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026.

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

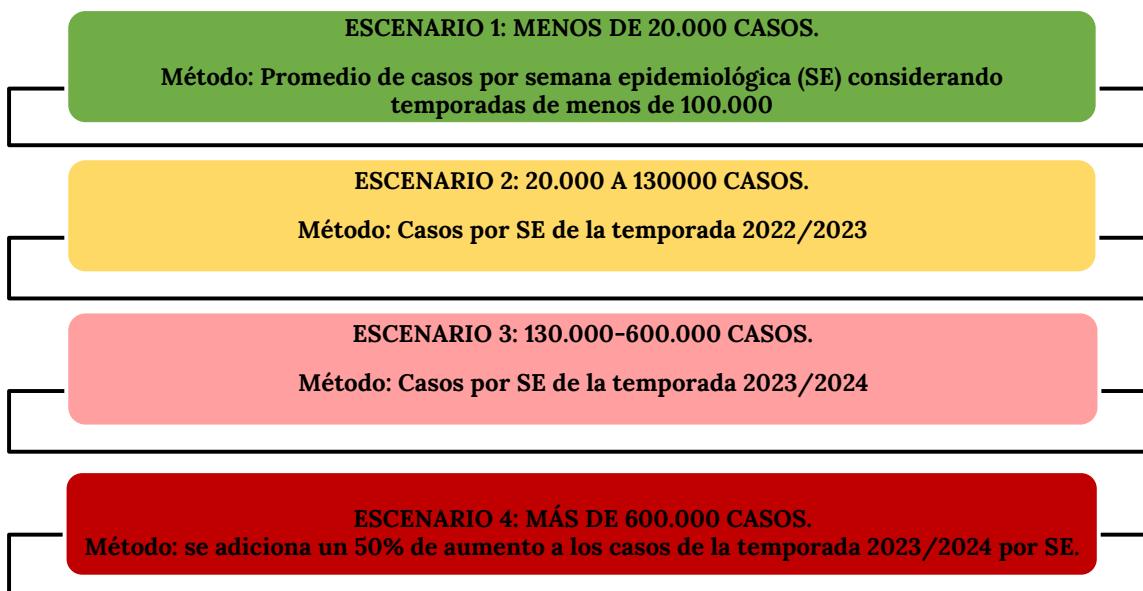
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada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

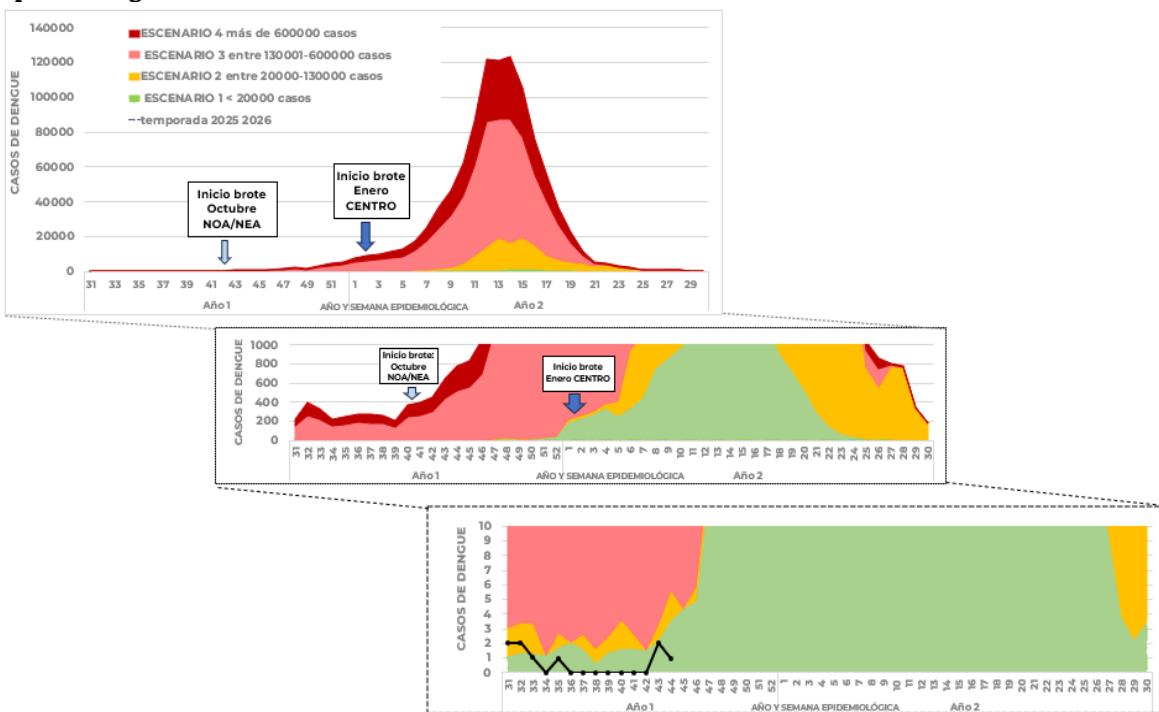
En el último gráfico (detalle en zoom) se proyectan los casos de la temporada 2025-2026 en los diferentes escenarios. Entre las SE31 y SE45 se notificaron 9 casos confirmados de dengue, de los cuales 5 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar 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. Año 2025. 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. Proyección de la temporada 2025-2026 en modelo de estimación de escenarios epidemiológicos.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. INICIO DE TEMPORADA 2025/2026

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.

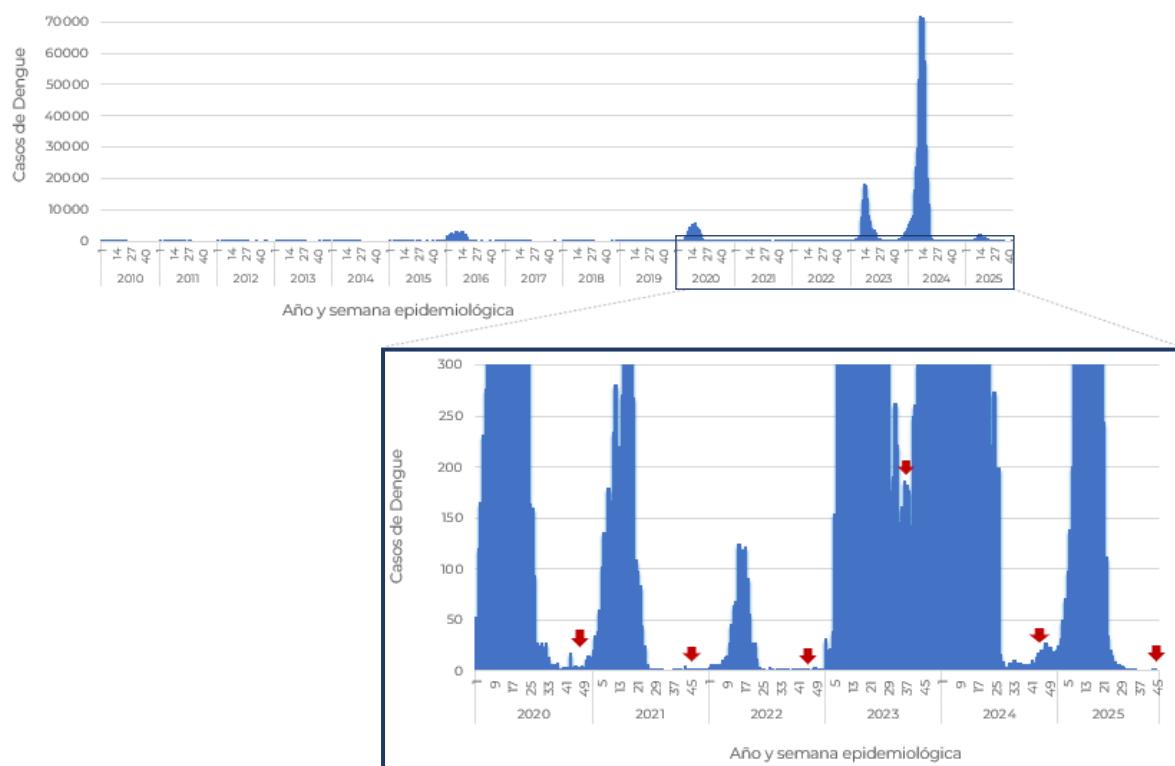
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE45/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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.

Gráfico 5. Dengue: Casos de dengue¹⁶ según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 45. 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)

De acuerdo con la fecha mínima¹⁷, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 3553 casos sospechosos de dengue, de los cuales 9 fueron confirmados por laboratorio (Tabla 1):

- dos casos autóctonos en Formosa: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32)
- dos casos de la Provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero): uno sin antecedente de viaje (SE31) y otro con antecedente de viaje a México (SE44)
- dos casos con antecedente de viaje a Brasil (SE32) y Sri Lanka (SE35) notificados en CABA
- un caso con antecedente de viaje a Paraguay (SE35) notificado por Provincia de Buenos Aires (Escobar)
- un caso con antecedente de viaje a Cuba (SE43) notificado por Entre Ríos (Colón).
- un caso sin antecedente de viaje notificado por Provincia de Buenos Aires, partido de San Isidro (SE43).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE45/2025 se notificaron 398 casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos

¹⁶Incluye 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).

¹⁷Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE45/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	2	6	2	3	174	56	243	0	4
CABA	0	1	2	0	53	27	83	0	2
Córdoba	0	7	0	0	367	19	393	0	0
Entre Ríos	0	0	1	1	32	5	39	0	1
Santa Fe	0	2	0	0	222	29	253	0	0
Total Centro	2	16	5	4	848	136	1011	0	7
Mendoza	0	0	0	0	13	0	13	0	0
San Juan	0	0	0	0	7	0	7	0	0
San Luis	0	0	0	0	11	2	13	0	0
Total Cuyo	0	0	0	0	31	2	33	0	0
Chaco	0	6	0	0	228	4	238	0	0
Corrientes	0	0	0	0	11	4	15	0	0
Formosa	2	1	0	0	1504	0	1507	0	2
Misiones	0	0	0	0	86	1	87	0	0
Total NEA	2	7	0	0	1829	9	1847	0	2
Catamarca	0	1	0	0	42	0	43	0	0
Jujuy	0	0	0	0	71	3	74	0	0
La Rioja	0	0	0	0	36	2	38	0	0
Salta	0	1	0	0	136	13	150	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	33	7	40	0	0
Tucumán	0	15	0	1	249	12	277	0	0
Total NOA	0	17	0	1	567	37	622	0	0
Chubut	0	0	0	0	5	1	6	0	0
La Pampa	0	0	0	0	19	0	19	0	0
Neuquén	0	0	0	0	4	0	4	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	8	0	8	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	3	0	3	0	0
Total Sur	0	0	0	0	39	1	40	0	0
Total País	4	40	5	5	3314	185	3553	0	9

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE45/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento 91 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE45/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla		
	Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires		0	10	0	13	0	10	0	8	0	6	0	4
CABA		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Córdoba		0	146	0	9	0	15	0	93	0	0	0	0
Entre Ríos		0	8	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0
Santa Fe		0	19	0	16	0	14	0	14	0	11	0	0
Total Centro		0	183	0	38	0	43	0	118	0	17	0	4
Mendoza		0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan		0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis		0	2	0	1	0	2	0	4	0	4	0	0
Total Cuyo		0	5	0	2	0	2	0	6	0	4	0	0
Chaco		0	33	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones		0	15	0	11	0	3	0	0	0	3	0	4
Total NEA		0	48	0	31	0	3	0	0	0	3	0	4
Catamarca		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy		0	1	0	1	0	1	0	1	0	14	0	0
La Rioja		0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta		0	33	0	30	0	28	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero		0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán		0	5	0	5	0	11	0	0	0	0	0	3
Total NOA		0	41	0	38	0	40	0	3	0	14	0	4
Chubut		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa		0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur		0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Total País		0	278	0	109	0	88	0	129	0	39	0	12

Pos: positivas

Est: estudiadas

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

V.4.A. CASOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA CON ANTECEDENTE DE VIAJE (IMPORTADOS)

Durante la temporada se notificaron 1 caso confirmado (CABA) y 5 casos probables de Fiebre Chikungunya (Buenos Aires y Entre Ríos) con antecedente de viaje a Brasil y Paraguay. Si bien en el país no se han confirmado casos autóctonos durante el período analizado, la ocurrencia de casos importados refuerza la importancia de mantener la vigilancia activa y la sensibilidad de los sistemas de detección, especialmente ante la circulación viral regional y las condiciones favorables para la transmisión vectorial en el territorio nacional.

SITUACIONES EMERGENTES

VI. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico

VI.1. Introducción

La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad –especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines maternales, jardines de infantes o escuelas–, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *B. pertussis*, y en menor grado, *B. parapertussis*. Existen vacunas seguras y efectivas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y a los 5 años con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación a los 11 años con el objeto de disminuir los reservorios en adolescentes. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de coqueluche cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, coqueluche se desarrolla en tres fases (catárral, paroxística y de convalecencia), con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.

VI.2. Situación internacional

El 10 de junio la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica ante el aumento de casos de coqueluche en varios países de la región de las Américas¹⁸. Este

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 10 de junio del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025>

incremento se produce en un contexto de disminución sostenida de las coberturas de vacunación, con un descenso profundizado durante la pandemia de COVID-19.

A nivel mundial, durante la década de 2010 a 2019, se notificaron en promedio 170.000 casos anuales de coqueluche. Luego, durante la pandemia, los casos disminuyeron significativamente, alcanzando un mínimo histórico en 2021 con 29.623 casos. Posteriormente, se observó un aumento en 2022 y 2023, con 63.024 y 158.910 casos respectivamente.¹⁹

Con respecto a la situación de la región de las Américas, desde 2013 en adelante se registra una disminución progresiva de los casos notificados anualmente, con el menor número de casos notificados en 2022 (3.283 casos) y un posterior ascenso en 2023 (4.139 casos). Durante el año 2024 se registra de manera provisional un aumento en el número de casos respecto a los años previos, con un total de 43.751 casos en la región. Además, en 2025 los sistemas de vigilancia de varios países de la región –Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú– han reportado un aumento de casos de tos ferina.

Durante la pandemia de COVID-19, se registró un importante descenso en las coberturas de coberturas para DPT1 y DPT3, alcanzando para 2021 en la Región de las Américas el nivel más bajo de cobertura en dos décadas. Sin embargo, en 2023 se observó una recuperación parcial de coberturas, aunque persisten marcadas desigualdades tanto entre los distintos países como dentro de ellos, es decir a nivel subnacional. Particularmente, cuatro de los siete países en los que se reportó aumento de los casos de coqueluche–Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú– evidencian una disminución en la cobertura de DTP3 en el último año con datos disponibles.

Ante esta situación, la OPS recomienda a los países fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, garantizar la detección temprana de casos y asegurar altas coberturas de vacunación, especialmente en niños menores de 1 año.

VI.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VI.3.A. INTRODUCCIÓN

Entre la SE1 y 45 de 2025 se notificaron un total de 4.412 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 516 fueron confirmados. En 446 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio²⁰, identificándose *B. pertussis* en el 81,6% (n=364); 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 79 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 516 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020, con excepción de 2023, cuando se notificó un mayor número de casos, principalmente en la provincia de Salta²¹. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 1,09 caso por cada 100.000 habitantes. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación actual,

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases>

²⁰ Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

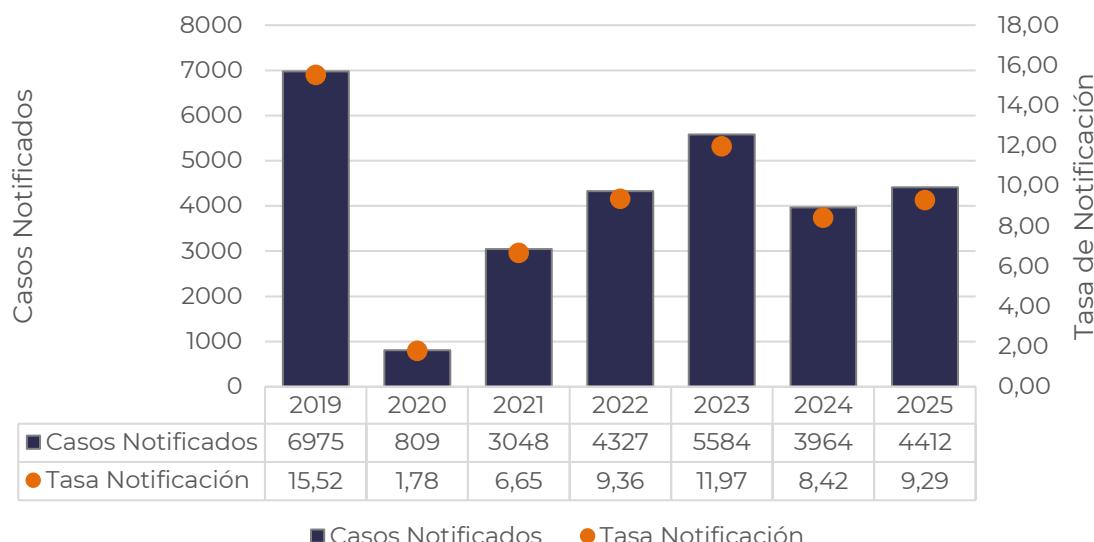
²¹ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

dado que el aumento de casos se observa en distintas jurisdicciones y de forma heterogénea. Además, se registraron 6 fallecimientos por la enfermedad, todos en menores de 2 años.

VI.3.B. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS

En las SE1-45, la tasa de notificación de casos sospechosos en 2025 fue levemente mayor a la registrada en el mismo período durante en 2024. Al analizar la serie 2019–2025, se observa que las mayores tasas de notificación correspondieron a los años 2019, 2025 2022 y 2023, respectivamente, mientras que 2020 y 2021 presentaron los valores más bajos del período.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. SE 1-45. Argentina. Años 2019-2025.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (n= 1.217), provincia de Buenos Aires (n= 642) y Salta (n=624), seguidos por establecimientos de Mendoza (n=499), Tierra del Fuego (n= 493), CABA (n=463) y Santa Fe (n=188). En el resto de las provincias se notificaron menos de 40 casos sospechosos en lo que va del año.²²

Del total de notificados, se confirmaron 516 casos, representando una tasa de incidencia de 1,09 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, las mayores tasas de incidencia se observaron, en orden decreciente, en 2019, 2023 y 2025.²³ Asimismo, los casos de coqueluche notificados entre SE1 y 45 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo período de los años 2020 a 2022 y 2024

²² Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable “Establecimiento de Carga” y “Provincia de Carga”.

²³ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

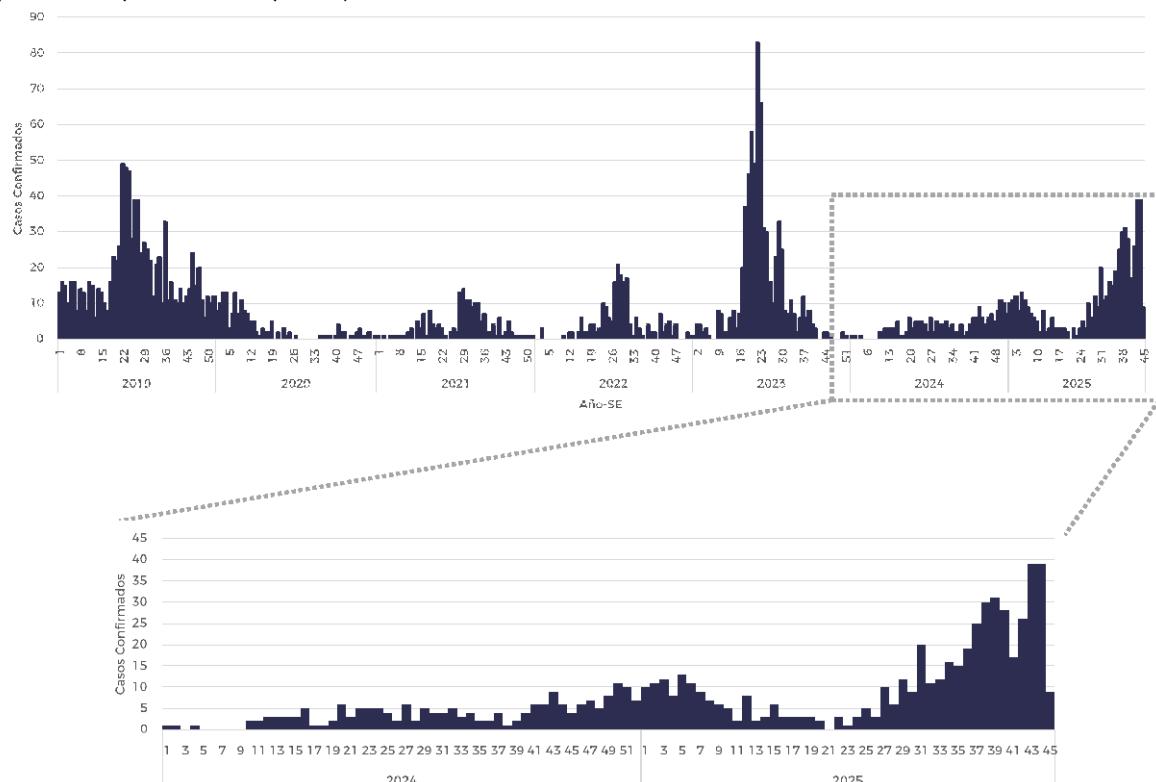
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-45. Argentina. Años 2019-2025.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados de acuerdo con el año y semana epidemiológica de inicio de síntomas.

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE45/2025 (detalle SE1/2024 a SE45/2025).



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

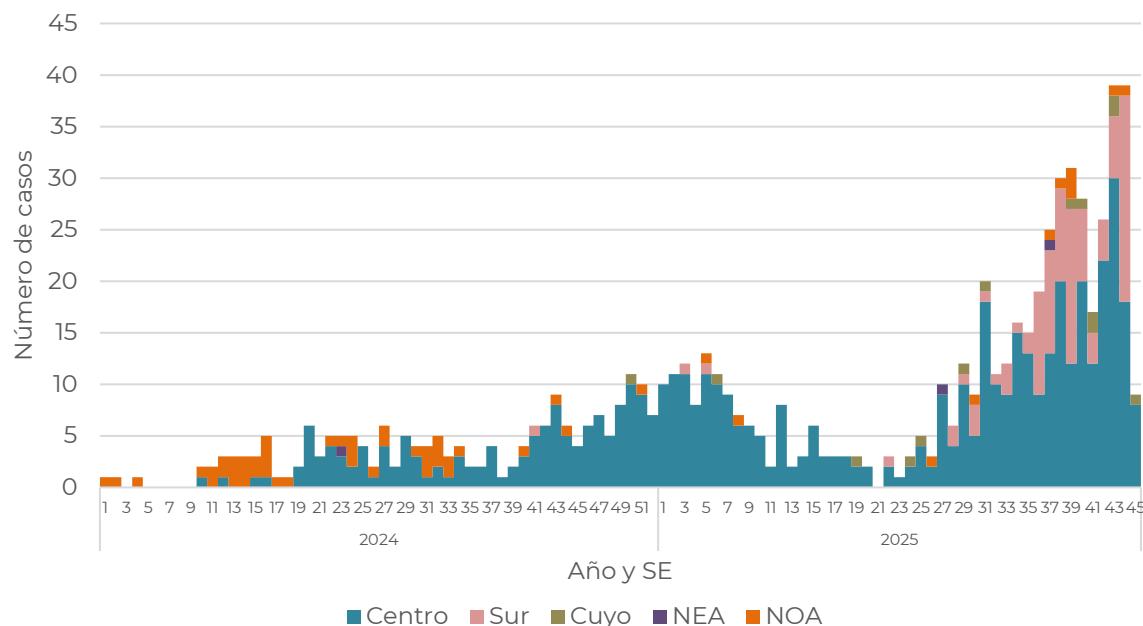
En relación con los casos confirmados, se observa un ligero incremento de coqueluche a partir de la SE 43/2024, que alcanzó su punto máximo en la SE 5/2025, seguido de un descenso. Desde la SE 27/2025 vuelve a registrarse un aumento, con un pico en la SE 39/2025, asociado al brote en curso en Ushuaia y a un ascenso de casos confirmados en la Región Centro, especialmente

en la provincia de Buenos Aires.²⁴ Es importante destacar que el incremento actual de casos se registra en múltiples jurisdicciones del país.

VI.3.C. ANÁLISIS SEGÚN REGIÓN Y JURISDICCIÓN

En el siguiente gráfico se desagregan los casos confirmados según región.

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-45/2025.



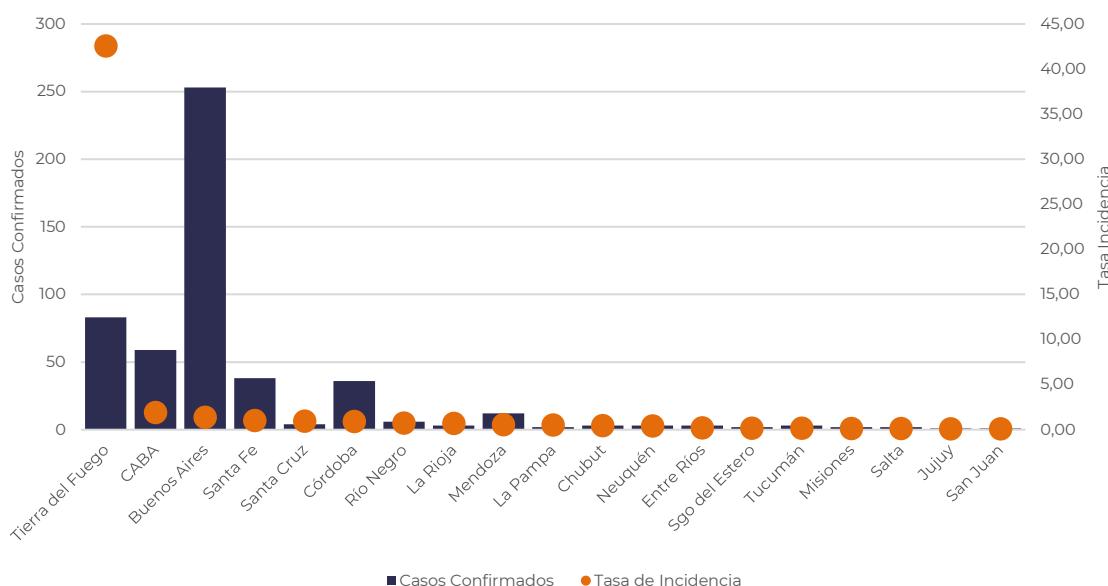
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 19 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=340), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=222) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=55). En la Región Sur se confirmaron 92 casos, principalmente vinculados al brote en curso en Tierra del Fuego.

En el siguiente gráfico se observan los casos absolutos y la incidencia acumulada (IA) cada 100.000 habitantes según jurisdicción (ordenadas de mayor a menor IA), para el año 2025.

²⁴ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-45, 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

La mayor incidencia acumulada se registra en Tierra del Fuego, que –en el marco del brote actualmente en curso en Ushuaia y Río Grande– presenta una IA de 42,58 casos por cada 100.000 habitantes, valor 22 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 1,91 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 1,38 por 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción entre las semanas epidemiológicas 1 y 45, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) ²⁵.

²⁵ La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. SE 1-45. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	189	44	42	56	46	50	253
CABA	14	11	0	3	2	29	59
Catamarca	5	0	0	11	2	0	0
Chaco	4	3	0	2	0	0	0
Chubut	9	5	2	1	1	0	3
Córdoba	172	31	36	5	80	11	36
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	41	1	1	0	1	2	3
Formosa	2	2	0	1	0	0	0
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	2
La Rioja	0	0	0	0	25	1	3
Mendoza	239	8	16	10	24	0	12
Misiones	7	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	3
Río Negro	4	1	0	0	1	1	6
Salta	130	23	67	92	423	42	2
San Juan	2	1	0	0	0	0	1
San Luis	7	5	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	4
Santa Fe	14	4	0	5	43	0	38
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	2
Tierra del Fuego	6	2	0	0	0	0	83
Tucumán	7	4	1	0	2	0	3
Total Nacional	867	148	174	192	663	137	516

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

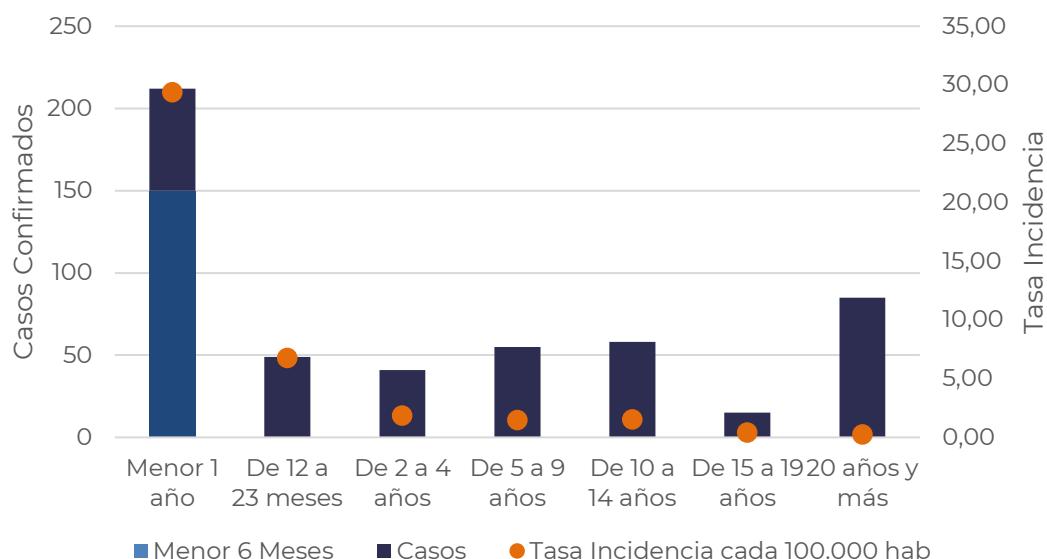
Como se mencionó previamente, si bien 19 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante casos de *B. parapertussis* (los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B. pertussis* y para La Rioja no se cuenta con identificación de especie).

VI.3.D. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados y la IA cada 100.000 habitantes a nivel nacional, según grupo de edad.

Gráfico 6. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE 1-45, 2025.



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Las mayores incidencias acumuladas se observaron en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 41,2% de los casos confirmados en 2025 (n=212), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=150). En las últimas semanas, el número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en curso en Tierra del Fuego.

Con relación a los fallecimientos, entre las SE 1 y 45 de 2025 se notificaron 6 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 3 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año en curso la tasa de letalidad es de 1,2%. Ninguno de los 4 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros dos casos corresponden a menores de 2 meses.

VI.4. Coberturas de Vacunación

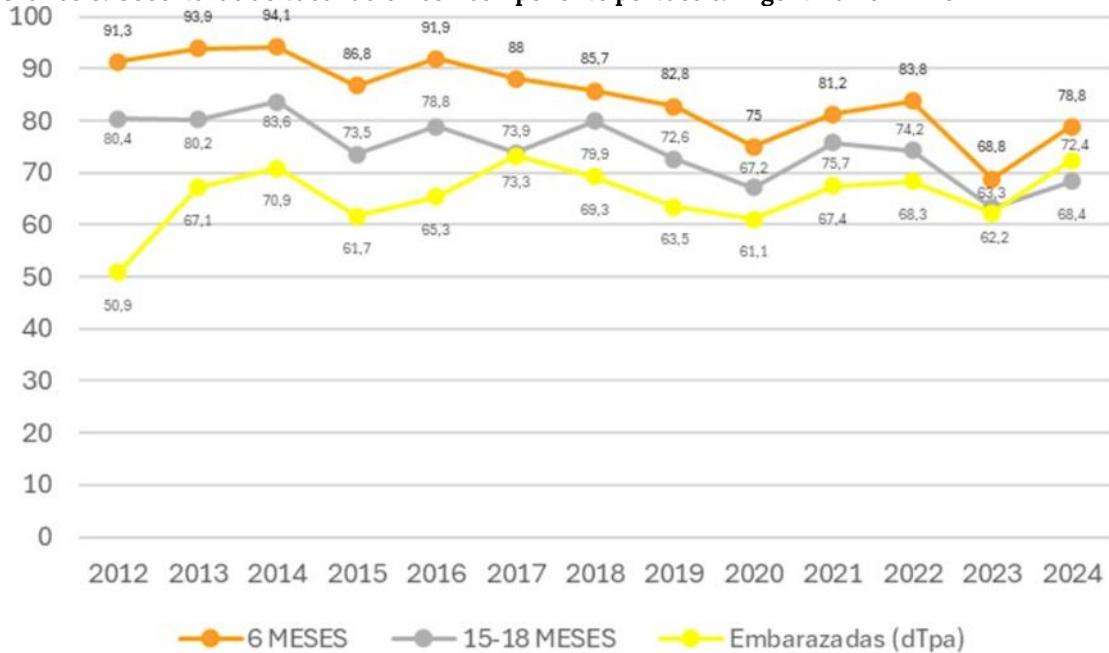
El alcance de coberturas de vacunación óptimas de todas las enfermedades inmunoprevenibles es una prioridad en el desarrollo de políticas públicas en la República Argentina, sin embargo, debido a factores internos y externos, al igual que como ocurre en todo el mundo, se encuentran lejos de ser logradas.

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redundan en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

El gráfico 6 analiza las coberturas de vacunación para tres grupos objetivo en el período 2012 - 2024:

- I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente)
- II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)
- III. Embarazadas (vacunadas con dTpa – triple bacteriana acelular para embarazadas)

Gráfico 6. Coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina 2012 - 2024



Fuente: elaboración por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comenzó a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19 y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento social.

En el caso de los lactantes de 6 meses, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y de 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quíntuple/séxtuple. Sin embargo, en 2023 se registró una fuerte caída, alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%), lo que implicó un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012. En 2024 se evidenció una recuperación de 10 puntos porcentuales, con una cobertura nacional de 78,8%.

Para el caso del primer refuerzo de quíntuple/séxtuple, se observó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, es decir, 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia ascendente se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto de 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%). En 2024, las coberturas volvieron a incrementarse, alcanzando 68,4%, lo que representa una recuperación de 5,1 puntos porcentuales respecto del año anterior, aunque aún por debajo de los niveles previos a la pandemia.

Por su parte, las embarazadas, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fluctuaciones marcadas a lo largo del período. En 2023 la cobertura fue de 62,2%, mientras que en 2024 fue de 72,4%, lo que representó un incremento de más de 10 puntos porcentuales respecto del año anterior.

Las coberturas parciales de 2025 al 12/11/2025, son:

1º dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 69,71%
2º dosis de Quíntuple (4 meses): 69,03%
3º dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 64,94%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 57,08%
Ref DTP (5 años): 47,97% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 10/09/25: 72,48%)
Ref dTpa (11 años): 48,50% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 10/09/25: 74,43%)
Embarazadas dTpa: 65,71%

Para realizar un análisis completo de la situación de las coberturas de vacunación, es necesario hacer referencia a que el descenso observado de coberturas es global (para todas las vacunas en todos los grupos etarios) y multicausal, y se acentuó con posterioridad a la pandemia de COVID-19.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran la falta de percepción de riesgo por parte del personal de salud y de la comunidad en general, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las *fake news* o noticias falsas, las dificultades en producción y suministro de los insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

Sin embargo, otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. Por este motivo, se avanzó con un análisis sobre el cambio en la manera de registrar que se realizó en 2023: a diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era combinada entre registros agrupados numéricos y registros nominales, durante el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente de datos para el cálculo de coberturas, lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). De esta manera se sostuvo y fortaleció el cálculo de coberturas de calendario nacional, siendo la fuente de información los datos cargados de manera nominal únicamente.

La implementación del RNVe permite sistematizar las bases de datos y el circuito de información para el cálculo de las coberturas de vacunación, con la implementación de un modelo de gestión informatizada a través de un registro nominalizado que brinda a todos los niveles sanitarios la posibilidad de contar con datos actualizados, consistentes y confiables para la toma de decisiones. Esto implica un gran salto de calidad en la gestión de datos.

Sin embargo, cabe destacar que la adecuación de los sistemas de RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó cierto atraso en la carga (dada la complejidad y extensión del CNV) y diferencias con algunos sistemas provinciales, por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional para la publicación de las coberturas del año 2023.

Además, también existe un universo de personas vacunadas que no han sido registradas en ningún sistema (ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado).

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro, tanto del nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional, a través del apoyo a las jurisdicciones y de la

implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente.

Esto significó una simplificación en ambos procesos (planificación y cálculo de coberturas) y permite evaluar actualmente la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora en el seguimiento de la cohorte en el tiempo: en 2024 se registró una cobertura oportuna para la cohorte nacida en 2019 de 46,4% y durante 2025 esa misma cohorte alcanzó 26,09%, logrando una cobertura ampliada acumulada de 72,48%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura oportuna de la cohorte nacida en 2013 vacunada en 2024 fue de 54,1%, y esa misma cohorte alcanzó durante 2025 una cobertura ampliada acumulada de 74,43%. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

Luego del análisis histórico de coberturas de vacunación, incluidos los últimos cambios realizados para su cálculo, es necesario trabajar de manera integrada y articulada entre los diferentes niveles y con participación de representantes de todos los actores involucrados para revertir la tendencia sostenida y progresiva de disminución de las coberturas contra *Bordetella pertussis*. Esta caída compromete la inmunidad colectiva, expone a los grupos más vulnerables, especialmente lactantes pequeños y embarazadas, y aumenta el riesgo de reemergencia de formas graves de la enfermedad. La recuperación de las coberturas requiere de estrategias sostenidas, focalizadas y sensibles al contexto, que garanticen el acceso efectivo a la vacunación, mejoren los registros nominales y fortalezcan la confianza de la población en las vacunas. La respuesta debe ser proactiva, coordinada y basada en evidencia, con el compromiso del sistema de salud en su conjunto, para preservar los logros alcanzados y evitar retrocesos que comprometan la salud de las personas.

VI.5. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el diagnóstico precoz, la notificación y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.

El primer nivel de atención (PNA) cumple un rol central en la promoción de hábitos saludables, la prevención de la enfermedad, la detección temprana de casos con su vigilancia y la notificación oportuna, el manejo clínico de casos sospechosos o confirmados en el PNA incluyendo el control de contactos, sin olvidar su rol estratégico en la sensibilización a la comunidad. Dada la situación epidemiológica actual –con incremento de casos en varios países de la región y circulación sostenida en distintas jurisdicciones del país–, se recomienda reforzar las siguientes acciones:

VI.5.A. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN

La vacunación constituye la principal estrategia de prevención de coqueluche y una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la morbilidad en lactantes y otros grupos vulnerables. Desde el primer nivel de atención, los equipos de salud cumplen un rol esencial en la promoción de vacunación, la identificación de brechas de cobertura y la articulación con otros actores de la comunidad para favorecer el acceso a la inmunización. Debe considerarse la vulnerabilidad de poblaciones rurales, indígenas y con acceso limitado a servicios, garantizando estrategias activas de captación y vacunación.

En este sentido, se recomienda:

- Realizar campañas de sensibilización para informar sobre la importancia de la vacunación según Calendario Nacional de Vacunación. Suele resultar útil adecuar la información a lenguas originarias.
- Promover la vacunación de todas las vacunas con componente Pertussis (DTP/HB + Hib, DTP y dTpa en las poblaciones objetivo) para reducir la incidencia de la enfermedad, facilitando la misma en centros de salud, puestos móviles y comunidades vulnerables.
- Promover la vacunación según el Calendario Nacional, priorizando embarazadas a partir de las 20 semanas, lactantes y niños/as pequeños.
- Indicación de vacunación en cada embarazo independientemente del intervalo entre gestaciones.
- Generar acciones articuladas con otros sectores de la comunidad, en especial donde se encuentra el grupo etario de 5 y 11 años, como por ejemplo las escuelas o clubes barriales para la búsqueda activa de la población objetivo.
- Estimular la vacunación con una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años en el personal de salud en contacto con niños menores de 12 meses.

VI.5.B. DETECCIÓN TEMPRANA

La detección temprana de coqueluche es clave para reducir la transmisión y prevenir formas graves, especialmente en lactantes y niños pequeños. Desde el primer nivel de atención, los equipos de salud cumplen un papel estratégico en la identificación oportuna de casos sospechosos, gracias a su cercanía con la comunidad y su capacidad de identificar los primeros

síntomas en el territorio. El fortalecimiento de las estrategias de vigilancia y comunicación efectiva con la población permite acortar los tiempos entre el inicio de los síntomas y la consulta, mejorando el control epidemiológico y la atención integral.

- Capacitar y sensibilizar al personal de salud para identificar los signos y síntomas de coqueluche, como tos persistente y episodios agudos de tos, especialmente en lactantes y niños pequeños, quienes son los más vulnerables.
- Fomentar modalidades de atención que prioricen el contacto temprano con el efecto de primer nivel, por ejemplo, servicios de demanda espontánea, teleconsulta. Consolidando el rol de agentes sanitarios y promotores de salud en las acciones de salud territorial.
- Incrementar la comunicación efectiva con las familias y la comunidad, enfatizando la importancia de la consulta temprana ante la presencia de tos persistente o síntomas respiratorios, para contrarrestar la percepción de banalidad del cuadro y reducir el retraso diagnóstico. A tal fin suelen ser efectivas las campañas locales con mensajes breves y que prioricen los recursos visuales o las microcampañas digitales o radiales dirigidas a madres/padres jóvenes que aumentan la intención de consulta al servicio de salud. También resultan útiles estrategias de recordatorios en el punto de contacto sanitario como carteles en salas de espera o recordatorios impresos en carnets de vacunación.

VI.5.C. NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA

La notificación oportuna y la vigilancia de los casos de coqueluche son componentes esenciales para interrumpir la transmisión y orientar las acciones de control. En el PNA, el registro adecuado de los casos sospechosos permite generar alertas locales, fortalecer la respuesta sanitaria y articular con los niveles jurisdiccional y nacional del sistema de vigilancia. La integración de la vigilancia comunitaria, amplía la capacidad de respuesta del sistema ante un aumento de casos y facilita la implementación de medidas preventivas de manera temprana.

-Asegurar una adecuada notificación y acceso al diagnóstico de todos los casos sospechosos al sistema de vigilancia epidemiológica (SNVS 2.0), conforme a la normativa vigente, para facilitar el seguimiento epidemiológico y la implementación de medidas de control.

-Fortalecer la articulación entre los equipos de salud y las áreas de epidemiología locales, para retroalimentar la información y coordinar las acciones de control ante casos confirmados o conglomerados de casos sospechosos.

VI.5.D. MANEJO CLÍNICO

El manejo clínico oportuno de los casos sospechosos o confirmados de coqueluche en el primer nivel de atención es fundamental para reducir la transmisión, evitar complicaciones y proteger a los grupos de mayor vulnerabilidad, especialmente lactantes menores de seis meses. El inicio temprano del tratamiento antibiótico es una medida efectiva para limitar la diseminación del principal agente etiológico de la enfermedad (*Bordetella pertussis*) y disminuir la gravedad del cuadro clínico. Asimismo, la oportuna derivación de pacientes a niveles asistenciales de mayor complejidad en los casos que así requieran, la educación a las familias y el seguimiento cercano de los casos y contactos son componentes clave de la respuesta integral.

- Brindar atención oportuna y adecuada a los pacientes, incluyendo el uso de antibióticos específicos en las etapas iniciales para reducir la transmisión y la gravedad de la enfermedad.

- Derivar oportunamente a los pacientes a un nivel de complejidad superior, según se considere necesario, atento a la evaluación de la presencia de factores de riesgo y signos de alarma (edad menor de seis meses, dificultad respiratoria, apneas, cianosis, deshidratación, comorbilidades, entre otras) y una vez superado el cuadro debe promoverse la continuidad del cuidado asegurando seguimiento clínico en el primer nivel de atención y vacunación completa.
- Asegurar el aislamiento respiratorio de los casos sospechosos o confirmados durante el período de contagio, reforzando las medidas de higiene respiratoria y el uso de barbijos en el entorno domiciliario y comunitario.
- Garantizar el seguimiento clínico y comunitario de los pacientes tratados ambulatoriamente, mediante visitas domiciliarias o controles periódicos, para monitorear la evolución y asegurar la adherencia al tratamiento.
- Brindar consejería a las familias y cuidadores, reforzando la importancia de completar el tratamiento indicado, mantener las medidas de aislamiento y vigilar síntomas en convivientes o contactos cercanos.

VI.5.E. CONTROL DE CONTACTOS

Atento a la alta tasa de contagio de la enfermedad el control de contactos constituye una estrategia esencial para interrumpir la transmisión de la enfermedad, especialmente en contextos familiares o comunitarios donde existen lactantes menores de seis meses o personas no vacunadas. Los equipos del PNA, por su cercanía territorial y conocimiento de las dinámicas locales, son clave para identificar contactos, indicar medidas preventivas y reforzar la vacunación según las recomendaciones vigentes. Una intervención rápida y coordinada permite disminuir la propagación de la enfermedad y proteger a los grupos de mayor riesgo.

- Identificar y registrar sistemáticamente los contactos cercanos de casos sospechosos o confirmados priorizando convivientes y cuidadores de lactantes, embarazadas, personal de salud y personas con esquema incompleto de vacunación.
- Indicar quimioprofilaxis antibiótica y revisar esquemas de vacunación de los contactos domiciliarios y comunitarios según las recomendaciones vigentes.
- Coordinar acciones intersectoriales y comunitarias para la búsqueda activa de contactos en ámbitos educativos, laborales o recreativos, cuando exista riesgo de diseminación en grupos cerrados.

VI.5.F. SENSIBILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Resulta prioritario generar espacios de educación sanitaria para lograr la sensibilización y la comunicación efectiva con la comunidad y así fortalecer la prevención y el control de coqueluche. En el primer nivel de atención, los equipos de salud desempeñan un rol clave en la generación de confianza, en la difusión de información basada en evidencia y en la promoción de conductas protectoras frente a síntomas respiratorios. La comunicación de riesgo oportuna, empática y adaptada al territorio permite contrarrestar la percepción de banalidad del síntoma, fomentar la consulta temprana y sostener altas coberturas de vacunación, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad.

- Brindar información clara y accesible a las familias y comunidades sobre la importancia de la vacunación, las medidas de higiene respiratoria, personal y ambiental, y la necesidad de consultar tempranamente ante los persistentes o síntomas compatibles con coqueluche.

- Desarrollar campañas de comunicación de riesgo localizadas, coordinadas por los equipos del primer nivel de atención bajo mensajes simples y directos, utilizando espacios comunitarios, redes sociales locales, radios barriales y centros educativos.
- Promover la participación activa de actores comunitarios (por ejemplo, escuelas, líderes territoriales, medios locales, organizaciones sociales y religiosas) para amplificar los mensajes preventivos y difundir información confiable sobre la enfermedad y los servicios de salud disponibles.
- Aprovechar las instancias de contacto habitual con la comunidad como los controles de salud, la vacunación, las actividades territoriales de salud para incluir mensajes breves de prevención y detección temprana.

VI.5.G. MEDIDAS PREVENTIVAS

El esquema de vacunación contra coqueluche incluye un esquema primario de tres dosis durante el primer año de vida (2, 4 y 6 meses) en forma de vacuna quíntuple celular, y refuerzos a los 15-18 meses (quíntuple celular), 5-6 años (triple bacteriana celular), 11 años (triple bacteriana acelular) y en cada embarazo (triple bacteriana acelular).

En el personal de salud en contacto con niños menores de un año está indicada una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años.

Se calcula que la eficacia de la vacuna en personas que han recibido como mínimo cuatro dosis es de 80%; la protección es mayor contra la enfermedad grave. La inmunización pasiva es ineficaz. La vacuna contra *B. pertussis* no protege de la infección por *B. parapertussis*.

Los casos confirmados deberán continuar con el esquema de vacunación según corresponda ya que la infección natural no confiere inmunidad duradera, pudiendo existir reinfección.

VI.5.H. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso:

- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo).
- Deben tomarse muestras para el diagnóstico etiológico (aspirado o hisopado nasofaríngeo para pruebas moleculares y cultivo, y suero para mayores de 12 años con más de 14 días de tos y que no hayan sido vacunados en el último año).
- Iniciar tratamiento antibiótico específico. Los macrólidos acortan el período de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no aplacan los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.
- En caso de permanecer internados, el aislamiento se debe mantener hasta completar 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.

- En caso de manejo ambulatorio, los casos sospechosos deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completados los 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta los 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos. Se debe indicar mantener hábitos de higiene respiratoria de acuerdo a la edad del caso durante ese tiempo: desechar materiales descartables que puedan tener secreciones respiratorias en el cesto de basura y limpiar los ambientes con frecuencia; cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y desecharlos rápidamente en el cesto de la basura; cubrirse la tos o los estornudos con la parte superior del brazo o el codo si no tiene un pañuelo desechable; lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos; usar un desinfectante de manos a base de alcohol si no se dispone de agua y jabón. En caso de trasladarse en ámbitos públicos, utilizar barbijo quirúrgico en la medida de lo posible.
- Las precauciones de aislamiento se tomarán ante la sospecha del caso, sin aguardar a la confirmación, para evitar exponer inadvertidamente a otros pacientes.
- Tener en cuenta la existencia de un sistema de ventilación ambiental, ya sea natural o artificial (se necesitan al menos 2,5 recambios de aire por hora para cambiar el 90 % del aire en una habitación).²⁶

Definición de Contacto estrecho:

- Toda persona con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.
- Haber compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Haber tenido contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:

- Menores de 1 año o convivientes de menores de 1 año
- Personas con inmunodeficiencias o con enfermedad pulmonar.
- Personas gestantes y personal de salud.

Medidas ante un contacto:

- Ante contactos sintomáticos, deben tomarse muestras para el diagnóstico etiológico (aspirado o hisopado nasofaríngeo para pruebas moleculares y cultivo, y suero para mayores de 12 años con más de 14 días de tos y que no hayan sido vacunados en el último año).
- Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioprofiláctico efectivo.
- Inmunización

²⁶ Para más información: <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-diretrices/IF-2023-134428010-APN-DMCYSP-MS.pdf>

- Los contactos estrechos menores de 7 años, a los que se les hubiera aplicado por lo menos 4 dosis de vacuna con componente pertussis, deben recibir una dosis de refuerzo de DTP, a menos que hubieran recibido una dosis en los últimos 3 años.
- Los contactos estrechos menores de 7 años que no estuvieran vacunados o que hubieran recibido menos de 4 dosis de vacuna con componente pertussis deben recuperar esquemas. A los niños que recibieron su tercera dosis 6 o más meses antes de la exposición se les debe aplicar la cuarta dosis en ese momento (quintuple o DTP, según corresponda).
- Los contactos estrechos mayores de 7 años con esquemas incompletos de vacunación deben recibir una dosis de vacuna dTpa. Asimismo, debe verificarse que los niños de 11 años ya hayan recibido la dosis del calendario correspondiente a su edad.
- En situaciones en que esté o puede estar expuesto al riesgo un lactante o un niño de corta edad no inmunizado, conviene identificar los casos tempranos o inadvertidos y atípicos.
- En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.
- La quimioprofilaxis con macrólidos está indicada en todos los contactos estrechos, especialmente los de alto riesgo, ante la sospecha independientemente del antecedente de vacunación. Los macrólidos (eritromicina, claritromicina o azitromicina) acortan el período de transmisibilidad, pero no aplacan los síntomas, excepto cuando se administran durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad.

Antibióticos recomendados para el tratamiento y la profilaxis postexposición de *B. Pertussis* en lactantes, niños, adolescentes y adultos.

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Clarithromicina	Trimetoprima-Sulfametoxazol TMP-SMZ **
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días De primera elección.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días. No de primera elección*	No recomendado (no hay datos de seguridad)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días	En >2 meses: TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Infantes (\geq 6 meses) y niños	10 mg/kg como dosis única el primer día (máximo 500 mg); luego 5 mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día).	40-50 mg/kg/día (máximo 2 gr/día) dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Adolescentes y Adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250 mg como dosis única desde el día 2 al 5	2 gramos /día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 320 mg/día y SMZ 1600 mg/día dividido en 2 dosis por 14 días

*La azitromicina es el macrólido de elección en los menores de 1 mes por el riesgo de hipertrofia pilórica asociado a eritromicina.

** TMP-SMZ puede ser utilizado como alternativa a los macrólidos en personas de ≥ 2 meses de edad alérgicos o intolerantes a macrólidos o que estén infectados por una cepa rara de *B. pertussis* resistente a macrólidos.

El embarazo no es una contraindicación para el uso de macrólidos (eritromicina, azitromicina o claritromicina) pero la FDA ha catalogado la eritromicina y azitromicina como categoría B y la claritromicina como C.

VI.6. Vigilancia Epidemiológica

VI.6.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Lograr la detección oportuna de casos sospechosos para realizar las acciones de control correspondientes, que contribuyan a disminuir la transmisión y la morbimortalidad en los grupos de mayor riesgo.
- Monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación y medidas de control, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.

VI.6.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

Toda persona con clínica compatible según los siguientes criterios por grupo etario:

- Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos.
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante, sin otra causa aparente.

O bien que un trabajador de la salud sospeche coqueluche independientemente de la edad y del antecedente vacunal.

Caso confirmado

- Caso sospechoso con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivos para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS)²⁷
- Caso sospechoso con nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas.

Caso probable

Paciente con clínica compatible (según criterios clínicos estratificados por edad) y sin confirmación por laboratorio (sin muestra para estudio o resultados negativos de laboratorio)

Caso descartado por diagnóstico diferencial

Caso sospechoso descartado que presenta diagnóstico de otra enfermedad de presentación

²⁷ En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente pertussis al menos un año o más antes de la toma de muestra.

similar.

Caso descartado

Clínica incompleta o con datos insuficientes, resultado de laboratorio negativo y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado.

VI.6.C. NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Coqueluche (tos convulsa)	Nominal	Universal / Clínica-Laboratorio- Epidemiología	Inmediata

VI.7. Consideraciones sobre el diagnóstico

El diagnóstico de Coqueluche se basa en la **sospecha oportuna** de la enfermedad y la utilización de las **pruebas de laboratorio adecuadas**. Para el diagnóstico de laboratorio puede realizarse cultivo, PCR y/o serología. La prueba serológica internacionalmente aceptada es la detección de IgG anti toxina pertussis mediante ELISA validado contra el “Standard de Referencia de la OMS (06/140)”²⁸. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayon.

La sensibilidad del cultivo, la PCR y la serología varían según el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la toma de muestra, la edad del paciente, el estado de inmunización, entre otros factores. El cultivo presenta 100% de especificidad y puede utilizarse durante las dos primeras semanas luego del inicio de la tos, ya que en dicho momento presenta la mayor sensibilidad. También presenta mayor sensibilidad en casos severos, en pacientes no vacunados y en menores de un año. La PCR presenta elevada especificidad y notable mayor sensibilidad que el cultivo. Puede utilizarse durante las cuatro semanas siguientes al inicio de la tos, aunque la mayor sensibilidad es durante las dos primeras semanas.

Finalmente, la toma de muestra de suero para la detección de anticuerpos IgG anti toxina pertussis debe realizarse luego de 14 días de tos y antes de que finalice la duodécima semana luego del inicio de los síntomas.

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche

Si bien la PCR es la prueba de elección dado la elevada sensibilidad, especificidad y rapidez de los resultados, es importante realizar el cultivo, ya que esto permite la caracterización molecular de los aislados clínicos locales y la vigilancia de la sensibilidad a los antimicrobianos de primera elección para el tratamiento.

Para las pruebas de **PCR**, existen diversos blancos de amplificación descriptos en la literatura

²⁸ Guiso N, Berbers G, Fry NK, He Q, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Mar;30(3):307-12. doi: 10.1007/s10096-010-1104-y. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21069406; PMCID: PMC3034915.

para *B. pertussis*, *B. parapertussis* y *B. holmesii*. El LNR recomienda utilizar para la detección y confirmación de *B. pertussis* los blancos de amplificación: IS481 + promotor del gen de la toxina pertussis (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba. La utilización exclusiva de la secuencia de inserción IS481 no resulta una prueba específica dado que también está presente en *B. holmesii* y algunas *B. bronchiseptica*²⁹. Por otro lado, *ptxP* es de copia única, a diferencia de la secuencia de inserción IS481 que posee entre 50 y 238 copias en el genoma completo de *B. pertussis*³⁰, por lo tanto la PCR que usa como blanco de amplificación al promotor del gen de la toxina pertussis resulta de menor sensibilidad que la antes mencionada.

Para la confirmación de *B. parapertussis* y *B. holmesii* también es necesario utilizar más de un blanco de amplificación. En caso de no poder estudiar todos ellos se solicita remitir la muestra clínica y/o el aislado al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-“Dr. Carlos G. Malbrán” para la confirmación de estas especies de *Bordetella*.

Ante casos identificados como *Bordetella* sp contactar al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-“Dr. Carlos G. Malbrán” para evaluar el estudio de targets adicionales que permitan confirmar la especie.

Para el diagnóstico serológico mediante la detección de **IgG anti toxina pertussis** es importante recordar que dicha metodología no resulta útil en infantes ya que su sistema inmune es inmaduro y además existe la posibilidad de interferencia de los anticuerpos maternos. En adolescentes y adultos que recibieron una dosis de la vacuna triple bacteriana acelular, la serología puede emplearse si transcurrió un año desde la recepción de la misma. Excepcionalmente, en niños mayores de un año que no han recibido previamente vacunas antipertussis, la detección de IgG anti toxina pertussis podría resultar de utilidad, sin dejar de notar que igualmente es mandatorio la recolección de ANF/HNF para realizar también el cultivo y la PCR.

VI.8. Nota Metodológica

Para el presente informe se analizó la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0) al 02/11/2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 44 de 2025, en el evento “Coqueluche”. Se excluyeron casos invalidados por epidemiología y duplicados.

Se definieron como casos confirmados de coqueluche aquellos en los que se consignó la detección de *B. pertussis*, *B. parapertussis* por cultivo o PCR, IgG anti toxina pertussis positiva (específica para *B. pertussis*) o bien la detección de *Bordetella* sp. por PCR, sin identificación de especie. También se consideraron confirmados para coqueluche aquellos casos clasificados como tales en clasificación manual, sin resultado de laboratorio.

Con relación a los casos probables (a partir de la clasificación manual y sin confirmación de laboratorio), se observó que su curva sigue tendencia de notificaciones del evento, sin

²⁹ Reischl U, Lehn N, Sanden GN, Loeffelholz MJ. Real-time PCR assay targeting IS481 of *Bordetella pertussis* and molecular basis for detecting *Bordetella holmesii*. *J Clin Microbiol*. 2001;39(5):1963–6. pmid:11326023

³⁰ Loeffelholz M. Towards improved accuracy of *Bordetella pertussis* nucleic acid amplification tests. *J Clin Microbiol*. 2012;50(7):2186–2190. doi:10.1128/JCM.00612-12; Parkhill J., et al. 2003. Comparative analysis of the genome sequences of *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis* and *Bordetella bronchiseptica*. *Nat. Genet.* 35:32–40)

corresponderse con la curva epidémica de casos confirmados. Por ello se definió incluir a estos casos probables en el grupo de "casos con sospecha de coqueluche".

Para el parámetro temporal, se analizan los casos según la variable "Fecha Mínima del Caso", construida a partir de la selección de datos en el siguiente orden jerárquico: "Fecha de Inicio de Síntomas", "Fecha de consulta", "Fecha de toma de muestra" o "Fecha de notificación del caso". Para la jurisdicción de asignación del caso, se consideró la provincia de residencia o, en caso de no disponer del mismo, la jurisdicción del establecimiento notificador.

Las tasas de notificación fueron calculadas utilizando las proyecciones poblacionales publicadas por INDEC, a partir de datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas del año 2010.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_investigacion_coqueluche_9102023.pdf

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Tuberculosis - Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

Este informe representa la cuarta publicación del evento Tuberculosis en los boletines epidemiológicos nacionales.

En la primera presentación del año en el BEN 742 de fines de enero (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_742_se_5_1222025.pdf) se compartió la situación mundial, regional y la situación general de la Argentina. En el 754 de fines de abril (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_754_se_17_1352025.pdf), se mostraron los datos según grupo de edad. Por último, en el BEN 765 de mediados de julio (<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-765-se-28-vpref-21725.pdf>), se exhibieron los datos de la relación entre TB y VIH, dando cuenta de la importancia de esa asociación.

En la presente y última edición del año, junto con la presentación, nuevamente, de la situación mundial y regional, se detalla la situación de la TB en las personas menores de 20 años, diferenciando el grupo pediátrico de 0 a 14 y el adolescente de 15 a 19.

La información utilizada es resultante de la notificación de casos que se realiza a través del evento tuberculosis (TB) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), vigente desde el año 2019, que permite el reporte individual de los casos por parte de los servicios de salud a lo largo de todo el país. Para la presente actualización se utilizó la información exportada al 2 de noviembre de 2025 del SNVS 2.0, correspondiente a los casos registrados de las 24 jurisdicciones del país.

VII.2. Situación internacional y de la región de las américa

A nivel mundial, la tuberculosis atraviesa un escenario de aumento sostenido en su carga luego del quiebre que supuso la pandemia. Los datos más recientes estiman que en 2023 enfermaron alrededor de 10,8 millones de personas y fallecieron más de 1,25 millones, cifras que continúan creciendo año tras año y que evidencian la dificultad para recuperar la tendencia descendente que predominó durante la década previa al COVID-19. Este ascenso se relaciona con determinantes estructurales persistentes —cada vez más inequidad global, pobreza, hacinamiento, movilidad forzada, condiciones laborales precarias y barreras en el acceso al sistema de salud— que facilitan la transmisión y retrasan el diagnóstico y el inicio oportuno del tratamiento.

En la Región de las Américas, este patrón de aumento se vuelve especialmente visible. Para 2023, la OPS estimó alrededor de 342.000 nuevos casos y unas 35.000 muertes por tuberculosis, cifras que reflejan un incremento sostenido desde 2015, con aumentos cercanos al 20% en la incidencia y superiores al 40% en la mortalidad en menos de una década. La región enfrenta, además, una mayor complejidad programática asociada a entornos de alta vulnerabilidad —como poblaciones privadas de libertad, comunidades con déficit habitacional y territorios con movilidad interna e internacional intensa— que favorecen la transmisión sostenida y generan retrasos diagnósticos más prolongados. Este conjunto de factores configura un escenario regional que continúa en ascenso, con sistemas de salud que aún trabajan para recuperar la

capacidad de detección y seguimiento previo a la pandemia y avanzar hacia los compromisos de eliminación establecidos para 2030.

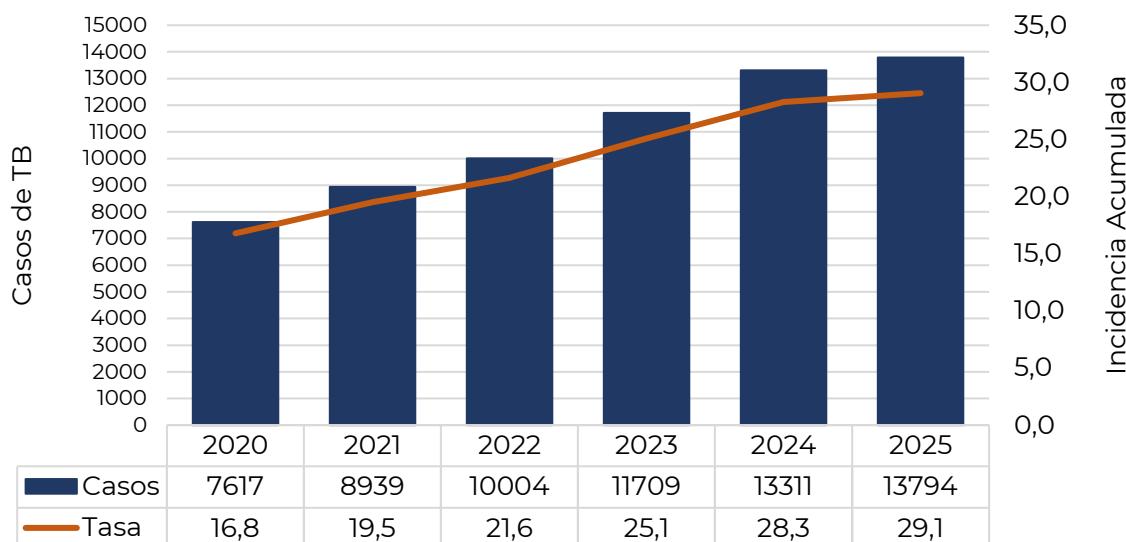
VII.3. Situación actual de la TB total país

Entre 2020 y 2025, las notificaciones de TB mostraron un aumento constante. El número de casos aumentó en todo el período un 65,9% (3.169 casos) y un 11,0% entre 2024 y 2025 (790 casos) (Gráfico 1).

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 44 de 2025 se notificaron en el SNVS 2.0, 13.794 casos de TB con fecha de notificación en 2025; de éstos, 13.045 (94,6%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 749 (5,4%) casos no nuevos (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Los casos pulmonares representaron el 84,4% (11.645), con una confirmación por bacteriología del 74,7% (8.704).

VII.3.A. TENDENCIA ANUAL

Gráfico 1. Tasas de notificación por 100.000 hab. y número de casos de TB totales por fecha de notificación hasta la semana 44. Argentina. 2020-2025.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, Ministerio de Salud de la Nación.

VII.3.B. NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TB SEGÚN JURISDICCIÓN HASTA LA SEMANA 44

Al comparar las notificaciones de casos totales en 2025 con el mismo período de 2024, se observó un aumento del 3,6% en todo el país (Tabla 1). Este incremento se debe principalmente a la región centro, donde se verifica un incremento del 8,5% (830 casos). La jurisdicción de Santa Fe notificó un aumento superior al 25% en 2025.

Tabla 1. Notificación de casos de TB totales por jurisdicción de residencia por fecha de notificación hasta la semana 44. Argentina. 2024-2025.

Jurisdicción	Casos 2024	Tasa ¹	Casos 2025	Tasa ¹	Variación porcentual de los casos
Buenos Aires	6933	38,1	7555	41,2	9,00%
CABA	1382	44,8	1494	48,4	8,10%
Córdoba	500	12,8	466	11,8	-6,80%
Entre Ríos	247	17,2	203	14	-17,80%
Santa Fe	692	19	866	23,6	25,10%
Centro	9754	32,2	10584	34,7	8,50%
Mendoza	125	6	105	5	-16,00%
San Juan	52	6,4	40	4,9	-23,10%
San Luis	39	7,3	40	7,4	2,60%
Cuyo	216	6,3	185	5,4	-14,40%
Chaco	460	36,8	379	30,1	-17,60%
Corrientes	217	18,8	198	17	-8,80%
Formosa	272	43,6	225	35,8	-17,30%
Misiones	188	14,3	181	13,6	-3,70%
NEA	1137	26,2	983	22,4	-13,50%
Catamarca	14	3,3	25	5,8	78,60%
Jujuy	447	55,6	340	41,9	-23,90%
La Rioja	21	5,1	25	6	19,00%
Salta	720	48,2	788	52,2	9,40%
Santiago del Estero	80	7,9	63	6,1	-21,20%
Tucumán	278	15,7	343	19,2	23,40%
NOA	1560	26,3	1584	26,4	1,50%
Chubut	94	14,3	89	13,3	-5,30%
La Pampa	45	12,2	36	9,7	-20,00%
Neuquén	62	8,9	44	6,2	-29,00%
Río Negro	74	9,4	69	8,7	-6,80%
Santa Cruz	49	12,2	44	10,7	-10,20%
Tierra del Fuego	37	19,4	17	8,7	-54,10%
Sur	361	11,6	299	9,5	-17,20%
Sin información	283		159		-43,80%
Total	13311	28,3	13794	29,1	3,60%

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

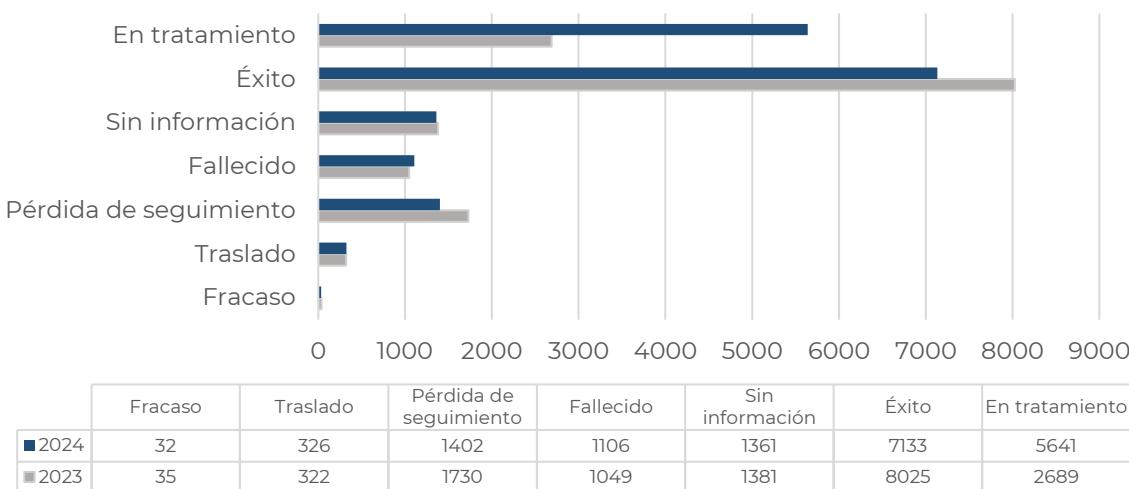
1. Tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes

El NOA también registró un aumento del 1,5% (24 casos) debido al incremento de casos en Catamarca, Tucumán, La Rioja y Salta. En el resto de las regiones, hubo un descenso en las notificaciones, siendo la región del Sur la que tuvo mayor porcentaje de descenso, alcanzando el 17,2%. En todas las regiones el reporte de casos de cada jurisdicción en 2025 no fue uniforme, coexistiendo aumentos y descensos de casos notificados en cada una de ellas.

VII.3.C. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

A la semana 44 de 2025, el 9,1% (1.381) de los casos de TB notificados en 2023 todavía no tienen información sobre su tratamiento, y el 17,7% (2.689 casos) aún aparecen en tratamiento tras más de 12 meses desde su inicio. En 2024, el 8,0% (1.361) de los casos notificados carecen de información sobre su tratamiento y un alto porcentaje (33,2%) de casos figuran aún como en tratamiento; parte de este porcentaje puede deberse a que algunos de ellos todavía están dentro del período de duración de los esquemas de tratamiento (Gráfico 2).

Gráfico 2. Resultado de la evaluación del tratamiento de los casos de TB totales hasta la semana 44. Argentina. 2023 y 2024.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

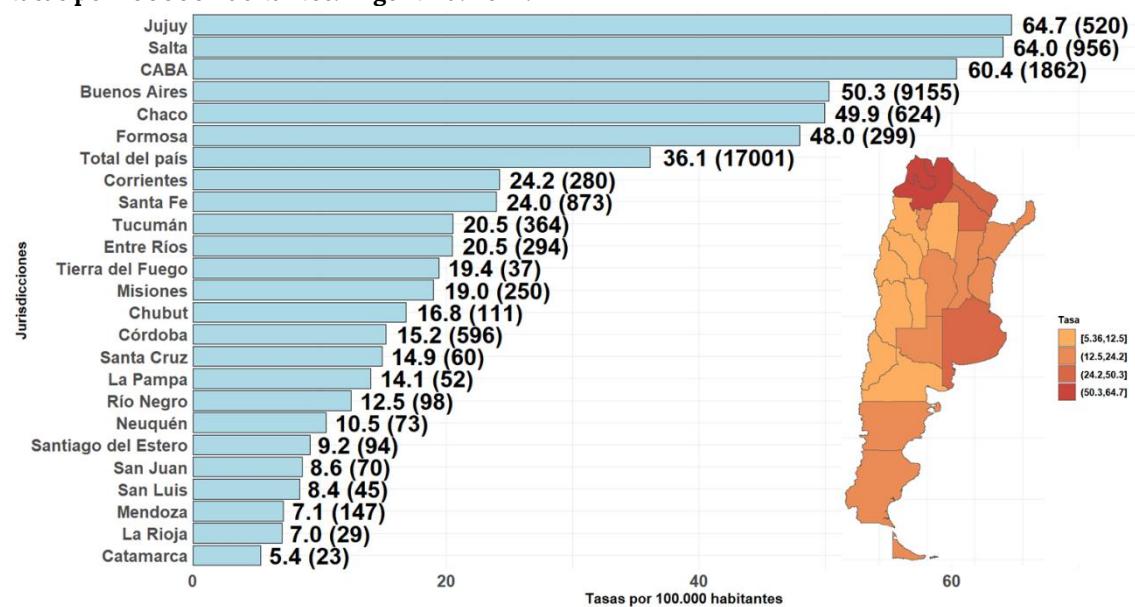
VII.4. Distribución de los casos de tuberculosis de todas las edades en Argentina según jurisdicciones

VII.4.A. DISTRIBUCIÓN SEGÚN JURISDICCIONES

La distribución de casos de tuberculosis en Argentina es desigual entre las jurisdicciones y, hacia su interior, en las unidades en las que estas se subdividen: comunas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, partidos en la provincia de Buenos Aires y departamentos en el resto de las 22 provincias.

Todas las jurisdicciones tuvieron en 2024 casos notificados residentes; y, la brecha en la tasa de notificación entre ellas fue de 12 veces entre la que registró la tasa más alta, Jujuy; y, la que registró la tasa más baja, Catamarca.

Gráfico 3. Notificación de casos de tuberculosis de todas las edades por jurisdicción. Número de casos y tasas por 100000 habitantes. Argentina. 2024.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

Las seis jurisdicciones con mayor tasa aportaron en 2024 el 78,9% de los casos del país: 13416 casos; aunque, en términos de población, estas jurisdicciones aportan el 54,1% de la población total del país de ese año. En contraste, las seis jurisdicciones con menor tasa ese año, aportaron 2,7% de los casos: 458 casos; concentrando 16,1% de la población total de Argentina.

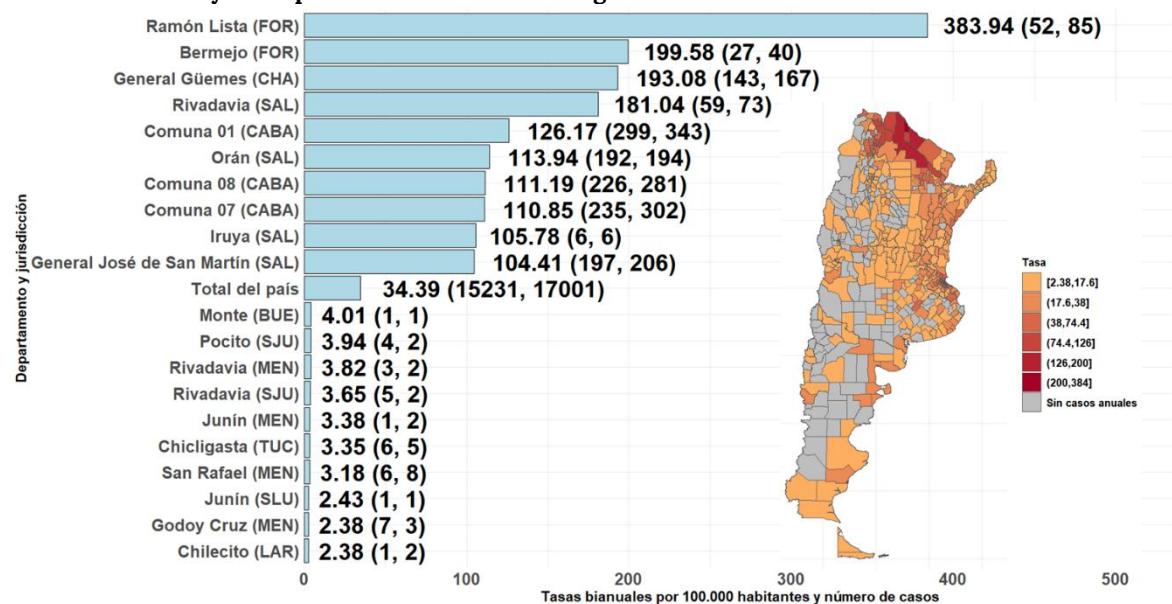
Como resultado de esta diferencia en el aporte de casos y de población, la brecha entre ambos grupos fue de 8,7 veces entre el conjunto de las seis jurisdicciones con mayor tasa y el de las seis con menores tasas.

El índice de Gini para la desigualdad en la distribución de la tuberculosis entre las 24 jurisdicciones tuvo, en 2024, un valor de 0,30.

La desigualdad en la distribución de los casos es mayor si se desagregan en los niveles subjurisdiccionales: comunas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, partidos en la provincia de Buenos Aires y departamentos en el resto de las 22 provincias.

VII.4.B. DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL SUB-JURISDICCIONAL

Gráfico 4. Notificación de casos de tuberculosis de todas las edades por unidades subjurisdiccionales. Número de casos y tasas por 100000 habitantes. Argentina. Bienio 2023-2024.



Del total de 527 unidades subjurisdiccionales del país, 68 no registraron casos de tuberculosis de cualquier edad durante el Bienio 2023-2024; y 74 unidades adicionales, no tuvieron casos notificados uno de los dos años del Bienio.

En el resto de las 385 unidades, la brecha en las tasas de notificación fue de 161,3 veces; entre el departamento con mayor tasa, Ramón Lista, en la provincia de Formosa; y el departamento con menor tasa: Chilecito, en la provincia de La Rioja.

El conjunto de diez unidades que tienen tasas superiores al percentil 97,5 -tasa igual o superior a 101,0 por 100000- concentró 9,3% de los casos (3133 casos); pero, concentró 2,6% de la población del país. Este conjunto de departamentos tuvo una tasa de 125,9 por 100000; tasa 3,6 veces mayor a la tasa nacional.

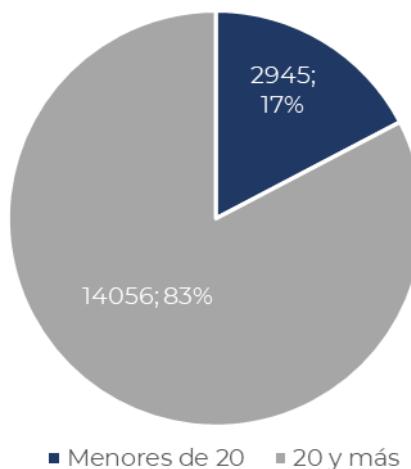
En contraste, las diez unidades que tienen tasas inferiores al percentil 2,5 -tasa menor a 4,3 por 100000- concentraron 0,2% de los casos (63 casos); pero, concentraron 2,1% de la población. Este conjunto de departamentos tuvo una tasa de 3,1 por 100000; tasa once veces menor a la tasa nacional.

VII.5. Análisis de situación de la Tuberculosis pediátrica y adolescente en Argentina

VII.5.A. CASOS Y TASAS TOTALES EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE

La tuberculosis continúa afectando a los niños y adolescentes en Argentina; y ocasiona anualmente alrededor de 3000 casos: 1387 en menores de 15 años y 1558 de 15 a 19 años en 2024.

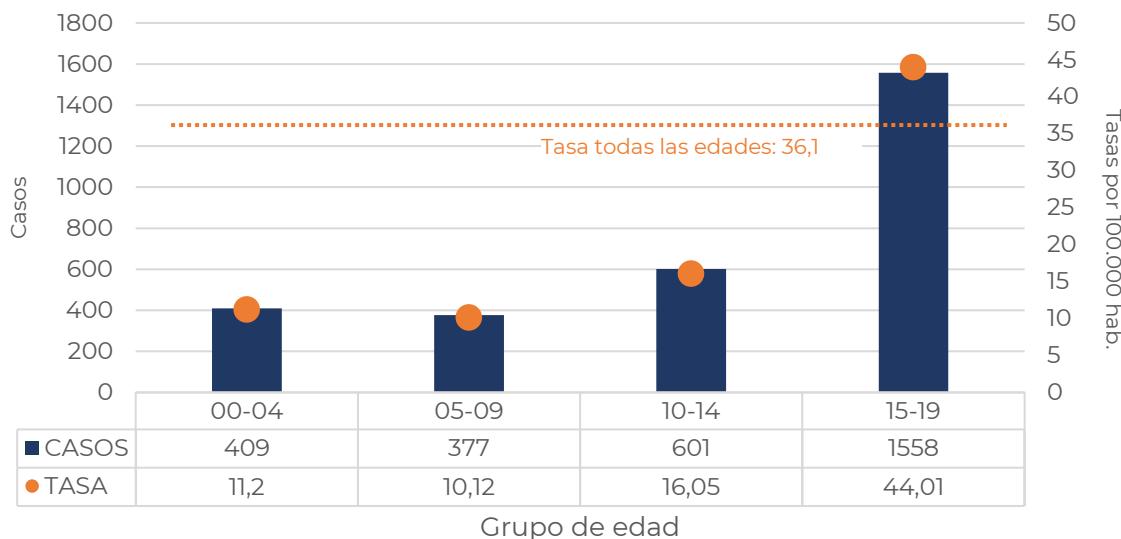
Gráfico 5. Notificación de casos de tuberculosis totales y pediátrica y adolescente (0-19 años). Número de casos y porcentaje. Argentina. 2024. N: 17.001.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

En 2024, del total de 17001 casos de tuberculosis notificados hasta el 2 de noviembre de 2025, 8,2% fueron menores de 15 años y 9,2% fueron adolescentes de 15 a 19 años. La distribución de los casos menores de 15 años muestra que la mayor proporción fue de 10 a 14 años; 43,3%; y, la menor, de 5 a 9 años: 27,1%.

Gráfico 6. Notificación de casos de tuberculosis pediátrica (00-14 años) y adolescente (15-19 años). Número de casos y tasas por 100000 habitantes, Argentina. 2024.

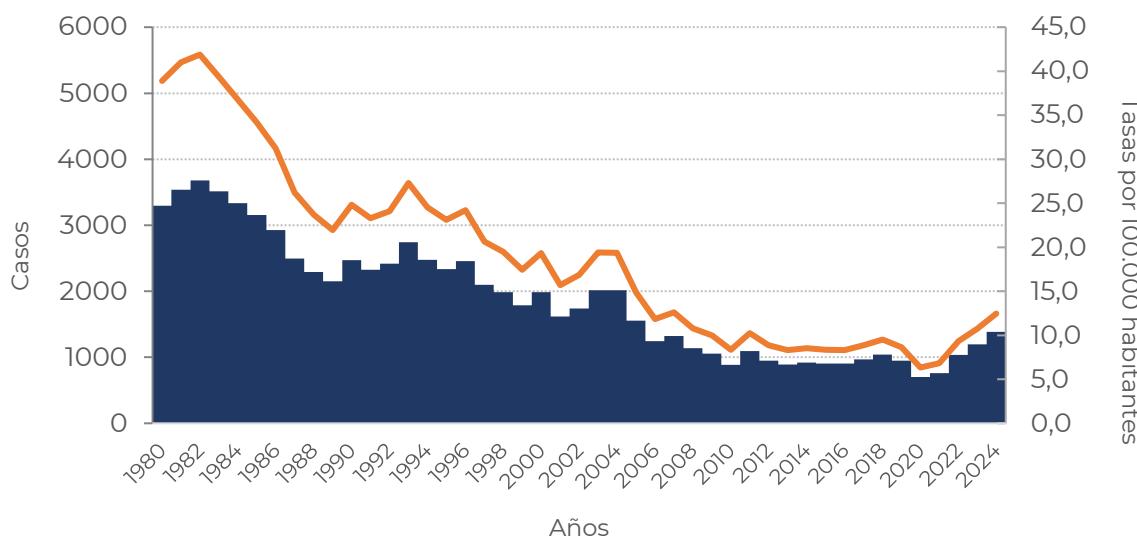


Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", con base en datos del SNVS. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

VII.5.B. ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE LA TUBERCULOSIS EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE

La cifra de casos menores de 15 años de 2024 fue la más alta desde 2006; y, la tasa por 100000 en este grupo fue la más alta desde 2008.

Gráfico 7. Tendencia de la notificación de casos de tuberculosis pediátrica (0-14 años). Número de casos y tasas por 100000 habitantes, Argentina. 1980-2024.

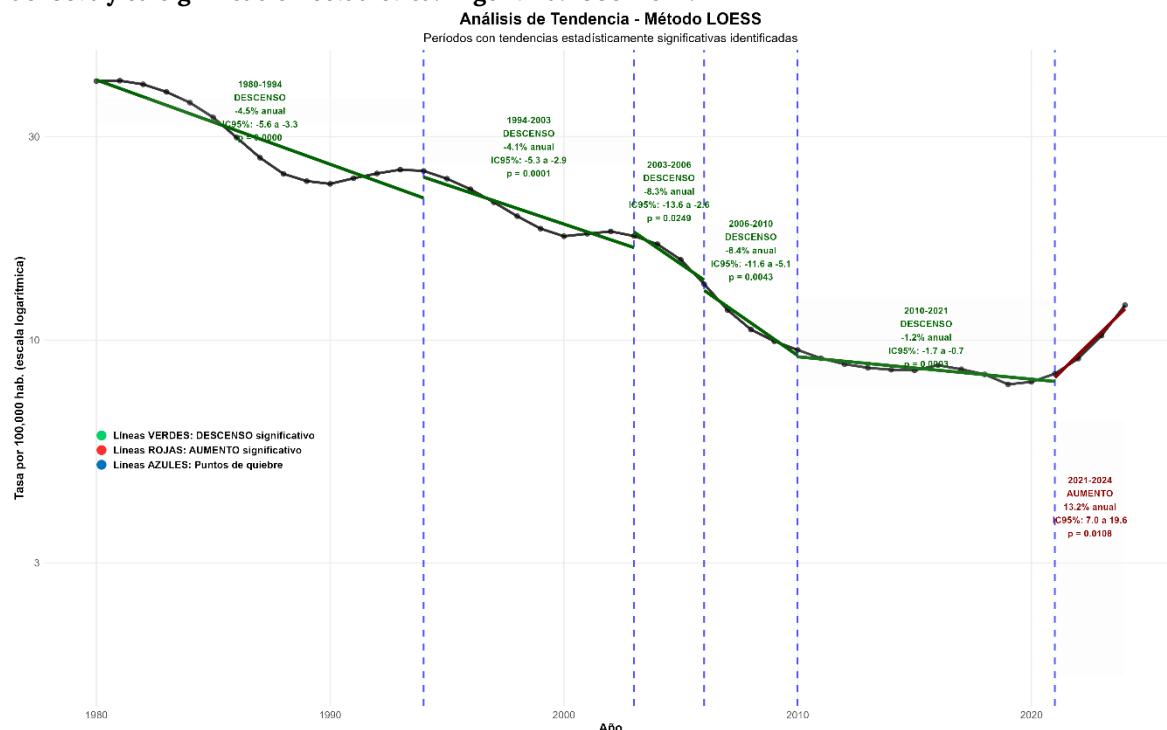


Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

La tendencia de la notificación de casos de tuberculosis en menores de 15 años desde 1980 hasta 2024 muestra que, a partir de 2020, cuando se verificó la mayor caída interanual de casos notificados de tuberculosis de todo ese período en ese grupo de edad, la notificación tuvo una leve recuperación en 2021 y, a partir de ese año, inició una tendencia al aumento de 13,2% anual (IC 95%: 7,0%; 19,6%); estadísticamente significativa: $p = 0,0108$.

Esto quebró la tendencia al descenso continua que tuvo la notificación de casos de tuberculosis en menores de 15 años desde 1980 (Gráfico 6); aunque ya se había observado una tendencia al descenso más baja en la década anterior: el descenso anual promedio a partir de 2010 fue 1,2%, mientras que había sido superior al 8% anual entre 2003 y 2010; y superior al 4% anual entre 1980 y 2003.

Gráfico 8. Análisis de la tendencia de las tasas de notificación de casos de tuberculosis pediátrica (0-14 años). Tasas por 100.000 habitantes, períodos con tendencia estadísticamente significativa identificados y variación anual promedio de la tasa durante cada período, con su intervalo de confianza del 95% y su significación estadística. Argentina. 1980-2024.

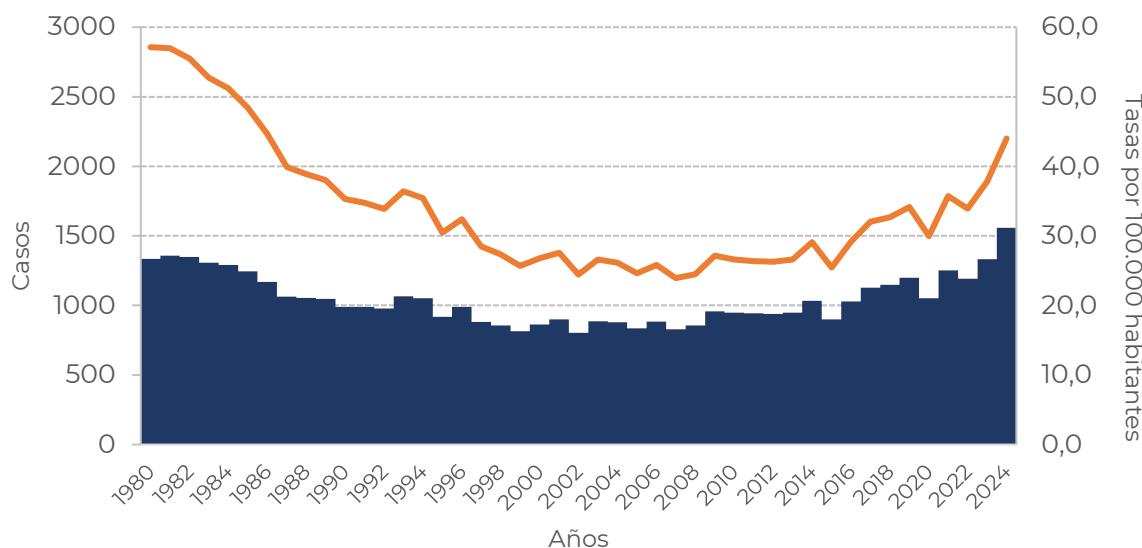


Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

Nota: El análisis de la tendencia se realizó seleccionando uno de tres métodos que se aplicaron para el suavizado de la serie de datos originales: método LOESS (Suavizado Localmente Estimado), el método spline y el método de la media móvil.

La cifra de casos de 15 a 19 años de 2024 fue la más alta registrada desde 1980; y, la tasa por 100000 habitantes en este grupo fue la más alta desde 1987.

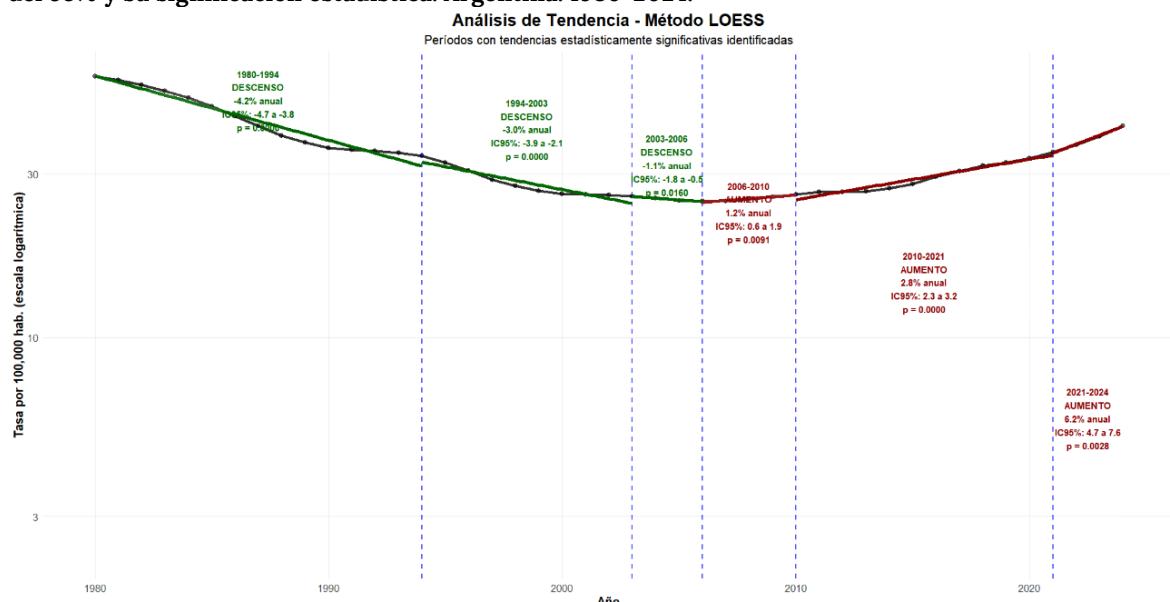
Gráfico 9. Tendencia de la notificación de casos de tuberculosis adolescente (15-19 años). Número de casos y tasas por 100000 habitantes, Argentina. 1980-2024



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

La tendencia de la notificación de casos de tuberculosis de 15 a 19 años muestra un quiebre y aumenta mucho antes que en el grupo de menores de 15 años: a partir de 2006, la tasa de notificación de casos aumenta 1,2% anual hasta 2010, incrementa ese ritmo de aumento a más del doble (2,8% anual) entre 2010 y 2021; y, vuelve a duplicar ese aumento entre 2021 y 2024, pasando a 6,2% anual.

Gráfico 10. Análisis de la tendencia de las tasas de notificación de casos de tuberculosis adolescente (15-19 años). Tasas por 100000 habitantes, períodos con tendencia estadísticamente significativa identificados y variación anual promedio de la tasa durante cada período, con su intervalo de confianza del 95% y su significación estadística. Argentina. 1980-2024.



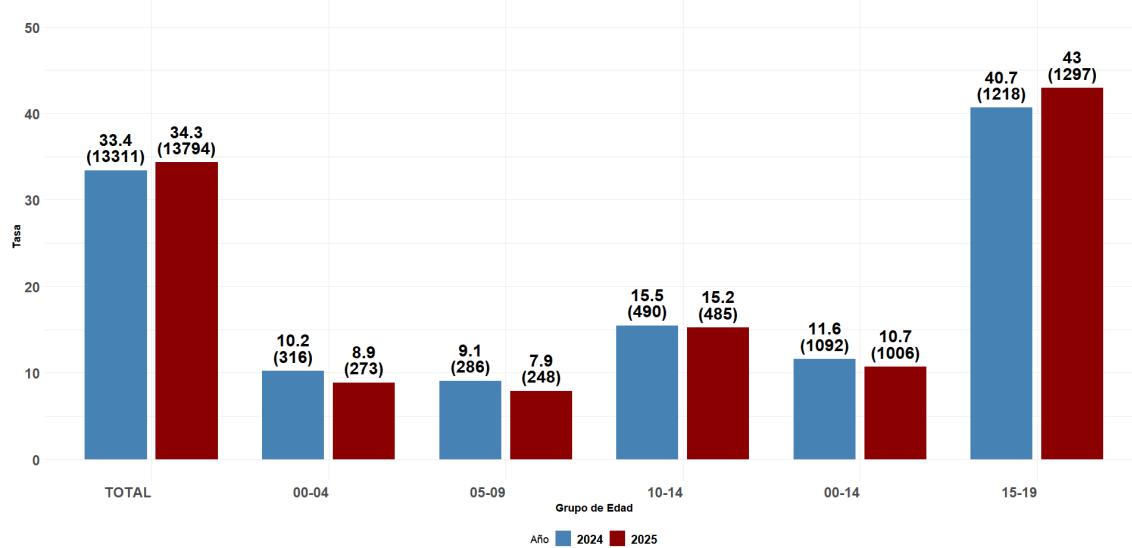
Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

Nota: El análisis de la tendencia se realizó seleccionando uno de tres métodos que se aplicaron para el suavizado de la serie de datos originales: método LOESS (Suavizado Localmente Estimado), el método spline y el método de la media móvil.

A pesar de que la tuberculosis en adolescentes tuvo un aumento continuo en los últimos 19 años (2006-2024), el incremento tanto del número de casos (76,2%) como de la tasa por 100.000 habitantes (70,5%) fueron inferiores al que registró en los menores de 15 años en los últimos cuatro años (2020-2024): 98,1% y 98,4%, respectivamente.

En 2025, hasta el 2 de noviembre, se registró un descenso de la notificación de casos de tuberculosis en menores de 15 años con respecto al mismo período del año 2024; y, un aumento, en el grupo de 15 a 19 años.

Gráfico 11. Notificación de casos de tuberculosis hasta la semana epidemiológica 44; total de casos y tasas por 100000 habitantes y número de casos. Argentina. 2024 y 2025.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

El descenso de la notificación de casos de tuberculosis pediátrica en 2025 con respecto al mismo período del año 2024 fue 7,9%: 1006 casos y 1092 casos, respectivamente; en contraste, los casos de 15 a 19 años aumentaron 6,5%; un porcentaje similar al aumento registrado entre 2021 y 2024 (6,2% anual); y, pasaron de 1218 casos notificados en 2024 a 1297 notificados en 2025, en ambos casos, hasta el final de la semana epidemiológica 44.

VII.5.C. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS EN LA EDAD PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE SEGÚN JURISDICCIÓNES

En la edad pediátrica y en la adolescencia la distribución de casos de tuberculosis por residencia también es desigual entre las jurisdicciones.

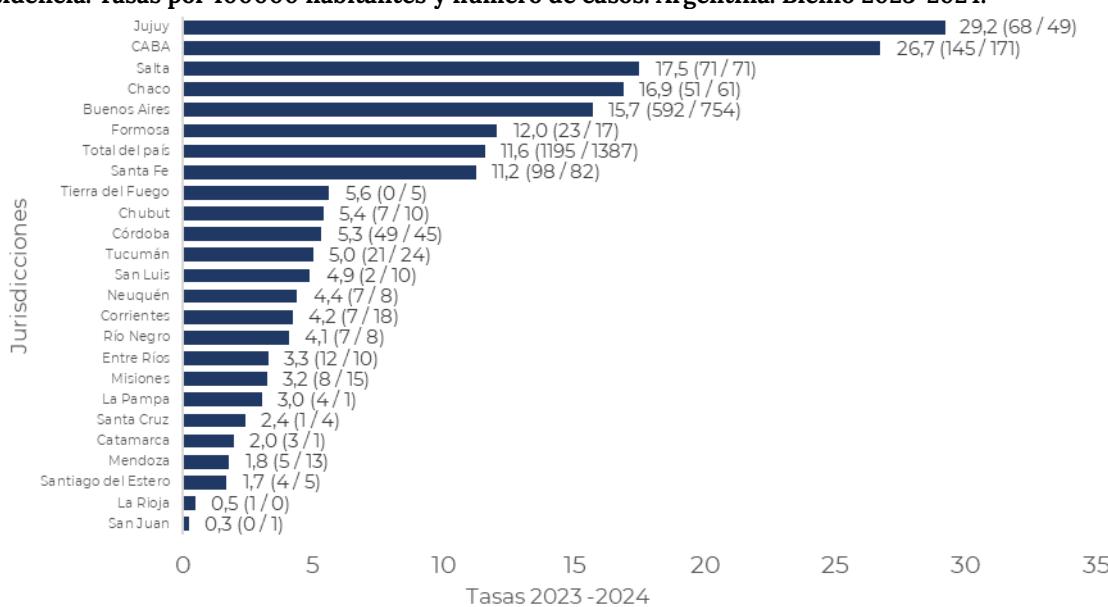
En 2024, no se notificaron casos de tuberculosis en la edad pediátrica en una provincia: La Rioja (que sí notificó un caso en 2023); el año anterior, no se notificaron casos residentes en dos jurisdicciones San Juan y Tierra del Fuego (que sí notificaron 1 caso y 5 casos, respectivamente, en 2024).

Para el análisis de la distribución por jurisdicción, se consideró el Bienio 2023-2024, durante el cual todas las jurisdicciones notificaron por lo menos un caso de tuberculosis menor de 15 años.

La brecha entre las jurisdicciones en términos de la tasa de notificación de casos de tuberculosis residentes fue de 97,3 veces entre la tasa más alta, notificada por la provincia de Jujuy, y la tasa más baja, registrada en la provincia de San Juan. Esta brecha fue 8,1 veces mayor que la registrada entre las jurisdicciones para las tasas de tuberculosis de todas las edades mencionada antes.

Seis jurisdicciones tuvieron tasas más altas que la tasa nacional: 3,4% más alta en el caso de la provincia de Formosa y 151,7% más alta en el caso de la provincia de Jujuy.

Gráfico 12. Notificación de casos de tuberculosis en la edad pediátrica (0-14 años) por jurisdicción de residencia. Tasas por 100000 habitantes y número de casos. Argentina. Bienio 2023-2024.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, con base en datos del SNVS, Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

Las seis jurisdicciones con mayor tasa de notificación de casos de tuberculosis en menores de 15 años concentraron en el Bienio 2023-2024 el 80,3% del total de casos del país en ese Bienio (2073 de los 2582 casos); estas seis jurisdicciones, concentran el 53,8% de la población pediátrica del país.

En contraste, las seis jurisdicciones con menor tasa concentraron en el mismo Bienio solamente el 1,7% de los casos de ese Bienio en el país (38 de los 2582 casos); en estas jurisdicciones, se concentra el 11,4% de la población pediátrica del país.

La brecha en la tasa de notificación entre ambos grupos de jurisdicciones es de 11,5 veces: 17,3 por 100000 en el grupo de tasas más altas y 1,5 por 100000 en el grupo de tasas más bajas. Esta brecha es 32,2% más alta que la que se registró entre las seis jurisdicciones con mayor y menor tasa de tuberculosis para todas las edades.

El índice de Gini para la desigualdad en la distribución de la tuberculosis en la edad pediátrica entre las 24 jurisdicciones tuvo, en 2024, un valor de 0,3065; que fue 3,7% más alto que el de todas las edades.

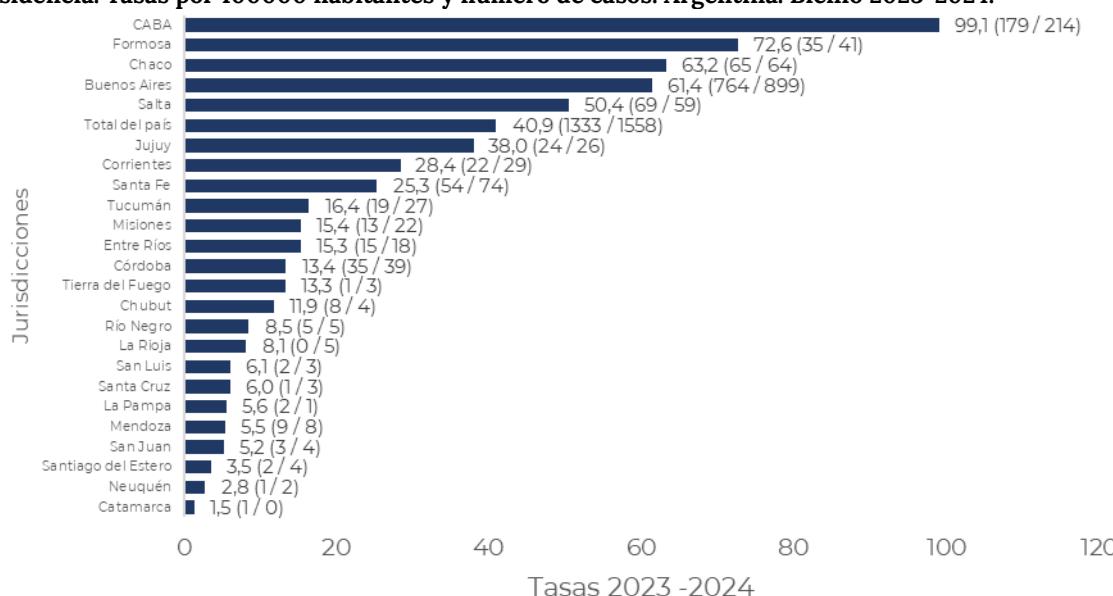
En 2024, no se notificaron casos de tuberculosis en la adolescencia en una provincia: Catamarca (que sí notificó un caso en 2023); y, el año anterior, no se notificaron casos residentes en otra

jurisdicción: La Rioja (que sí notificó un caso en 2024). Al igual que para la edad pediátrica, en el Bienio 2023-2024 se notificaron casos de tuberculosis residentes en todas las jurisdicciones.

La brecha entre las jurisdicciones en términos de la tasa de notificación de casos de tuberculosis de 15 a 19 años residentes fue de 66 veces; 32,2% menor que para los menores de 15 años; pero, 5,5 veces mayor que el de todas las edades; esta diferencia de 66 veces se registró entre la tasa más alta, en la ciudad autónoma de Buenos Aires, y la tasa más baja, en la provincia de Catamarca.

Cinco jurisdicciones tuvieron tasas más altas que la tasa nacional: 23,2% más alta en el caso de la provincia de Salta y 142,3% más alta en el caso de la ciudad autónoma de Buenos Aires.

Gráfico 13. Notificación de casos de tuberculosis en la adolescencia (15-19 años) por jurisdicción de residencia. Tasas por 100000 habitantes y número de casos. Argentina. Bienio 2023-2024.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, con base en datos del SNVS, Ministerio de Salud de la Nación.

Las seis jurisdicciones con mayor tasa de notificación de casos de tuberculosis de 15 a 19 años concentraron en el Bienio 2023-2024 el 84,4% del total de casos del país en ese Bienio (2439 de los 2891 casos); estas seis jurisdicciones, concentran el 53,8% de la población adolescente del país.

En contraste, las seis jurisdicciones con menor tasa concentraron en el mismo Bienio solamente el 1,3% de los casos de ese Bienio en el país (37 de los 2891 casos); en estas jurisdicciones, se concentra el 11,9% de la población adolescente del país.

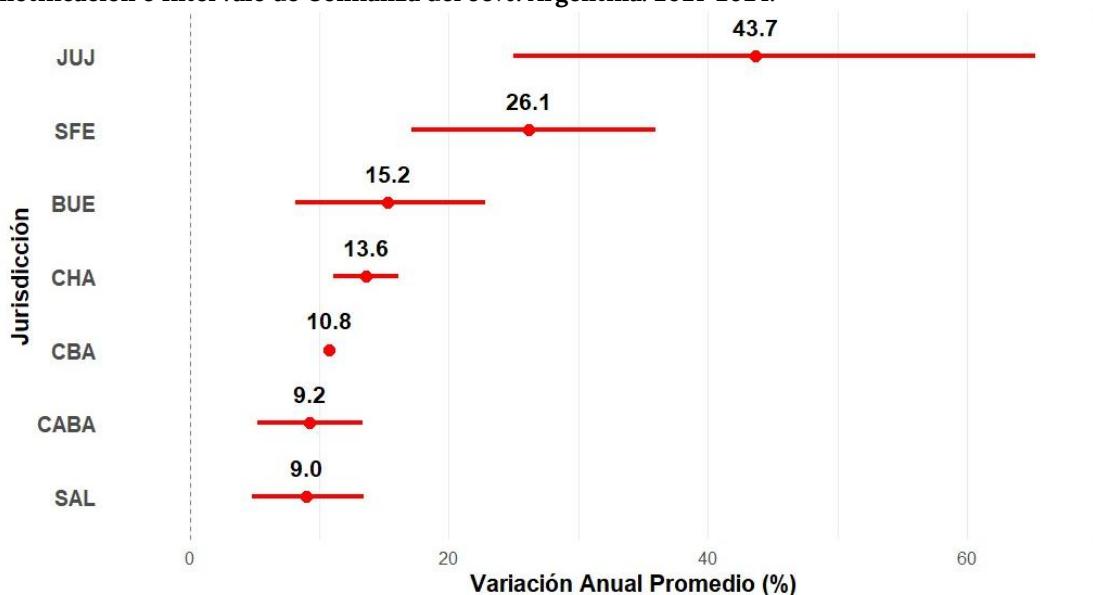
La brecha en la tasa de notificación entre ambos grupos de jurisdicciones es de 14,6 veces: 64,2 por 100000 en el grupo de tasas más altas y 4,4 por 100000 en el grupo de tasas más bajas. Esta brecha es 27,0% más alta que la que se registró en menores de 15 años y 67,8% más alta que la que se registró entre las seis jurisdicciones con mayor y menor tasa de tuberculosis para todas las edades.

VII.5.D. JURISDICCIONES CON MAYOR INCREMENTO Y CONCENTRACIÓN DE CASOS

A continuación, se presenta un análisis de las jurisdicciones priorizadas en un análisis de concentración e incremento en los casos en el período 2021-2024. Para ello, se seleccionaron

las jurisdicciones que tuvieron casos de tuberculosis en menores de 15 años todos los años del periodo 1985-2024; y, lo mismo, para los adolescentes de 15 a 19 años, quedando como resultado, siete jurisdicciones con casos anuales menores de 15 años y 17 las que tuvieron casos todos los años de 15 a 19 años durante el periodo 1985-2024.

Gráfico 14. Tendencia de la notificación de casos de tuberculosis en la edad pediátrica (0-14 años) durante el último periodo estadísticamente significativo. Variación Anual Promedio (VAP) de la tasa de notificación e Intervalo de Confianza del 95%. Argentina. 2021-2024.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

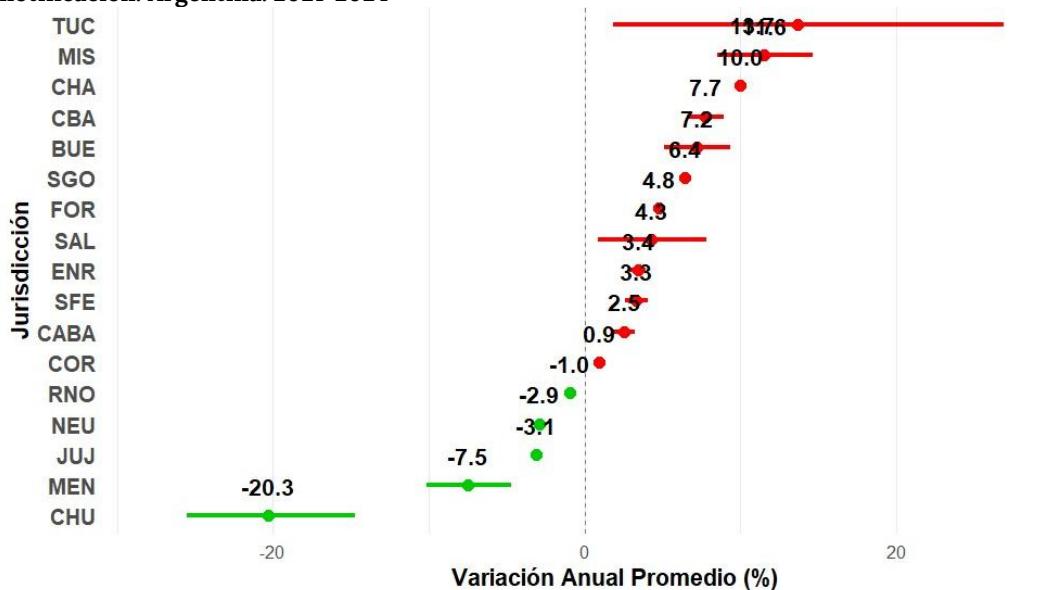
Las siete jurisdicciones pasaron de concentrar 95,9% de los casos totales del país de ese grupo de edad en 2021 a concentrar 89,3% de los casos en 2024; la tasa de ese grupo pasó de 9,3 por 100000 a 16,5 por 100000; un incremento de 77,4%.

El resto de las jurisdicciones, que no tuvieron una tendencia estadísticamente significativa pasaron de concentrar 4,1% de los casos totales del país de ese grupo de edad en 2021 a concentrar 10,7% de los casos en 2024; la tasa de ese grupo pasó de 0,8 por 100000 a 4,1 por 100000, un incremento de más de cinco veces, superior al del grupo anterior: 17,0%.

Este comportamiento de los dos grupos de jurisdicciones, así como la variabilidad anual en la notificación de casos pediátricos está asociado a la falta de una tendencia definida en la medida de la desigualdad.

En el grupo de 15 a 19 años, fueron diecisiete de las veinticuatro jurisdicciones las que tuvieron casos residentes notificados todos los años del periodo 1985-2024; a diferencia del grupo de menores de 15 años, no en todas esas jurisdicciones la última tendencia estadísticamente significativa tuvo el mismo signo.

Gráfico 15. Tendencia de la notificación de casos de tuberculosis en la edad adolescente (15-19 años) durante el último período estadísticamente significativo. Variación Anual Promedio (VAP) de la tasa de notificación. Argentina. 2021-2024



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

Durante el período 2021-2024 cinco jurisdicciones registraron una tendencia al descenso de la tasa de notificación de casos de 15 a 19 años y, las doce restantes, registraron una tendencia al aumento.

Las jurisdicciones que tuvieron una tendencia al aumento pasaron de concentrar 82,04% de los casos totales del país de ese grupo de edad en 2021 a concentrar 95,9% de los casos en 2024; la tasa de ese grupo pasó de 41,5 por 100000 a 51,2 por 100000; un incremento de 23,4%.

Las jurisdicciones que tuvieron una tendencia al descenso pasaron de concentrar 3,05% de los casos totales del país de ese grupo de edad en 2021 a concentrar 2,9% de los casos en 2024; la tasa de ese grupo pasó de 10,0 por 100000 a 11,7 por 100000, un incremento 37,6% menor que en el grupo anterior: 17,0%.

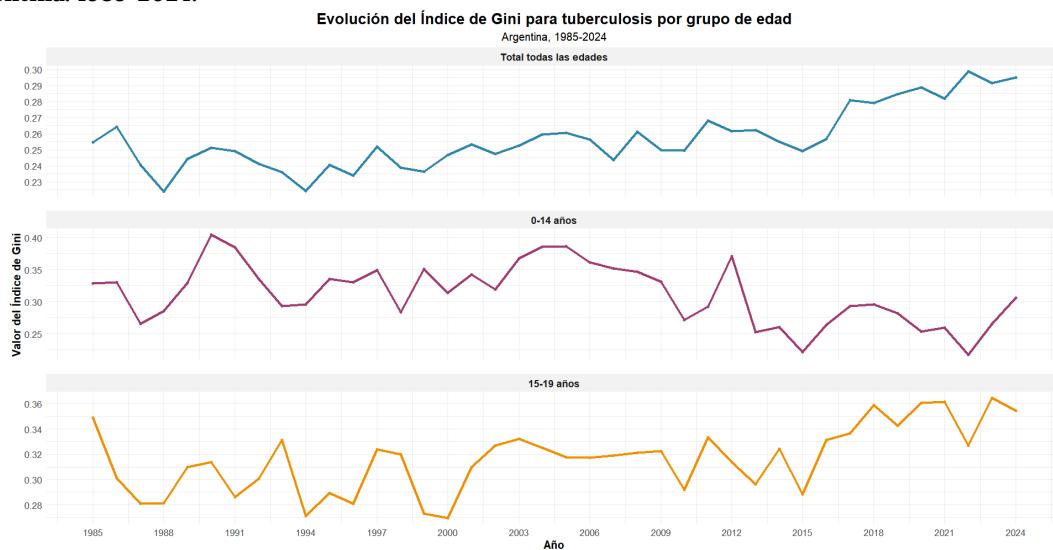
VII.5.E. ANÁLISIS DE LA DESIGUALDAD: ÍNDICE DE GINI 1985-2024

Se presenta el análisis de la desigualdad a través del Índice de Gini para todas las edades, para el grupo de 0 a 14 y el de 15 a 19.

El índice de Gini para la desigualdad en la distribución de la tuberculosis en la adolescencia entre las 24 jurisdicciones tuvo, en 2024, un valor de 0,3545; que fue 20,0% más alto que el de todas las edades y 15,7%, más alto que el del grupo de menores de 15 años.

La desigualdad en la distribución de la tuberculosis expresada a través del índice de Gini tuvo una tendencia al aumento en Argentina. cuando se analiza por jurisdicción para el total de casos de todas las edades; y, la tendencia fue diferente para el grupo de menores de 15 años y para el grupo de 15 a 19 años.

Gráfico 16. Tendencia de la desigualdad en la distribución por jurisdicción de los casos de tuberculosis de todas las edades, de edad pediátrica (0-14 años) y de adolescentes (15-19 años). Índice de Gini. Argentina. 1985-2024.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", con base en datos del SNVS y registros históricos de notificación de casos. Ministerio de Salud de la Nación; y estimaciones de población del INDEC.

La tendencia de la desigualdad para todas las edades fue al aumento desde 2017: el índice de Gini se incrementó 1,65% anual (IC 95%: 0,88%; 2.50%); y, esta variación, fue estadísticamente significativa: $p = 0,0013$.

En la edad pediátrica, la evolución de la desigualdad en la distribución de la tuberculosis no tuvo una tendencia estadísticamente significativa. Las variaciones anuales del índice de Gini, incluyendo el aumento en los últimos dos años (período 2022-2024) se encuentran dentro de una tendencia estable para el período 2015-2024.

En los adolescentes de 15 a 19 años, se observa un aumento de la desigualdad; pero, con un valor límite de significación estadística ($p = 0.0509$); el índice de Gini en este grupo tuvo un aumento de 1,5% anual (IC 95%: -0,01%; 3,03%).

El aumento de la desigualdad en la distribución de la tuberculosis se asocia con las variaciones entre jurisdicciones en la tendencia de notificación de casos, como se explicó en la sección anterior.

VII.6. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Como se expuso en este informe y se viene presentando en diferentes Boletines Epidemiológicos Nacionales, la tuberculosis continúa representando un desafío sanitario de primer orden a nivel global y regional, en un contexto en el que la incidencia muestra un aumento sostenido tras los años de pandemia y, en muchos casos, antes de ella.

El rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación resulta central para garantizar un abordaje integral de la enfermedad que combine la vigilancia epidemiológica, la sistematización de la información, la toma de decisiones basadas en evidencia y el diálogo continuo con las jurisdicciones para el monitoreo de las acciones concretas de prevención, tratamiento y seguimiento de las personas afectadas.

A partir de la información epidemiológica analizada, la cartera sanitaria nacional viene implementando una serie de acciones articuladas que abarcan desde la expansión del diagnóstico molecular y el seguimiento nominalizado de casos hasta el fortalecimiento del abordaje pediátrico y adolescente, la gestión de tratamientos para formas resistentes y la mejora continua de los sistemas de información. Estas iniciativas buscan fortalecer la detección temprana y mejorar la continuidad de los tratamientos.

VII.6.A. IMPLEMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR

Ampliación del diagnóstico molecular de tuberculosis mediante la distribución de equipos **GeneXpert** e insumos de laboratorio a distintas jurisdicciones del país, incrementando la capacidad instalada para la detección rápida, sensible y descentralizada de *Mycobacterium tuberculosis*. Esta estrategia permite:

- reducir los tiempos diagnósticos, ya que permite obtener un diagnóstico en menos de dos horas.
- mejorar la confirmación en casos con baciloscopía negativa,
- identificar tempranamente resistencia a rifampicina
- fortalecer la respuesta local en territorios con alta carga de enfermedad.

Asimismo, se acompaña de procesos de capacitación técnica y fortalecimiento de la red de laboratorios, garantizando el uso adecuado de los equipos y la sostenibilidad operativa.

Actualmente la red cuenta 15 equipos de *GeneXpert* ubicados en diferentes puntos del país, en respuesta a la mayor demanda de diagnóstico.

Nº Integrante de la red	Jurisdicción	Localización	Cantidad entregada de cartuchos para cobertura 2025
1	Buenos Aires	Hospital San Juan de Dios	3000
2	Buenos Aires	Hospital Cetrángolo	3000
3	Buenos Aires	Hospital Presidente Perón	3000
4	Buenos Aires	Hospital Balestrini	1000
5	Buenos Aires	Hospital Posadas	1400
6	Buenos Aires	Hospital Mi Pueblo	1400
7	Buenos Aires	INE "Dr. Juan H. Jara"	1800
8	CABA	ANLIS "Dr. Carlos Malbrán"	2000
9	CABA	Hospital Tornú	310*
10	CABA	Hospital Piñero	310*
11	CABA	Hospital Muñiz	320*
12	Chaco	Hospital Bicentenario	1000
13	Jujuy	Hospital San Roque	2100
14	Salta	Hospital del Milagro	2000
15	Santa Fé	INER "Dr. Emilio Coni"	1600
	Santa Fé	CREBIOT	3000
	CABA	Hospital Elizalde	600
	Chaco	Hospital Perrando	500
	CABA	Hospital Fernández	600
	PBA	Hospital Vicente López	1000
	T. del Fuego	Laboratorio Río Grande	100
		Total	30040

En cuanto a la distribución de cartuchos de GeneXpert, durante el año 2025 se distribuyeron un total de 29.100, dónde se incluyeron equipos que no fueron instalados por el Ministerio de Salud de la Nación, como parte de la oportunidad de ampliaciones de la red de diagnóstico. Resta completar la entrega de 940 a tres establecimientos de CABA que se completarán antes de finalizar el año.

VII.6.B. FORTALECIMIENTO DEL ABORDAJE PEDIÁTRICO Y ADOLESCENTE

Conformación de la **Red Nacional de Referentes Pediátricos en Tuberculosis**, destinada a fortalecer el seguimiento integral, oportuno y de calidad de los casos en población infantil y adolescente. Esta red articula equipos clínicos y programáticos de todo el país, promoviendo la detección precoz, el manejo adecuado de las formas graves y la continuidad del cuidado en grupos etarios con mayor vulnerabilidad.

En esta misma línea programática, se avanzó en un trabajo conjunto con DICEI para el cruce sistemático de información entre los dos registros principales del SISA involucrados en este evento: el SNVS 2.0 y NOMIVAC, con el propósito de mejorar la calidad y completitud de los registros de vacunación con BCG en niños expuestos a tuberculosis. Esta articulación permite contar con datos más precisos, optimizar la vigilancia, orientar acciones de prevención y garantizar el acceso oportuno a intervenciones críticas en la primera infancia.

VII.6.C. SEGUIMIENTO NOMINALIZADO DE PERSONAS CON TB EN TRÁNSITO

Control nominal de los casos de tuberculosis con antecedentes de transferencias internacionales o traslados interprovinciales, garantizando la continuidad del tratamiento, el seguimiento clínico y el acceso efectivo a los servicios de salud en cada nueva jurisdicción. Este proceso incluye la verificación activa de la situación terapéutica, la articulación entre programas provinciales y nacionales, y la coordinación con equipos de frontera y organismos internacionales cuando corresponda. De este modo, se asegura que las personas en movilidad no experimenten interrupciones en su atención, se reduzca el riesgo de abandono y se prevengan recaídas o la generación de resistencias farmacológicas.

VII.6.D. AUTORIZACIÓN NOMINAL DE TRATAMIENTOS PARA FORMAS COMPLEJAS

Se lleva adelante la gestión y autorización nominalizada de los tratamientos destinados a tuberculosis resistente o a formas complejas de la enfermedad, asegurando que cada paciente cuente con la medicación de segunda línea adecuada según su perfil clínico y resultados de sensibilidad. Este proceso incluye la revisión caso por caso, la coordinación con los programas provinciales, la verificación de los esquemas indicados y la disponibilidad de fármacos específicos, así como el seguimiento del acceso oportuno a los mismos. De esta manera se garantiza la continuidad terapéutica, se minimiza el riesgo de errores de prescripción y se contribuye a prevenir la progresión de la resistencia, fortaleciendo la respuesta nacional frente a la TB-MDR y TB-RR.

VII.6.E. ASISTENCIA EXPERTA PARA CASOS COMPLEJOS

Derivación y seguimiento de interconsultas dirigidas al Grupo Asesor Técnico en Tuberculosis, integrado por expertos nacionales y especialistas hospitalarios con amplia trayectoria en el manejo clínico y programático de la enfermedad. Este grupo recibe y analiza casos complejos provenientes de todas las jurisdicciones del país –incluyendo formas graves, pediátricas, resistentes o con comorbilidades– y emite recomendaciones clínicas y terapéuticas. Asimismo, se realiza el seguimiento de cada interconsulta para acompañar a los equipos tratantes, favorecer la toma de decisiones y asegurar la continuidad del cuidado en situaciones de alta complejidad.

VII.6.F. BÚSQUEDA ACTIVA EN POBLACIÓN PRIORIZADA

Acciones focalizadas de capacitación, sensibilización, pesquisa y toma de muestras en: población pediátrica y adolescente, embarazadas, personas privadas de libertad, comunidades indígenas, población migrante, personas en situación de calle, personas con consumo problemático y áreas de alta carga de enfermedad. Actualmente se encuentran priorizadas CABA, Rosario y Gran Rosario, AMBA y NOA.

VII.6.G. TRATAMIENTO

Se promueve que el tratamiento se realice en centros de salud cercanos al domicilio de las personas, lo que facilita el seguimiento, mejora la adherencia y reduce la pérdida de pacientes durante el proceso terapéutico.

Disponibilidad de medicamentos esenciales. El país asegura la provisión gratuita de:

- Fármacos de primera línea, utilizados para la mayoría de los casos sensibles
- Fármacos de segunda línea, destinados a personas con tuberculosis resistente a los medicamentos primarios

Esto garantiza la continuidad del tratamiento y la capacidad de respuesta frente a formas más complejas de la enfermedad.

F. Actualización de las Pautas de Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis en Argentina (diciembre):

Se encuentra en su revisión final una actualización nacional de las pautas técnicas por parte de expertos en la temática. Se incorporaron criterios diagnósticos más precisos, mejoras en el enfoque de riesgo, lineamientos para métodos moleculares y definiciones actualizadas para la tuberculosis resistente. Esta actualización permite unificar criterios en todo el país y mejorar la calidad de la atención.

VII.6.H. MEJORAS EN LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Se continúa con el fortalecimiento de la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS), promoviendo la nominalización progresiva de los datos y la mejora sostenida de la calidad de los registros en todas las jurisdicciones. Este proceso incluye la revisión activa de inconsistencias, el acompañamiento técnico a los equipos provinciales, la actualización de definiciones operativas y la capacitación en carga oportuna y completa. El objetivo es contar con información más precisa y trazable, especialmente en las provincias con mayor carga de enfermedad, para orientar la toma de decisiones, mejorar la vigilancia epidemiológica y optimizar las intervenciones de control y prevención.

VIII. Sífilis en población general – Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. Su transmisión ocurre principalmente por contacto directo con lesiones infecciosas durante relaciones sexuales sin protección –anales, vaginales u orales– y, en menor medida, por vía transplacentaria o transfusión sanguínea. La enfermedad evoluciona por estadios clínicos (primaria, secundaria, latente y terciaria), y presenta alta transmisibilidad en sus fases iniciales.

En los últimos años se ha registrado un incremento sostenido en las tasas de notificación de sífilis en la población general en Argentina, especialmente entre adolescentes y personas jóvenes. Esta situación representa un desafío para la salud pública, al requerir estrategias integradas de prevención, detección, tratamiento y seguimiento, tanto en los servicios de salud como en espacios comunitarios.

La vigilancia de la sífilis en población general permite estimar la magnitud del evento, analizar su comportamiento en distintos grupos poblacionales y territorios, y detectar variaciones en las tendencias temporales. Esta información resulta clave para fortalecer las estrategias de prevención, ampliar el acceso al diagnóstico oportuno, garantizar el tratamiento adecuado y mejorar los circuitos de notificación y seguimiento de casos.

VIII.2. Situación internacional y de la región de las américa

A nivel global, la sífilis presenta un crecimiento marcado y sostenido que ha llamado la atención de la comunidad internacional. La OMS estima que en 2022 alrededor de 8 millones de adultos de 15 a 49 años adquirieron la infección, consolidando una tendencia ascendente que se profundiza desde hace más de una década. Esta expansión global se observa con mayor intensidad en poblaciones jóvenes, en mujeres en edad fértil y en contextos donde persisten brechas en el acceso a métodos diagnósticos rápidos, consejería y tratamiento oportuno. La sífilis permanece, además, como una de las principales causas prevenibles de resultados adversos del embarazo, lo que refuerza su prioridad como problema de salud pública internacional.

En la Región de las Américas, el incremento reciente reviste particular preocupación. Se estimaron para 2022 aproximadamente 3,36 millones de nuevas infecciones y alrededor de 3,4 millones de personas viviendo con sífilis, lo que representa un aumento cercano al 30% desde 2020, aun considerando las interrupciones generadas por la pandemia. Esta dinámica tiene un correlato directo en la sífilis congénita: la región registra algunas de las tasas más elevadas a nivel mundial, con estimaciones que oscilan entre 2,1 y 2,7 casos por 1.000 nacidos vivos, y más de 30.000 casos notificados en 2021. Frente a este panorama, los países de las Américas acordaron recientemente un conjunto de compromisos para acelerar la eliminación de la sífilis y la sífilis congénita como problemas de salud pública, priorizando el fortalecimiento del tamizaje universal, el acceso oportuno a penicilina y la vigilancia integrada en atención primaria.

VIII.3. Situación epidemiológica en la Argentina

VIII.3.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

En nuestro país, la sífilis en población general constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Sífilis” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología” y aquellos casos que tuvieran menos de 10 años de edad al momento del diagnóstico. Se consideraron casos confirmados de sífilis a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con método directo positivo; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémicas reactiva con alto título; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémicas reactivas (con o sin especificar la dilución) y prueba treponémica reactiva; y casos con prueba treponémica reactiva o sin laboratorio y clasificación epidemiológica confirmada o probable. Para determinar el año de diagnóstico, se construyó una fecha final utilizando la “Fecha de toma de muestra”; en los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió a la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la variable “Provincia de residencia”; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga”.

VIII.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2019-2024

Antecedentes

La sífilis ha sido objeto de vigilancia epidemiológica continua debido a su impacto significativo en la salud pública. La información producida es un importante aporte para la planificación de estrategias de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

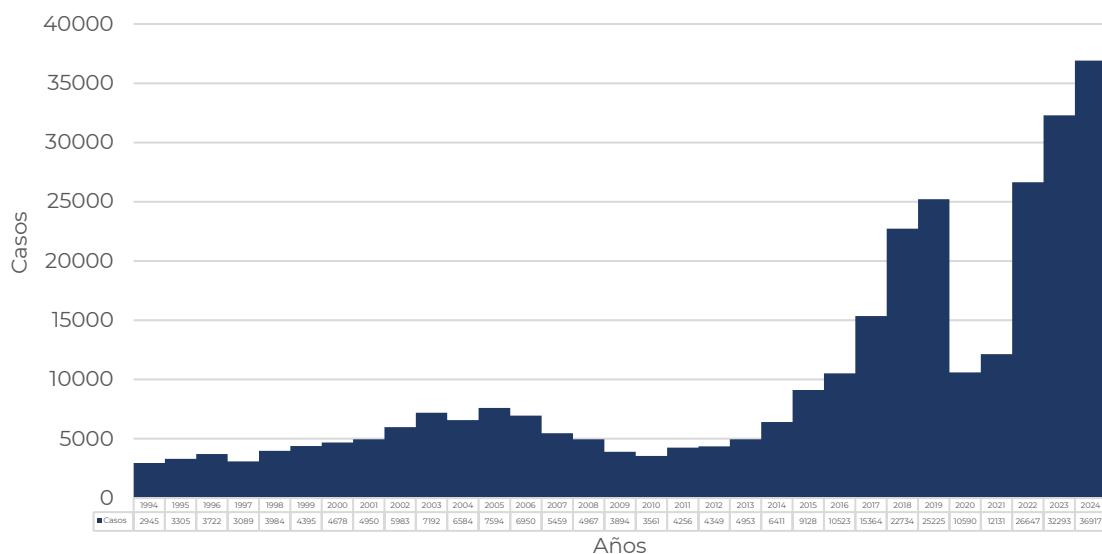
El Gráfico 1 presenta la evolución del número absoluto de casos notificados de sífilis en población general entre 1994 y 2024, lo cual permite identificar distintos períodos con patrones diferenciales de notificación con una clara tendencia en aumento sostenida.

Entre 1994 y 2006 se observa un aumento progresivo en la cantidad de casos reportados, aunque con valores que no superaban los 10.000 casos anuales. A partir de 2007 y hasta 2010 las notificaciones experimentan un descenso sostenido, alcanzando en 2010 uno de los valores más bajos de la serie. Desde 2011 se inicia una etapa de incremento constante, que se acelera de forma marcada a partir de 2015. Entre 2015 y 2019 el número de casos notificados se triplica, reflejando una intensificación sostenida del patrón ascendente.

Durante los años 2020 y 2021, en coincidencia con la pandemia por COVID-19, se verifica una disminución significativa en la cantidad de notificaciones, atribuible al impacto de la emergencia sanitaria sobre la demanda espontánea, la capacidad diagnóstica y el funcionamiento habitual de los servicios de salud. No obstante, incluso en ese contexto, los casos notificados se mantuvieron por encima de los valores registrados en la década previa a 2015.

A partir de 2022 se retoma la tendencia ascendente con una marcada aceleración en los dos últimos años analizados. En 2023 se superaron los 30.000 casos anuales por primera vez desde el inicio de la serie, y en 2024 se alcanzó el valor más alto registrado hasta el momento, con un total de 36.917 casos notificados a nivel nacional. Este número representa un aumento del 38,5% respecto de 2022 y confirma la consolidación de una tendencia en ascenso.

Gráfico 1. Serie histórica de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Argentina. SE 1 a SE 52. Periodo 1994 -2024. (N= 304.773)



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

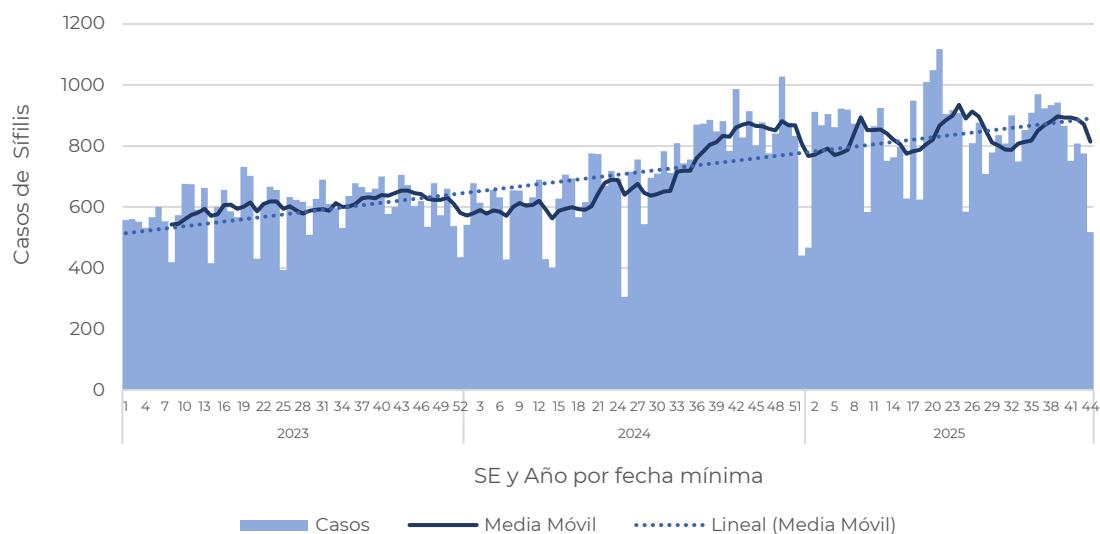
Para valorar la tendencia observada es importante tener en cuenta los cambios en los procedimientos de vigilancia, la integración creciente de efectores al proceso de la vigilancia como las estrategias para mejorar el acceso al diagnóstico como una medida de salud pública que permite tratar de manera oportuna los casos e interrumpir cadenas de transmisión, todo lo cual puede influir en profundizar el aumento de notificaciones, junto con el aumento de la incidencia de sífilis en la población.

Es importante destacar, que el crecimiento sostenido de los casos de sífilis en población general constituye un llamado de atención sobre la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y seguimiento de casos en todos los niveles del sistema de salud.

Evolución semanal de las notificaciones

En la evolución semanal de los casos de Sífilis en población general en Argentina entre las semanas epidemiológicas 1 a 52 entre los años 2023 y 2024 y las semanas 1 a 44 de 2025 se observa un incremento de los casos sin mostrar una estacionalidad marcada con picos variables, aunque sin un patrón claramente repetido en todos los años (Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de casos confirmados y media móvil de Sífilis en población general por semana epidemiológica. Argentina. Periodo 2023-2024 (SE 1-52) y 2025 (SE 1-44). (n=104.762)

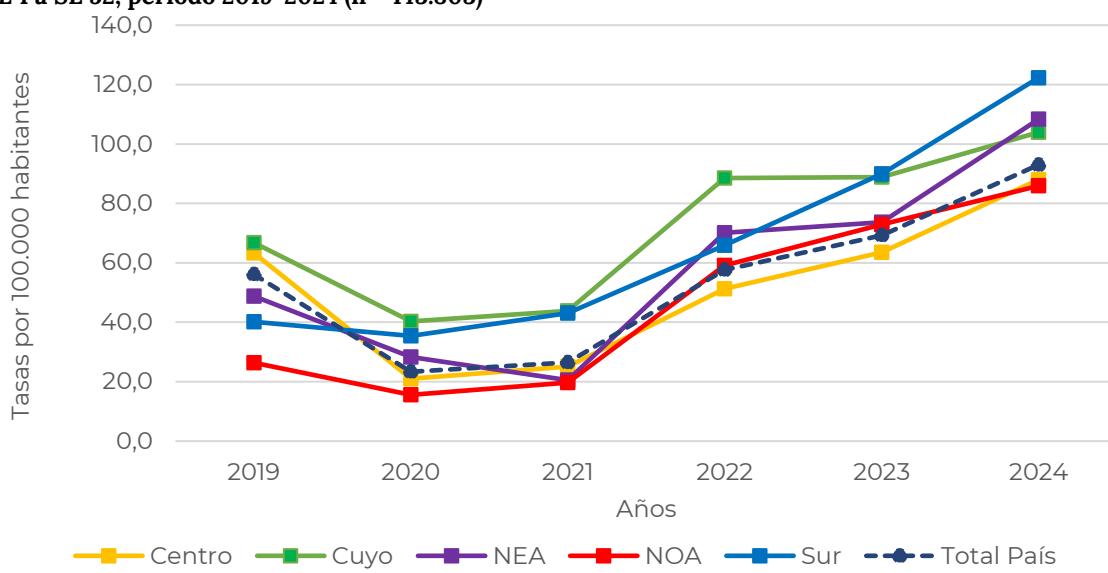


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Distribución geográfica y tasas de notificación

La evolución de las tasas regionales de Sífilis en población general entre 2019 y 2024 muestra patrones similares en el territorio nacional. Se destaca la región Sur que se posicionó por debajo del promedio nacional en los años 2019 y 2022, pero a partir de 2023 superó tanto la media nacional como al resto de las regiones, alcanzando en 2024 la tasa más elevada del país (122,3).

Gráfico 3. Evolución de tasas de sífilis por 100.000 hab. en población general según región. Argentina. SE 1 a SE 52, período 2019-2024 (n = 143.803)



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

Por su parte, la región Centro inició el período con la segunda tasa más alta (63,3 en 2019), aunque posteriormente se mantuvo por debajo del promedio nacional de manera sostenida. La región de Cuyo, en tanto, presentó una evolución ascendente con oscilaciones interanuales, manteniéndose por encima de la media nacional desde 2022. En el caso del NEA, se observa un incremento sostenido a partir de 2021, con valores que superaron el promedio nacional en los

últimos tres años. Finalmente, el NOA evidenció también una trayectoria ascendente desde 2021, aunque con tasas relativas inferiores a las del resto de las regiones.

Durante el **período 2019–2024** se notificaron en Argentina **143.803 casos** confirmados de sífilis a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), con un ascenso sostenido a lo largo del período, interrumpido temporalmente en los años 2020 y 2021, en coincidencia con la pandemia por COVID-19.

La tasa nacional de notificación pasó de 56,1 casos cada 100.000 habitantes en 2019 a 93 en 2024, lo que representa un incremento del 65,8% en ese período. Luego del descenso registrado en 2020 (23,3) y 2021 (26,5), en 2022 se observó una reversión de la tendencia con un incremento de la tasa a 57,6, superior a los valores previos a la pandemia. Esta tendencia se acentuó en los años subsiguientes, con una tasa de 69,2 en 2023 y 93 en 2024, el valor más alto del período.

Este aumento sostenido en el volumen de notificaciones podría reflejar una mejora en la captación y registro de los casos en el marco del fortalecimiento de las estrategias de vigilancia y de los dispositivos de diagnóstico, pero también constituye un indicador de circulación persistente del evento en distintos territorios.

Tabla 1. Casos y tasas de sífilis en población general. Argentina. SE 1 a SE 52, período 2019–2024 (n = 143.803).

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Tasas										
Buenos Aires	13.719,	79,0	4.161	23,7	4.808	27,1	5.920	33,1	6.988	38,7	8.529	55,4
CABA	1.561	37,1	610	17,8	796	22,7	251	8,1	552	17,9	1.153	46,2
Córdoba	1.264	34,0	599	15,9	1.094	28,8	5.330	139,0	6.847	176,8	7.308	220,3
Entre Ríos	1.694	123,4	649	46,8	628	44,9	160	11,3	300	21,1	604	49,8
Santa Fe	160	4,6	141	4,0	74	2,1	3.603	100,4	4.392	121,5	5.049	162,4
Total Centro	18.398	63,3	6.160	21,0	7.400	25,0	15.264	51,2	19.079	63,5	22.643	88,7
Mendoza	1.239	62,9	570	28,6	640	31,8	1.404	69,2	1.493	72,9	1.392	80,1
San Juan	475	61,5	325	41,6	358	45,3	857	107,4	751	93,2	734	107,8
San Luis	452	90,0	427	84,0	455	88,4	705	135,4	763	144,8	856	190,1
Total Cuyo	2.166	66,8	1.322	40,3	1.453	43,8	2.966	88,6	3.007	88,9	2.982	104,0
Chaco	1.070	89,7	499	41,4	389	32,0	965	78,6	1.093	88,2	1.641	159,6
Corrientes	314	28,3	296	26,4	157	13,9	287	25,2	439	38,2	593	61,9
Formosa	86	14,3	158	26,1	68	11,1	745	121,2	776	125,3	776	151,4
Misiones	553	44,3	234	18,6	254	19,9	999	77,5	868	66,7	866	80,3
Total NEA	2.023	48,7	1.187	28,3	868	20,5	2.996	70,2	3.176	73,7	3.876	108,3
Catamarca	62	15,1	43	10,4	25	6,0	35	8,3	487	114,4	420	116,3
Jujuy	307	40,3	232	30,1	228	29,3	851	108,1	1.053	132,4	1.213	181,1
La Rioja	65	16,7	30	7,6	61	15,3	264	65,4	236	57,7	270	77,7
Salta	403	28,7	264	18,5	449	31,1	1.355	92,8	1.489	100,8	1.354	110,8
Sgo del Estero	358	37,0	174	17,8	112	11,3	110	11,0	206	20,4	207	24,7
Tucumán	284	17,0	141	8,3	255	14,9	818	47,2	809	46,1	757	51,4
Total NOA	1.479	26,4	884	15,6	1.130	19,7	3.433	59,1	4.280	72,9	4.221	85,9
Chubut	141	23,2	89	14,4	100	15,9	511	79,9	638	98,3	765	137,8
La Pampa	469	132,0	584	162,9	588	162,7	319	87,6	575	156,6	473	149,9
Neuquén	218	33,3	130	19,6	169	25,1	201	29,5	349	50,7	706	120,8
Río Negro	246	33,3	162	21,7	355	46,9	564	73,6	698	90,0	776	117,0
Santa Cruz	36	10,1	45	12,3	42	11,2	259	67,5	268	68,2	243	72,9
T. del Fuego	49	29,0	27	15,6	26	14,6	134	73,6	223	119,7	232	144,5
Total Sur	1.159	40,2	1.037	35,4	1.280	43,1	1.988	65,9	2.751	89,9	3.195	122,3
Total País	25.225	56,1	10.590	23,3	12.131	26,5	26.647	57,6	32.293	69,2	36.917	93,5

Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

Durante el **año 2024**, la región **Centro** notificó 22.643 casos totales de sífilis, lo que representa el 61,3% del total país. La tasa regional fue de 88 casos cada 100.000 habitantes, con un incremento del 39,6% respecto de 2023 (63,5). Este crecimiento fue sostenido en todas las jurisdicciones, destacándose Córdoba con una tasa de 220,3, la más alta del país y con una tendencia ascendente desde 2021. También se observa un aumento sostenido en Buenos Aires, que alcanzó 55,4 en 2024 pero que no supera el valor máximo registrado en 2019 (79). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se registró una tasa de 42,8, duplicando la de 2023 (17,9) y recuperando valores similares a los de 2019.

La región **Cuyo** notificó 2.982 casos en 2024, con una tasa regional de 104 casos cada 100.000 habitantes, valor que representa un aumento del 17 % en relación con 2023 (88,9). Esta región mantiene tasas elevadas en las tres jurisdicciones que la componen. San Luis presentó una tasa de 190,1, la segunda más alta del país, y encabeza la región. Le siguieron San Juan con una tasa de 107,8, y Mendoza con 80,1. Las tres provincias mostraron tasas superiores al promedio nacional (93) y al del año anterior, consolidando una tendencia sostenida al alza.

En 2024, la región del **Noreste argentino (NEA)** notificó 3.876 casos, con una tasa regional de 108,3 cada 100.000 habitantes. Esto representa un aumento del 47% respecto del año anterior (73,7). Chaco y Formosa presentan las tasas más elevadas (159,6 y 151,4 respectivamente), con una evolución ascendente desde 2022. Corrientes y Misiones también muestran aumentos, aunque más moderados.

Por su parte, la región del **Noroeste Argentino (NOA)** reportó 4.221 casos en 2024, con una tasa regional de 85,9 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un incremento respecto de 2023 (72,9). La carga de enfermedad continúa siendo elevada en Jujuy (181,1) y Catamarca (116,3), que presentan las tasas más altas de la región. Salta (110,8), Tucumán (51,4) y Santiago del Estero (24,7) también muestran incrementos en relación con el año anterior. La evolución regional evidencia un crecimiento sostenido desde 2021, con valores claramente superiores a los del período prepandémico.

Finalmente, la región Sur notificó 3.195 casos, con una tasa de 122,3 cada 100.000 habitantes, la más alta entre todas las regiones. La tendencia es ascendente desde 2021, con incrementos marcados en Neuquén (120,8), Tierra del Fuego (144,5) y La Pampa (149,9). Todas las jurisdicciones de la región muestran valores superiores a los registrados en 2023, consolidando una tendencia sostenida de aumento en la notificación de casos.

Entre 2019 y 2024, la tasa nacional muestra una tendencia ascendente, con un mínimo en 2020 (23,3 por 100.000 habitantes) y un máximo en 2024 (93,0), patrón que se identifica en todas las regiones del país por igual.

VIII.3.C.SITUACIÓN ACTUAL

Durante las 44 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia un total de 36.702 casos de sífilis en población general, lo que representa un incremento del 20,5 % respecto del mismo período de 2024 (n=30.445).

A nivel regional, se observa un aumento generalizado en todas las regiones del país, aunque con variaciones significativas en la magnitud del incremento. La región Sur presenta la mayor variación relativa en las tasas, con un crecimiento del 32 %, seguida por la región Cuyo (24 %) y NOA (20%) y Centro. Por su parte, el NEA presentó una variación menor, con un aumento del 6 % respecto del año anterior.

Tabla 2. Casos y tasas de sífilis en población general. Argentina. SE 1 a SE 44, período 2024-2025 (n=67147).

Jurisdicción	2024		2025		Dif porcentual
	Total Casos	Tasa	Total Casos	Tasa	
Buenos Aires	6.932	45,1	9.215	59,2	31%
CABA	967	38,7	1.032	41,3	7%
Córdoba	5.952	179,4	7.067	210,7	17%
Entre Ríos	467	38,5	811	66,2	72%
Santa Fe	4.285	137,8	4.229	134,8	-2%
Total Centro	18.603	72,9	22.354	86,7	19%
Mendoza	1.123	64,6	1.568	89,2	38%
San Juan	617	90,6	908	131,9	45%
San Luis	714	158,6	591	129,6	-18%
Total Cuyo	2.454	85,5	3.067	105,7	24%
Chaco	1.317	128,1	1.583	152,2	19%
Corrientes	495	51,6	592	61,1	18%
Formosa	690	134,6	407	78,7	-42%
Misiones	670	62,2	831	76,1	22%
Total NEA	3.172	88,7	3.413	94,3	6%
Catamarca	366	101,3	373	102,3	1%
Jujuy	1.046	156,2	1.229	181,3	16%
La Rioja	228	65,6	312	88,6	35%
Salta	1.140	93,2	1.206	97,3	4%
Santiago del Estero	172	20,5	259	30,5	49%
Tucumán	622	42,2	948	63,5	50%
Total NOA	3.574	72,7	4.327	87,0	20%
Chubut	655	118,0	708	125,3	6%
La Pampa	415	131,6	361	113,4	-14%
Neuquén	547	93,6	1.167	196,8	110%
Río Negro	642	96,8	713	106,0	10%
Santa Cruz	192	57,6	284	83,0	44%
Tierra del Fuego	191	119,0	308	187,3	57%
Total Sur	2.642	101,1	3.541	133,4	32%
Total País	30.445	77,1	36.702	91,9	19%

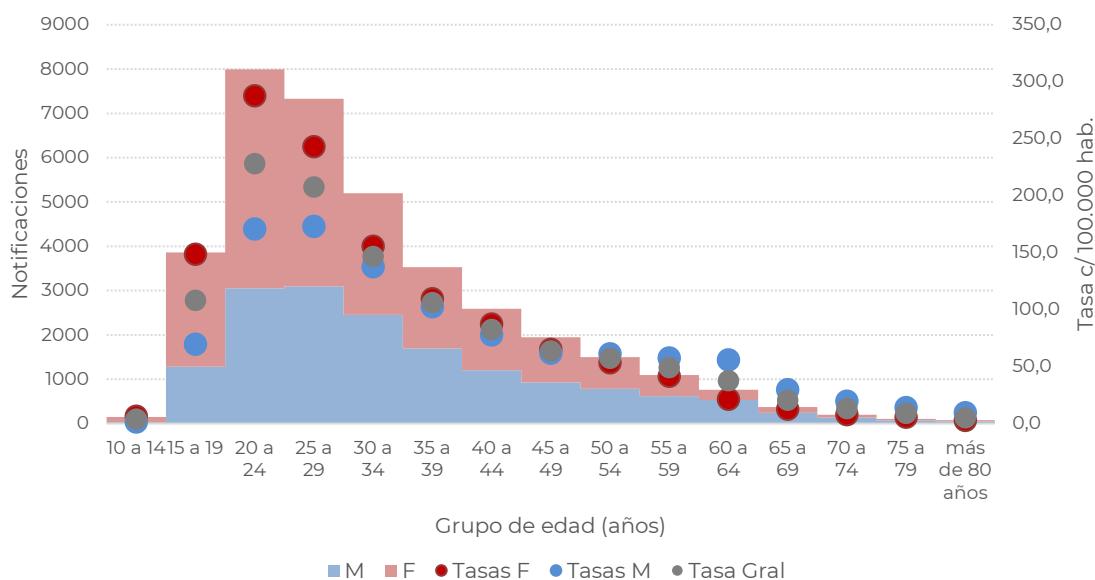
Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

En el análisis por jurisdicción, se destacan Neuquén (110 %), Entre Ríos (72 %), y Tierra del Fuego (57 %) como las provincias con mayor aumento porcentual interanual en sus tasas. En contraste, se observan descensos relevantes en Formosa (42 %), San Luis (18 %), La Pampa (14 %), y Santa Fe (2%), aunque en general se trata de jurisdicciones con menor volumen absoluto de casos.

Cabe señalar que los datos correspondientes a 2025 son preliminares y podrían modificarse conforme avancen los procesos de carga, validación y consolidación de información en el sistema nacional.

El análisis por edad y sexo muestra un perfil epidemiológico claramente concentrado en personas jóvenes, con un marcado predominio de mujeres.

Gráfico 4. Distribución de casos y tasas por grupo de edad y sexo. Argentina. SE 1 a SE 44, Año 2025 (n = 36.702)



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

La mayor carga de enfermedad se concentró en personas de entre 15 a 39 años representando un 76% del total de casos (n=27.910). En el rango etario donde se observaron las tasas más elevadas del período analizado corresponden al grupo de 20 a 24 años con 228,2 casos cada 100.000 habitantes y en el de 25 a 29 años con 207,7. En ambos grupos, las tasas fueron considerablemente más altas en mujeres (287,9 y 243,1 respectivamente) que en varones (170,9 y 173,2).

En segundo lugar, el grupo de 30 a 34 años presentó también una carga elevada con una tasa general de 146,7 por 100.000 habitantes, seguido por el grupo de 15 a 19 años con una tasa general de 108,2 por 100.000 habitantes. A partir de los 35 años se observa una disminución progresiva tanto en casos como en tasas, patrón que resulta más marcado en mujeres.

A partir de los 40 años, se registró un descenso progresivo en las tasas de notificación, patrón que fue más marcado en mujeres. Por ejemplo, en el grupo de 40 a 44 años, la tasa fue de 87,4 en mujeres y 77,9 en varones, mientras que en el grupo de 45 a 49, las tasas descendieron a 65,4 y 62,1, respectivamente.

Esta tendencia se invierte a partir del grupo de 50 a 54 años, donde las tasas comienzan a ser mayores en varones. Por ejemplo, en el grupo 55 a 59 años, los varones alcanzan una tasa de 57,7, superando a las mujeres (41,7). Esta diferencia se acentúa en los grupos de mayor edad: en 65 a 69 años, la tasa en varones (30,0) duplica la observada en mujeres (12,8), mientras que, en los mayores de 80 años, las tasas son de 9,7 y 2,9, respectivamente.

Este patrón etario y por sexo sugiere una alta exposición o detección en mujeres jóvenes, seguido de una inversión del perfil en adultos mayores, donde las tasas masculinas superan a las femeninas. Estas diferencias deben interpretarse considerando variables como el acceso al sistema de salud, el tipo de diagnóstico y los comportamientos asociados al riesgo de infección según grupo etario.

VIII.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la obtención de información oportuna. En este sentido, realiza un análisis periódico de las notificaciones de sífilis en población general, embarazadas y expuestos perinatales que permite la caracterización de las poblaciones más afectadas, revisión oportuna de las capacidades de tamizaje, detección de brotes y evaluación de la respuesta sanitaria.

Asimismo, los equipos técnicos nacionales trabajan en el desarrollo de guías y algoritmos de diagnóstico con el objetivo de estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad de diagnóstico, asegurar la calidad en la toma de decisiones clínicas y en la capacitación continua de los equipos de salud en uso de penicilina y protocolos de sensibilización en casos con alergia. En este contexto, en mayo del presente año se publicó la actualización de los Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, Sífilis, hepatitis B y Chagas (Iniciativa ETMI-Plus). Este documento permite estandarizar y monitorear el acceso a diagnóstico y tratamiento de la embarazada y el expuesto perinatal.

La elaboración de esta **nueva guía** es el resultado de un trabajo intersectorial y cooperativo entre las Direcciones de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis con la Dirección de Zoonosis y Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Salud Perinatal Niñez y Adolescencia, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la Dirección Nacional de Salud Comunitaria y Atención Primaria junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), expertos, sociedades científicas y sociedad civil implicados en la respuesta a la temática.

En el mismo sentido, del 1 al 3 de julio de 2025 se reunieron en San Paulo (Brasil) representantes de los programas de atención primaria de salud, de eliminación de la transmisión materno infantil de ETMI plus, de respuesta a las ITS, de la sociedad civil, de la academia, e instituciones de salud pública, de 23 países de las Américas.

Reunidos, constataron que los datos más recientes de los países y de la región evidencian que, además de registrar las tasas más altas de sífilis a nivel mundial, la Región de las Américas presenta una tendencia creciente de sífilis y de sífilis congénita. Es por ello, que hacen un llamado a los líderes gubernamentales, profesionales de la salud, sociedades científicas, asociaciones profesionales, organismos de cooperación internacional, sociedad civil y a la comunidad en general a través del consenso de **15 puntos clave para la eliminación de la sífilis y la sífilis congénita en la Región de las Américas** que abogan a priorizar la respuesta a la epidemia de sífilis y de la sífilis congénita en los países de las Américas con un enfoque en la atención primaria de la salud.

En cuanto a la distribución de insumos, se realiza la entrega sistemática de reactivos para pruebas rápidas y penicilina benzatínica a las provincias. Este proceso responde a una lógica de abastecimiento continuo, basada en el monitoreo de consumos provinciales, la demanda proyectada y la priorización de jurisdicciones con mayor carga de enfermedad.

En el mismo sentido, se realizan capacitaciones para fortalecer el uso de pruebas rápidas para sífilis en el primer nivel de atención promoviendo la pesquisa temprana y la reducción de barreras en el acceso al diagnóstico. Este tipo de pruebas permite tener resultados en pocos minutos, facilitando la toma de decisiones inmediatas y mejorando la captación oportuna de las personas afectadas.

Por último, se encuentra en desarrollo un proyecto de trabajo con municipios adheridos al enfoque de Prevención Combinada, orientado a mejorar las estrategias de comunicación con pacientes, con el fin de favorecer la adherencia al tratamiento, la notificación de los casos y la comprensión de las medidas de prevención.

VIII.5. Vigilancia epidemiológica

VIII.5.A. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso de sífilis temprana

Toda persona, mayor de 18 meses, que presente:

- Criterio clínico: uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en zona genital, mucosa perianal o en cavidad oral con adenopatía/s satélite/s (sífilis primaria); lesiones cutáneas compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras (sífilis secundaria).

Caso probable de sífilis temprana

Todo caso asintomático, con un solo resultado serológico positivo por cualquier método diagnóstico (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual.

Caso confirmado de sífilis temprana

- Todo caso sintomático, más una prueba treponémica positiva, o con diagnóstico microbiológico confirmatorio (PCR o fondo oscuro). o
- Todo caso asintomático, con diagnóstico confirmado por laboratorio (prueba treponémica y no treponémica positivas cualquiera sea el algoritmo que se utilice), y
- sin historia de tratamiento reciente para sífilis, o con serologías negativas para sífilis en los 12 meses previos (se descarta posible cicatriz serológica).

Caso probable de sífilis sin especificar estadio

- Criterio serológico: un resultado serológico positivo por cualquier método diagnóstico (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual.

Caso confirmado de sífilis sin especificar estadio

Todo caso probable con diagnóstico positivo por pruebas no treponémicas y treponémicas (según algoritmo vigente). La prueba confirmatoria será treponémica o no treponémica, según el algoritmo (tradicional o reverso) que se utilice en el efector

Caso descartado

Toda persona mayor de 18 meses que presenta signos/síntomas compatibles con sífilis y /o una prueba NO TREPONÉMICA POSITIVA y pruebas TREPONÉMICAS NEGATIVAS (ante la discordancia siempre confirmar con otra prueba TREPONÉMICA diferente a la utilizada al inicio)

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

IX. 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).

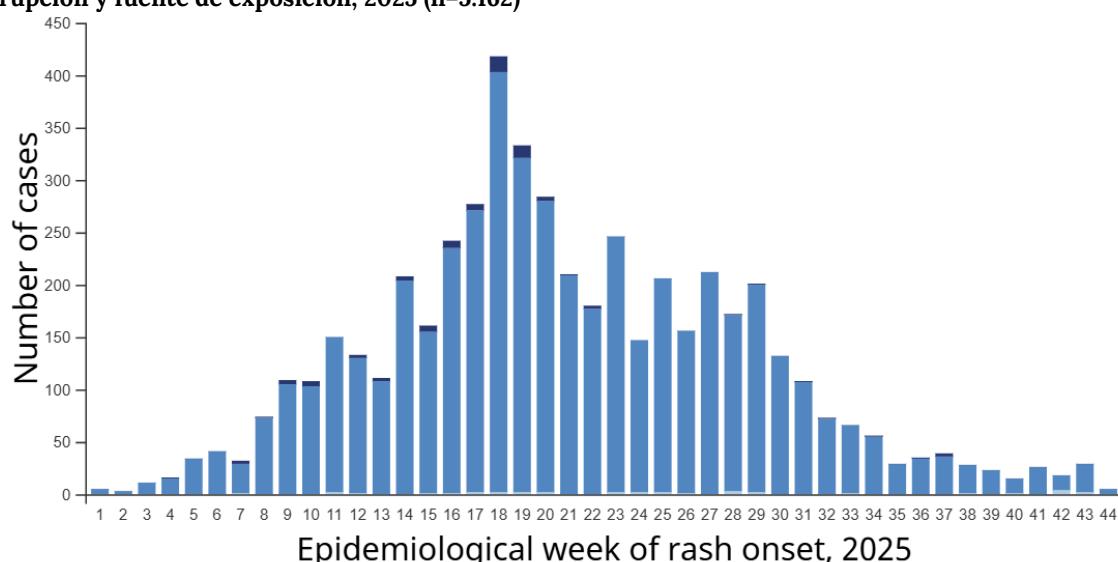
IX.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

IX.1.A. CANADÁ³¹

En 2025, se han notificado un total de 5.162 casos de sarampión (4.800 confirmados, 362 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 1 de noviembre de 2025.

En la semana 44 (del 26 de octubre al 1 de noviembre de 2025), se notificaron 23 nuevos casos de sarampión (22 confirmados y 1 probables) en 3 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.162)



IX.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA³²

Al 12 de noviembre de 2025, se notificaron un total de 1.723 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.700 casos han sido confirmados en 43 jurisdicciones: Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming.

Un total de 23 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

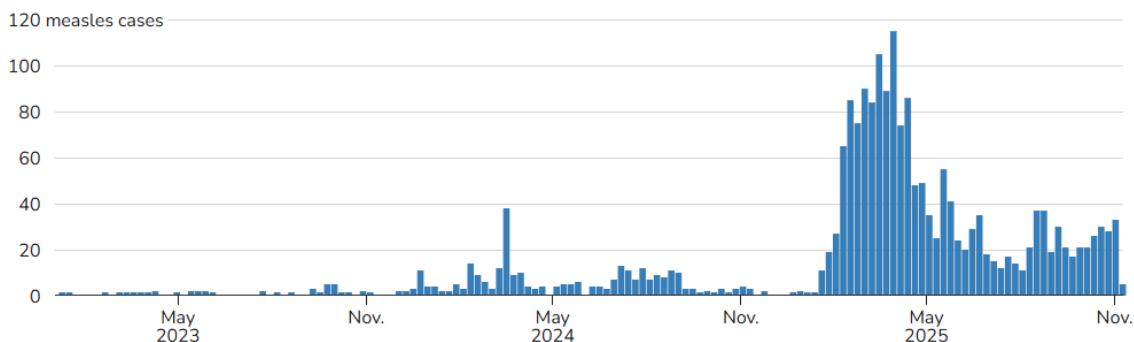
³¹ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

³² <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

En 2025 se han notificado 45 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.503 de 1.723) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 12/11/25).



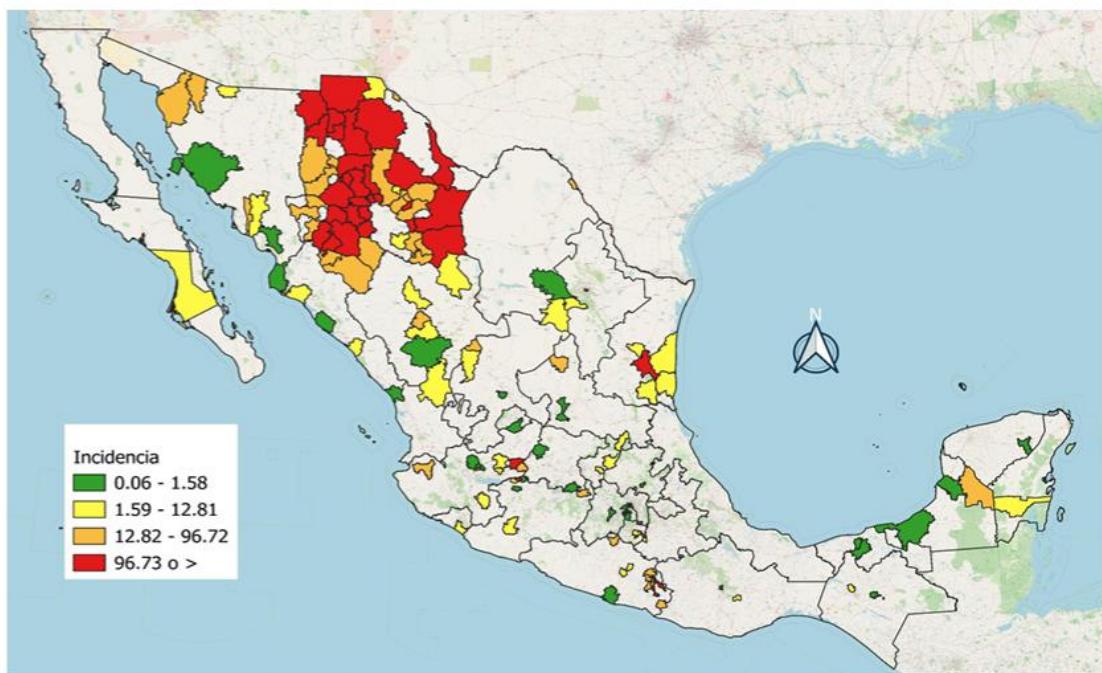
IX.1.C. MÉXICO³³

Al 13 de noviembre, se han reportado 5.257 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 05 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 27 estados y 142 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 23 fallecimientos.

³³ <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 05 de noviembre de 2025, México.



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

IX.1.D. PARAGUAY³⁴

El 6 de noviembre del 2025, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay publicó una actualización epidemiológica sobre el sarampión con información hasta la semana epidemiológica 45 de 2025, que indicaba un total de 49 casos confirmados de sarampión, de los cuales ocho requirieron hospitalización, todos ellos correspondientes al genotipo D8. Entre los casos, el 61 % (30/49) eran mujeres, con edades comprendidas entre los 3 meses y los 54 años, principalmente en el grupo de edad de 1 a 4 años.

Desde el inicio del brote, 8 pacientes requirieron hospitalización, todos ellos de San Pedro.

No se han registrado fallecimientos.

³⁴ <https://dgvs.mspbs.gov.py/sarampion/>

IX.2. Fiebre del Valle del Rift – Mauritania y Senegal

Entre el 20 de septiembre y el 30 de octubre de 2025, un total de 404 casos humanos confirmados de fiebre del Valle del Rift (FVR), incluidos 42 fallecimientos, fueron notificados por las autoridades sanitarias nacionales en dos países de África Occidental: Mauritania y Senegal. La FVR es una enfermedad zoonótica que afecta principalmente a los animales, pero que también puede infectar a los seres humanos. La mayoría de las infecciones humanas resultan del contacto con la sangre u órganos de animales infectados, aunque también se han producido infecciones humanas por picaduras de mosquitos infectados. Hasta la fecha, no se ha documentado transmisión de FVR de persona a persona. Si bien la FVR a menudo provoca una enfermedad grave en los animales, su impacto en los humanos varía, desde síntomas leves similares a los de la gripe hasta fiebre hemorrágica grave que puede ser mortal. La FVR es endémica en ambos países, donde se han notificado brotes recurrentes tanto en el ganado como en humanos. El riesgo de una mayor propagación sigue siendo alto, especialmente con condiciones ambientales favorables para la proliferación de mosquitos, períodos de fuertes lluvias y aumento de la actividad de los mosquitos, así como movimientos de ganado dentro del país y hacia Malí y Gambia para el pastoreo y el comercio. La respuesta a los brotes de FVR requiere un enfoque de “Una Salud”, basado en una colaboración reforzada entre los sectores de salud humana, salud animal y medio ambiente, tanto en los países afectados como a nivel regional. La OMS, en colaboración con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), evalúa actualmente el riesgo general como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial.

IX.2.A. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

Mauritania

Casos humanos: Entre el 27 de septiembre y el 30 de octubre de 2025, se notificaron un total de 46 casos humanos confirmados de FVR, incluidos 14 fallecimientos asociados (tasa de letalidad: 30%), en once distritos de trece regiones (wilayas), tres de las cuales comparten fronteras internacionales: Assaba (limítrofe con Malí al sur), Brakna y Trarza (ambas limítrofes con Senegal a lo largo del río Senegal). De un total de 190 muestras analizadas, 46 fueron positivas, es decir, una tasa de positividad del 24,2%.

Casos animales: El 30 de octubre de 2025, el Ministerio Mauritano de Recursos Animales informó un total de 62 brotes animales, con 235 muestras positivas de 1106 recolectadas y analizadas. Los primeros casos animales, que involucraron cabras y dromedarios, se notificaron en agosto de 2025. Se han notificado un total de 235 casos animales, incluidos 71 fallecimientos (dos en camellos y 14 en cabras), en Aioun (región de Hodh El Gharbi) y Timbedra (región de Hodh Ech Chargui), ambas ubicadas en el sureste cerca de la frontera con Malí, así como en Maghta Lahjar (región de Brakna) en el centro del país. En la región de Brakna, se han informado 46 casos animales y 55 muertes a la OMSA. Las especies afectadas incluyen ovejas, cabras, dromedarios y ganado vacuno.

La FVR es endémica en Mauritania. El último gran brote ocurrió en 2022, con 47 casos humanos confirmados, incluidos 23 fallecimientos (tasa de letalidad 49%), que afectó principalmente a pastores en nueve de las quince regiones. Durante este brote, también se vieron afectados bovinos, camellos y pequeños rumiantes, con tasas de positividad en animales cercanas al 21,2%.

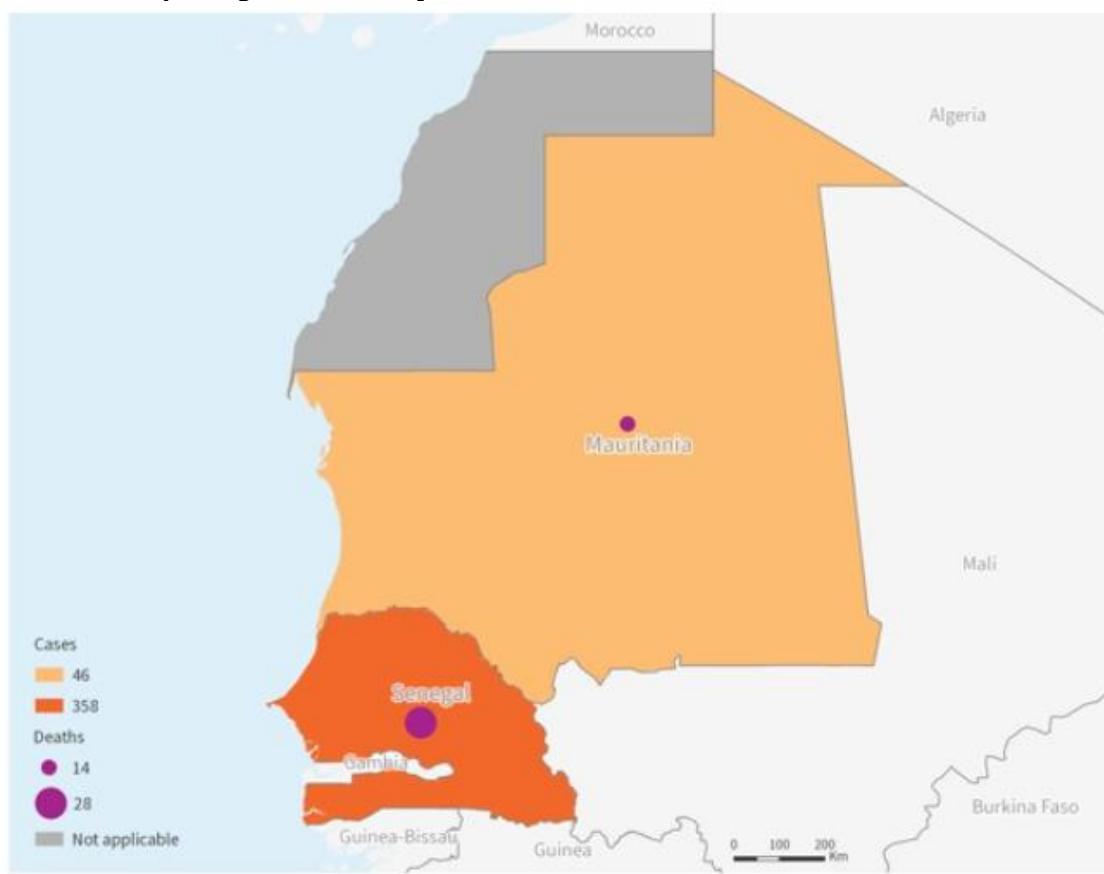
Senegal

Casos humanos: Entre el 20 de septiembre y el 30 de octubre de 2025, la República de Senegal notificó un total de 358 casos humanos confirmados de FVR, incluidos 28 fallecimientos (tasa de letalidad: 7,8%). Los casos se registraron en 22 distritos sanitarios de ocho regiones administrativas, con la gran mayoría (78%) notificados en la región de Saint-Louis. También se notificaron casos adicionales en Dakar (nueve casos), Fatick (12 casos), Kaolack (13 casos), Louga (18 casos), Matam (23 casos), Thiès (2 casos) y Tambacounda (2 casos). Los distritos afectados en la región de Saint-Louis, a saber, Dagana (32 casos), Pete (9 casos), Podor (32 casos), Richard-Toll (133 casos) y Saint-Louis (73 casos), están todos ubicados a lo largo de la frontera norte con Mauritania, cerca del río Senegal.

Casos animales: Se han detectado infecciones animales en las mismas áreas que los casos humanos. El 23 de septiembre de 2025, las autoridades recolectaron 1122 muestras de sangre y cuatro muestras de aborto de rebaños de pequeños rumiantes en las aldeas afectadas. Los análisis de laboratorio confirmaron 36 muestras positivas de seis rebaños. Al 29 de octubre de 2025, se han notificado un total de 160 casos animales confirmados de FVR en ovejas, cabras y ganado vacuno en siete regiones de Senegal: Dakar, Fatick, Louga, Matam, Saint-Louis, Tambacounda y Thiès. Además, se notificaron 640 abortos animales en tres regiones. Al 22 de octubre de 2025, el país ha notificado a la OMSA 26 brotes de FVR, que afectan a un total de 59 animales, incluidos dos fallecimientos.

La FVR es endémica en Senegal, con brotes anteriores que afectaron tanto a poblaciones humanas como animales. El último caso humano confirmado antes de este brote se notificó en enero de 2025 en Touba, región de Diourbel, mientras que el último caso humano en la región de Saint-Louis fue en 2022.

Figura 1. Distribución geográfica de los casos humanos confirmados de FVR (404) y fallecimientos (n=42) en Mauritania y Senegal, del 20 de septiembre al 30 de octubre de 2025.



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization, Ministry of Health and Social Action of Senegal and Ministry of Health of Mauritania.
Map Production: WHO Health Emergencies Programme
Map Date: 3 November 2025

 **World Health Organization**
© WHO 2025. All rights reserved.

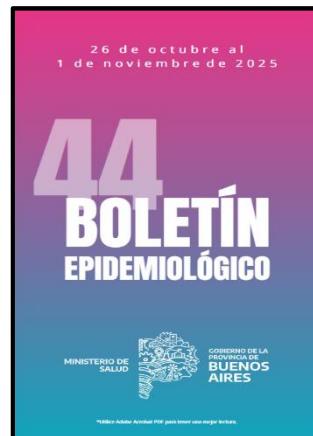
Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON584>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

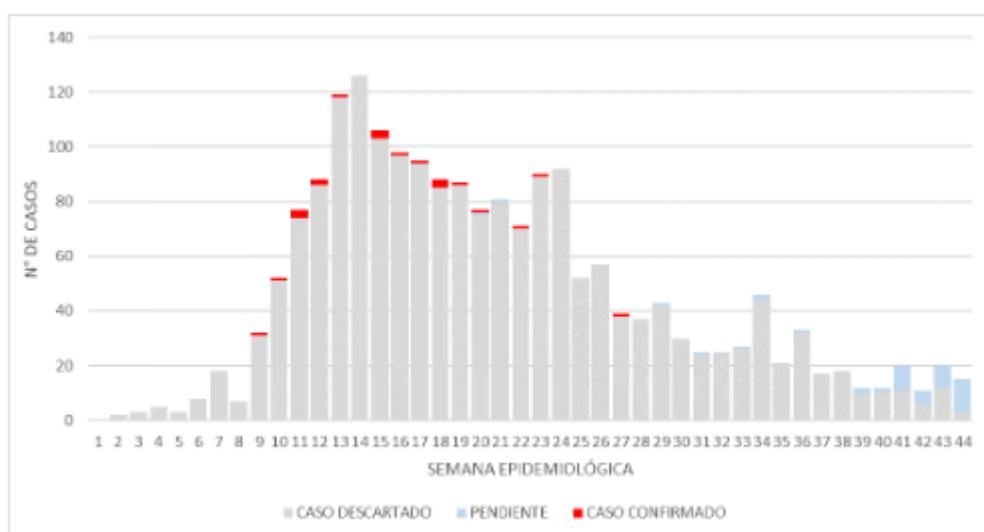
X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Sarampión

Hasta el 05/11 del 2025 se notificaron en la provincia de Buenos Aires 1.985 casos sospechosos de enfermedad febril exantemática, de los cuales se confirmaron para sarampión 21 casos, se descartaron 1.919 y 45 permanecen en estudio. Desde la SE 24 se observa una caída sostenida de la notificación, con un repunte en las semanas 34 y 36 para luego continuar en descenso.



Casos de EFE notificados al Sistema Nacional de Vigilancia, según clasificación, por semana epidemiológica (SE) de apertura. PBA. Año 2025 (n=1.985), hasta SE 44 (cerrada).



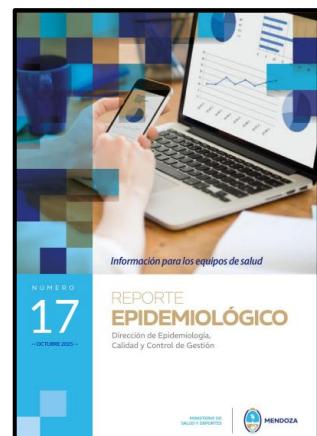
Fuente: SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Immunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

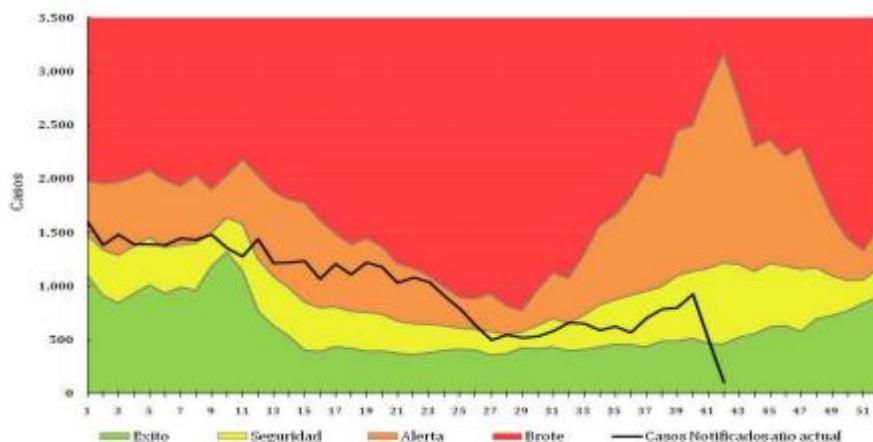
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025>

X.2. Mendoza: Diarreas

En las primeras 42 semanas epidemiológicas del año 2025 se han notificado al SNVS, un total de 41.639 casos de diarreas. En la SE01, la curva se ubicó en zona de alerta con 1.599 casos, descendiendo en la SE 5 a la zona de seguridad. En la SE 12 (1.436), retorna a la zona de alerta hasta la SE 40 (930), desde donde muestra un franco descenso probablemente debido a la demora en la carga por parte de los establecimientos notificadores



Corredor endémico (2020-2024) por SE. SE1 a SE42- Diarreas -Año 2025- Mendoza.



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos.

Para más información:

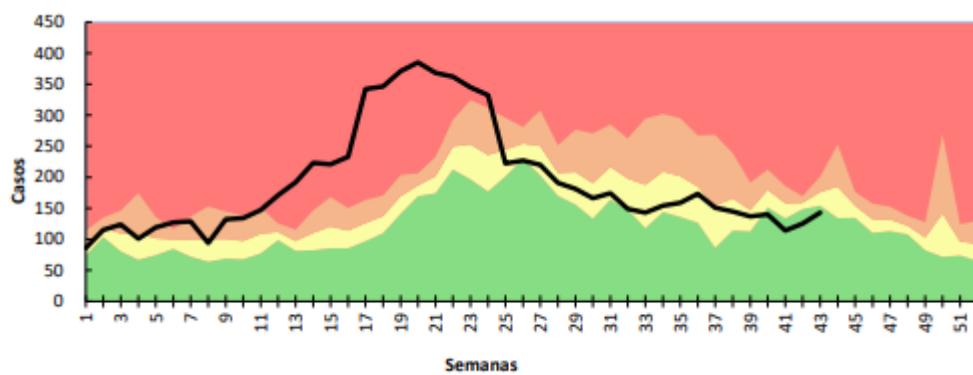
<https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/>

X.3. Salta: Neumonía

En las notificaciones de neumonía, se observa un aumento con respecto a la semana anterior, con 143 casos, el corredor endémico continua en zona de éxito.



Corredor endémico semanal de Neumonía, años: 2018 a 2024. SE 43 de 2025. Provincia de salta. (n=8.313*)



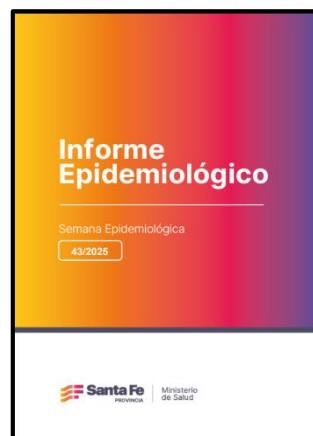
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas “Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018”.

Para más información:

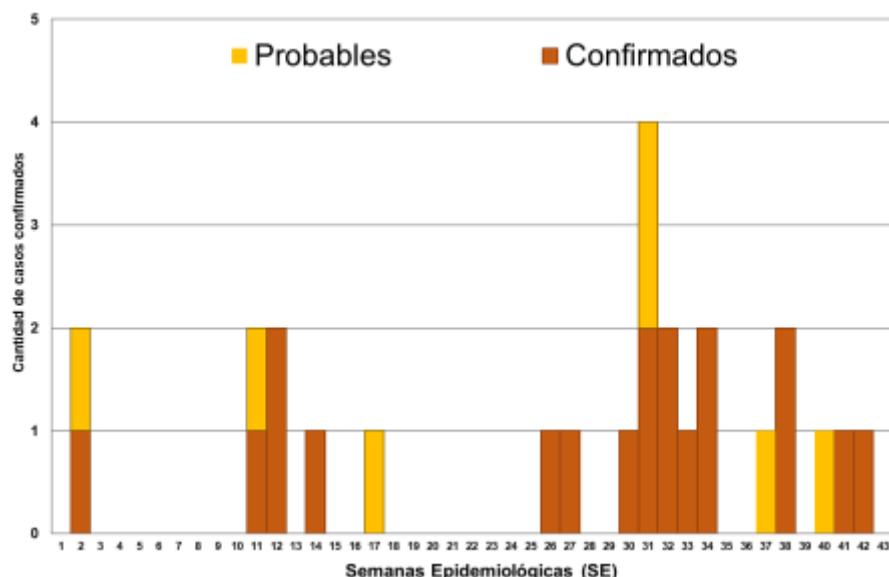
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

X.4. Santa Fe: Coqueluche

En la provincia de Santa Fe, desde la SE 1 a 43 del año 2025 se notificaron 166 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 19 se confirmaron y 7 se clasificaron como probables. De los 19 casos confirmados, 16 casos corresponden al departamento Rosario, un caso al departamento General López, un caso al departamento La Capital y un caso al departamento Caseros.



Distribución de casos confirmados (n= 19) y probables (n= 7) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 43. Año 2025. N= 26.



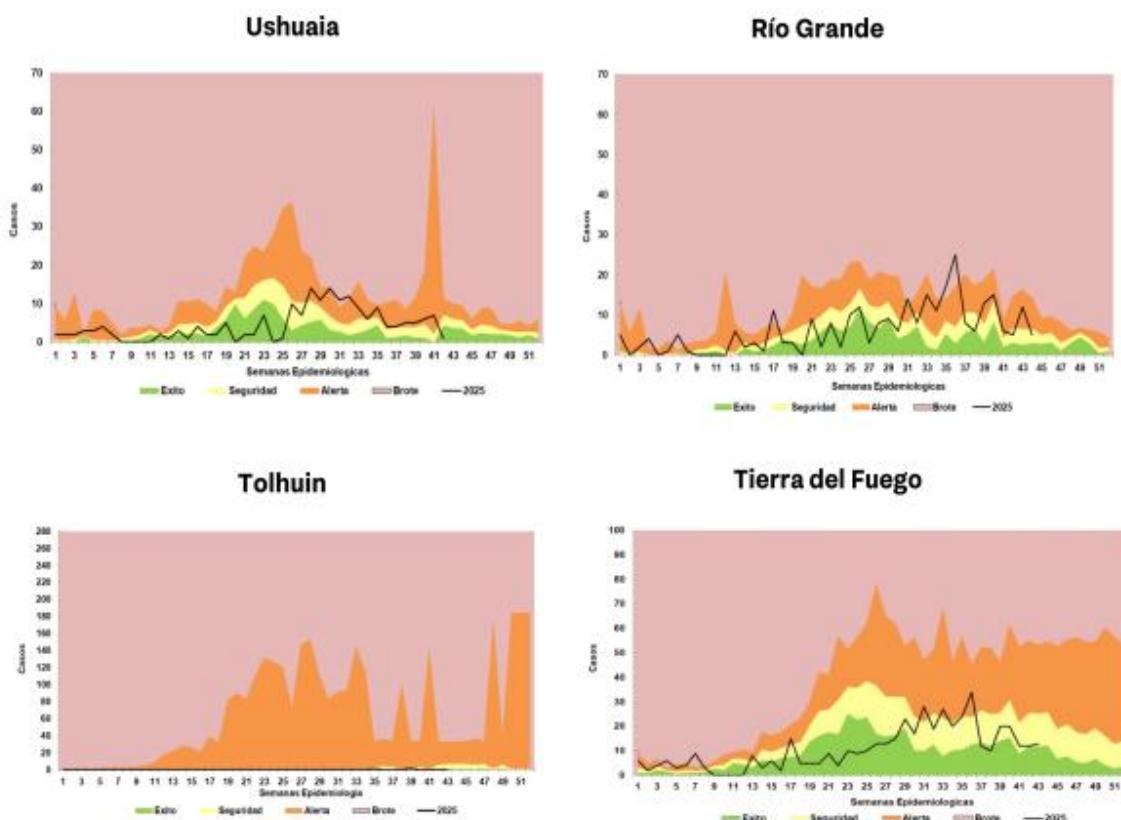
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802>

X.5. Tierra del Fuego: Bronquiolitis

A nivel provincial, con 522 casos acumulados, la incidencia se ubica en la zona de seguridad. En Ushuaia, con 240 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de éxito. En Río Grande, con 279 casos acumulados, la incidencia se ubica en zona de seguridad. En Tolhuin, se registraron 3 casos de bronquiolitis, hasta la SE 44 de 2025.



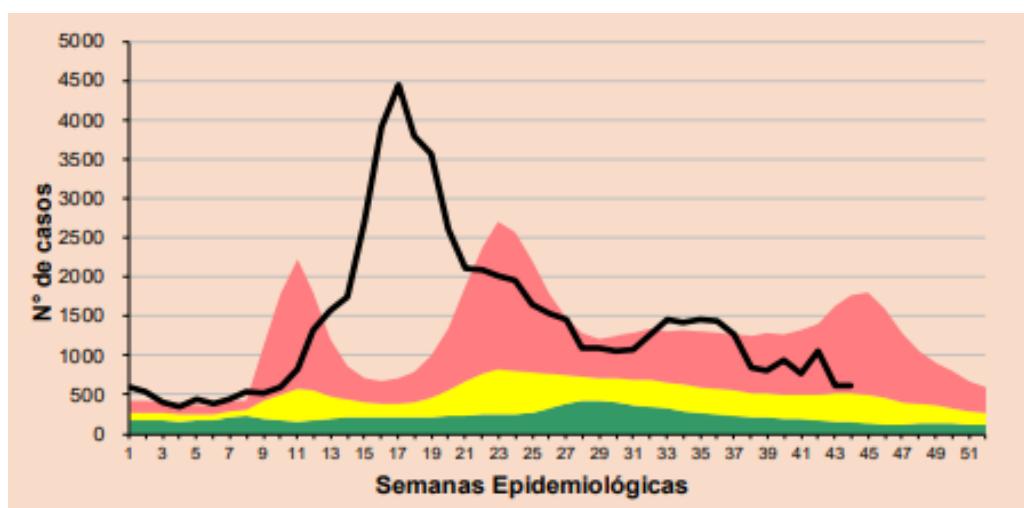
Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

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

X.6. Tucumán: Enfermedad tipo Influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 44 se registraron 619 casos para este evento.



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **septiembre** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2024 remitirse al siguiente documento:
[Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#)

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Octubre	“Vigilancia genómica de Varicela” se modifica por “Vigilancia de Varicela por laboratorio”			
	Otras enfermedades invasivas (bacterianas y otras)	Laboratorio	Resultados	Se adiciona: "Yersinia enterocolítica"
	Sospecha de brote de ETA, o por agua o ruta fecal-oral	Laboratorio	Resultados	Sapovirus (genogrupos I II IV V)

XII. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición



Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 8° Edición

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



**Disponible
del 2/9 al 10/12 de 2025**

Este curso brinda herramientas de gestión y de análisis para los equipos técnicos jurisdiccionales y servicios de salud que deseen trabajar con la estrategia de Salas de Situación

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com

Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/kT3bxwU63PRaf9m77>