



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 828

Semana epidemiológica 38

AÑO 2026

Desde 20/09 al 26/09

Fecha de publicación

05/10/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



Sobre la autoría del boletín

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

Dengue y otras arbovirosis

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Del ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui” (INEVH).

El Servicio Meteorológico Nacional.

Infecciones respiratorias

Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles. Del ANLIS “Carlos G. Malbrán”: el Servicio de Virosis Respiratorias, el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y laboratorio BSL4, Unidad Operativa Centro de Contención Biológica (UOCCB).

Componen la Dirección de Epidemiología: Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Baldani Andrea, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Casal Javier, Casas Natalia, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Codina Adriana Mariela, Couto Esteban, Dávalos Gladys Florencia, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Gómez Lara, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Gutman Damián, Iglesias María Marta, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nogueira Camila Roxana, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Pajón Candela Ivana, Palero Mariano, Pastrana Paula, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Quintas María Agostina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Schiavon Carolina, Santo Christian Javier, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna y Wainziger Tamara.

Coordinación y revisión general: 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

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. El mosquito se caracteriza por ser de color negro con franjas blancas en sus patas y abdomen. Foto de banco de imágenes libre de derechos.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°828, SE 38.

I. Sobre este BEN

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

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

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

La edición incluye además una actualización de las alertas y comunicaciones internacionales, con información sobre la situación epidemiológica regional de sarampión y el brote de enfermedad por el virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo. Se suman los contenidos destacados de los boletines jurisdiccionales de Salta, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, con información sobre dengue, leptospirosis, diarreas agudas y bronquiolitis en menores de 2 años.

Finalmente, dentro de las herramientas para la vigilancia, se incorpora el listado de modificaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0.

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

Contenido

I. Sobre este BEN	4
TABLA DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	6
II. Actualización de la tabla de eventos priorizados	7
II.1. Fundamentación	7
II.2. Metodología de análisis	7
II.2.A. Sobre la construcción de la tabla	7
II.2.B. Clasificación de la situación epidemiológica	7
II.2.C. Visualización de los casos según semanas epidemiológicas 2022-2026	8
II.2.D. Notas generales sobre la presentación de los eventos	8
II.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica	8
EVENTOS PRIORIZADOS	10
III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	11
III.1. Nota Metodológica	11
III.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	11
III.3. Síntesis de la información nacional destacada	11
III.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	12
III.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	12
III.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	15
III.5. Subtipificación y caracterización genómica de Influenza en el Laboratorio Nacional de Referencia	18
III.5.A. Secuenciación genómica de influenza a(h3n2) 2025-2026	19
III.5.B. caracterización de casos de influenza recibidos en el Inr desde se1 a se 36/2026.	19
III.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas	23
III.6.A. Recomendaciones para equipos de salud	23
III.6.B. Vigilancia epidemiológica	23
III.7. Recomendaciones para la población	25
III.8. Vacunación antigripal	25
III.9. Tratamiento antiviral	26
IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus	28
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus	28
IV.1.A. Subregión Cono Sur	29
IV.2. Situación de dengue en Argentina	31
IV.2.A. inicio de temporada 2026/2027	31
IV.3. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	33
IV.3.A. Nota metodológica	33
IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina	34
IV.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus	36
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES	37
V. Introducción	38
V.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional	39
V.1.A. Resumen de la situación	39
V.2. Brote de enfermedad por el virus Bundibugyo - República Democrática del Congo	45
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES	48
VI. Boletines Jurisdiccionales	49
VI.1. Salta: Dengue	49
VI.2. Santa Fe: Leptospirosis	50
VI.3. Tierra del fuego: Diarreas agudas	51
VI.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	52
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA	53
VII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	54

TABLA DE **EVENTOS**
DE NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

II. Actualización de la tabla de eventos priorizados

II.1. Fundamentación

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

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

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

II.2. Metodología de análisis

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

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

Para cada evento se presentan los siguientes indicadores:

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

II.2.B. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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

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

- Por encima de lo esperado: incremento mayor al 40%.
- En aumento: incremento entre 20% y 40%.
- Dentro de lo esperado: variación entre -20% y +20%.
- Por debajo de lo esperado: disminución mayor al 20% respecto del valor esperado.
- En baja magnitud: menos de 30 casos en el acumulado del año en curso.

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

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

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

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

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

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

II.3. Utilidad para la vigilancia epidemiológica

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

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

A continuación, se presenta la tabla completa.

Tabla 1. Situación de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Argentina. SE 1 a 38 de 2026.

Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE38	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	219	393	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	3	1	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Meningitis - Meningoencefalitis	608	641	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Poliomielitis - PAF <15 y otros sosp. de polio.	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	342	559	Por encima de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	94	110	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	11021	15961	Por encima de lo esp.	En aumento	
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	249	208	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	121	115	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	5	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Cisticercosis	6	5	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Escorpionismo o Alacranismo	3466	4319	En aumento	En aumento	
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	508	596	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	31	25	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Brucelosis	90	117	En aumento	Por debajo de lo esp.	
	Hantavirus	43	59	En aumento	Por encima de lo esp.	
	Leptospirosis	113	207	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Psitacosis	73	85	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Grupo	Evento	Mediana Acumulado 2022-2025	Acumulado 2026 SE38	En lo que va del año, el evento se encuentra...	En las últimas 4 semanas el evento se encuentra...	Tendencia 2022-2026
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	33	23	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Sífilis Congénita	676	657	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B - Expuesto a la trans. vertical	0	0	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1231	993	Dentro de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Sífilis en embarazadas	6896	8591	En aumento	Dentro de lo esp.	
	Hepatitis B en embarazadas	42	18	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Hepatitis virales	Hepatitis A	47	66	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis B	467	501	Dentro de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Hepatitis C	927	983	Dentro de lo esp.	Por debajo de lo esp.	
	Hepatitis E	5	16	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	21935	38205	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
Infecc. Resp. agudas	Legionelosis	18	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1049	1072	Dentro de lo esp.	En aumento	
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	19	19	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso agrícola	10	7	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Plag. de uso doméstico	27	39	Por encima de lo esp.	Dentro de lo esp.	
	Intoxicación/Exposición a Plomo	10	4	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
	Intox./Exp. a Monóxido de Carbono	1434	1902	En aumento	Por encima de lo esp.	
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	6082	9664	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
	Intento de Suicidio con resultado mortal	299	461	Por encima de lo esp.	Por encima de lo esp.	
Otros eventos de imp. p/la Salud Pública	Viruela símica (mpox)	230	21	Con magnitud baja	Con magnitud baja	
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	8856	10568	Dentro de lo esp.	En aumento	

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

III. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

III.1. Nota Metodológica

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

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

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

La actividad de los virus respiratorios se mantuvo heterogénea en la Región de las Américas. La actividad de influenza fue, en general, baja o se mantuvo en niveles interseasonales en América del Norte, Centroamérica y gran parte de la subregión Andina, mientras que persistieron niveles más elevados de actividad en algunas zonas de América del Sur, con un aumento de la circulación de influenza B durante la segunda parte de la temporada en varios países del Cono Sur. La actividad del VRS se mantuvo baja en América del Norte y el Caribe, y en general disminuyó o se estabilizó en Centroamérica y la subregión Andina, aunque persistió una actividad elevada en Panamá y varios países del Cono Sur. La actividad de SARS CoV-2 se mantuvo baja y estable en gran parte de América del Sur, pero continuó en niveles más elevados en algunas zonas del Caribe y Centroamérica, con aumentos de la actividad en algunos países.

III.3. Síntesis de la información nacional destacada

En relación a la vigilancia de eventos clínicos, los casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) presentaron un ascenso desde la SE 9, permaneciendo entre niveles de alerta y brote entre las SE9 y 22, con un descenso posterior. Entre la SE1 a 37 se notificaron 1.024.659 casos de ETI, cifra ligeramente superior (3,3%) respecto del mismo período del año previo.

Los casos de neumonía presentaron un aumento desde la SE8, permaneciendo en zona de alerta desde la SE15 hasta la SE22, con un menor número de notificaciones en semanas posteriores. En las 37 SE transcurridas, se notificaron 127.046 casos, cifra levemente menor a las observadas para el mismo período en años previos.

Las bronquiolitis en menores de 2 años permanecen en niveles esperados para 2026, con una tendencia ascendente desde SE15 hasta SE29. Hasta la SE 37 se notificaron 113.108 casos de bronquiolitis. Los años 2024, 2025 y 2026 presentan un marcado descenso en las notificaciones respecto de los años previos.

En la vigilancia centinela ambulatoria (Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios, UMA), durante 2026, influenza mostró un incremento de casos y positividad a partir de la SE12, con un máximo en SE21 y posterior descenso; en SE38, se registraron 4 detecciones y la positividad fue del 12,9%, con predominancia de influenza B. Los casos de SARS-CoV-2 se mantuvieron en niveles bajos durante todo el año. En cuanto al VSR, la

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

positividad aumentó desde SE24 y, en las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 21 casos positivos entre 320 muestras estudiadas.

En la vigilancia centinela de casos hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (UC-IRAG), durante las 38 SE transcurridas de 2026 se registraron 6.439 internaciones. A partir de la SE11 se observó una tendencia ascendente, en coincidencia temporal primero con el aumento de los casos positivos de influenza A(H3N2) y, posteriormente, de VSR, alcanzando el mayor número de internaciones en la SE35. En las últimas cuatro semanas analizadas predominaron las detecciones de VSR, con 268 casos positivos entre los 837 casos de IRAG estudiados, seguido por influenza (n=42) y SARS-CoV-2 (n=6). Además, se notificaron 3 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR y 1 codetección de influenza y VSR.

Con respecto a la vigilancia universal de virus respiratorios, en 2026 las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE9. A partir de SE 10 se registró un aumento, tanto en el número de casos, como en el porcentaje de positividad. Predominó A(H3N2), que comenzó su circulación en las últimas SE de 2025. El mayor número de casos se registró en las SE21 y 22, luego de las cuales comenzó a descender. En las últimas semanas se observa un ascenso progresivo, a expensas principalmente de influenza B. Las detecciones de VSR experimentan un aumento desde la SE13. En relación con SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos en lo que va de 2026. En la última semana analizada, SE37/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente influenza, seguido de VSR, metapneumovirus, parainfluenza, SARS-CoV-2 y adenovirus.

Entre la vigilancia universal en personas internadas, durante 2026, las detecciones de influenza presentaron un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad desde la SE 10, el mayor número y porcentaje de positividad se observó en las SE20-22, luego de las cuales comenzó a descender. Las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen estables, mientras que las de VSR muestran un aumento a partir de SE 13. En la última semana no se registraron fallecimientos con diagnóstico de SARS-CoV-2. En lo que va del año, se notificaron 167 fallecimientos con diagnóstico de influenza.

III.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se detectaron 467 casos de **SARS-CoV-2** en 6.078 muestras analizadas mediante técnica molecular. A partir de la SE34 se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, alcanzando el valor máximo en la SE45 (26,4%). En lo que va de 2026, tras el incremento registrado durante 2025, las detecciones de este virus se mantienen en niveles bajos. En las SE37 y 38, se registraron 3 casos positivos para SARS-CoV-2 entre las 128 muestras procesadas.

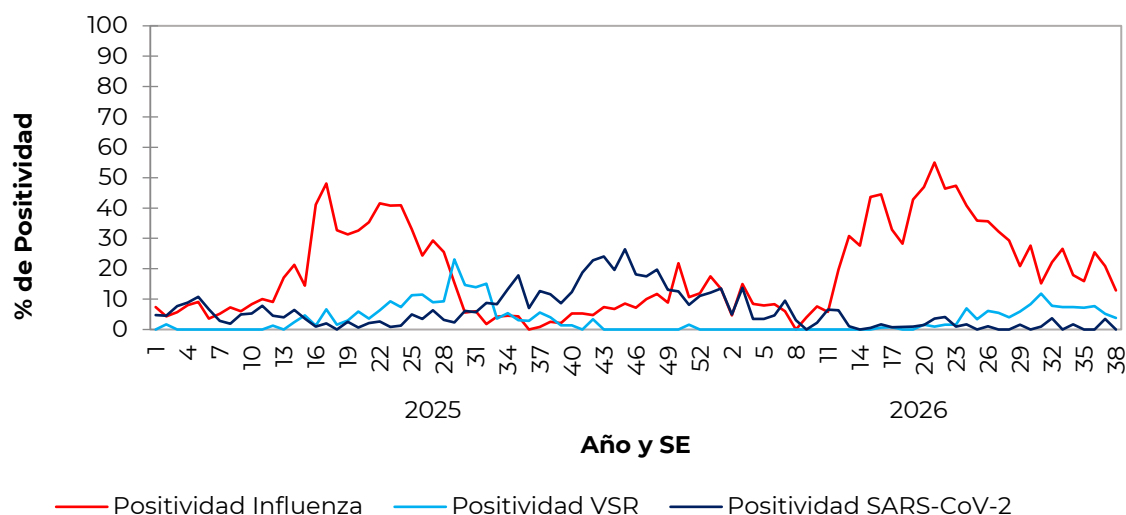
² Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

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

En lo que va de 2026, se observó un incremento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad en la vigilancia ambulatoria a partir de la SE12 hasta la SE21, a expensas de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H3N2). Posteriormente, las detecciones semanales presentaron un descenso, con predominio en las últimas SE de influenza B. En las SE37 y 38 de 2026 se notificaron 24 casos de influenza entre las 127 muestras estudiadas en UMA. El porcentaje de positividad en la última semana analizada fue de 12,9%.

En cuanto al **VSR**, durante 2025 se registraron 195 muestras positivas entre las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En la vigilancia UMA se observó un incremento en las detecciones y en el porcentaje de positividad, que alcanzó su valor máximo en la SE29, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. En 2026, las detecciones de VSR fueron esporádicas hasta la SE 20. A partir de entonces, se registraron casos todas las semanas, aunque en baja magnitud, con porcentajes de positividad superiores al 3% desde la SE 24 en adelante. En las últimas cuatro semanas analizadas, se detectaron 21 casos positivos entre 320 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2025 a SE38/2026. Argentina.



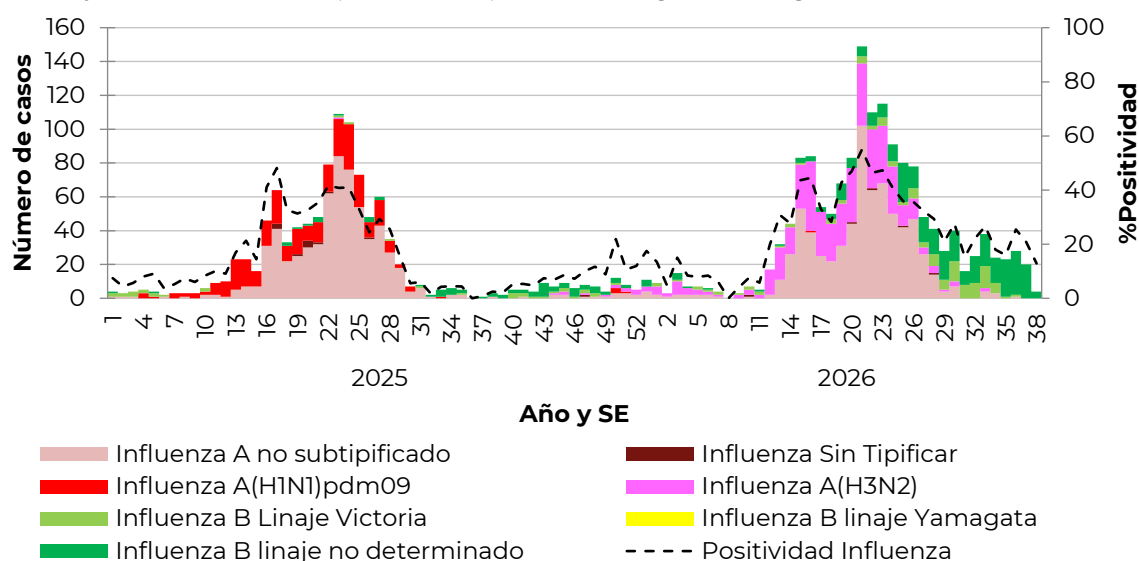
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

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

En las 38 SE transcurridas de 2026, se detectaron 1.539 casos de influenza, predominantemente influenza A (n=1.125). Entre estos, 426 casos con subtipificación

corresponden a A(H3N2) y 1 corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 409 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 110 de ellos.

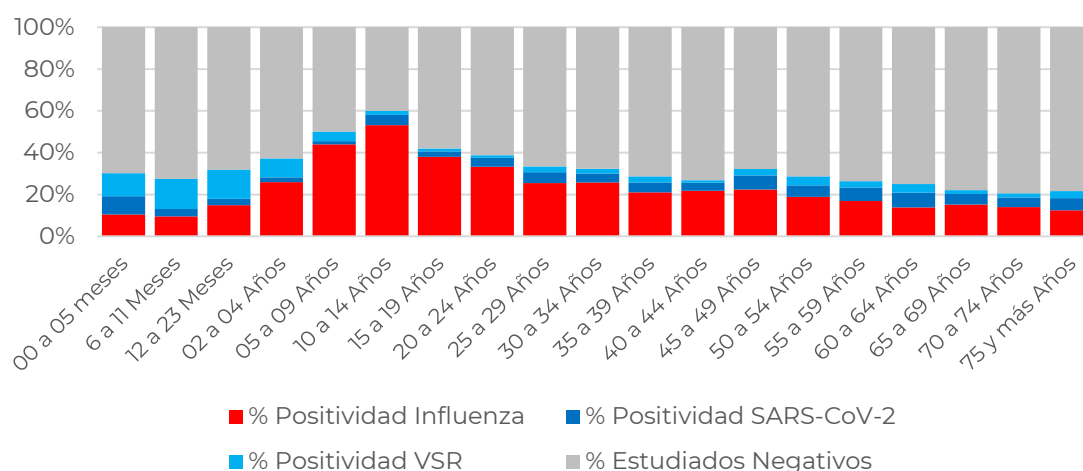
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2025 a SE38/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2025 a SE38/2026. Estrategia UMA. Argentina³.



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

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.

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

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

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; 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)

En las 38 SE transcurridas de 2026 se registraron de manera nominal un total 6.439 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.739 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG⁹.

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

⁴ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

⁵ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

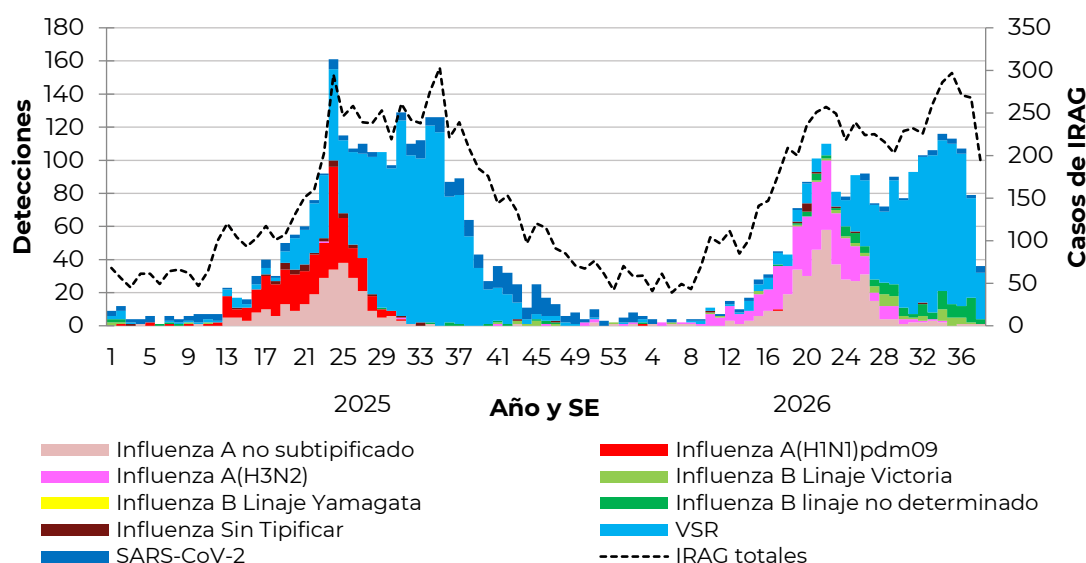
⁶ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

⁷ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. 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. SE1/2025 a SE38/2026. Argentina.



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

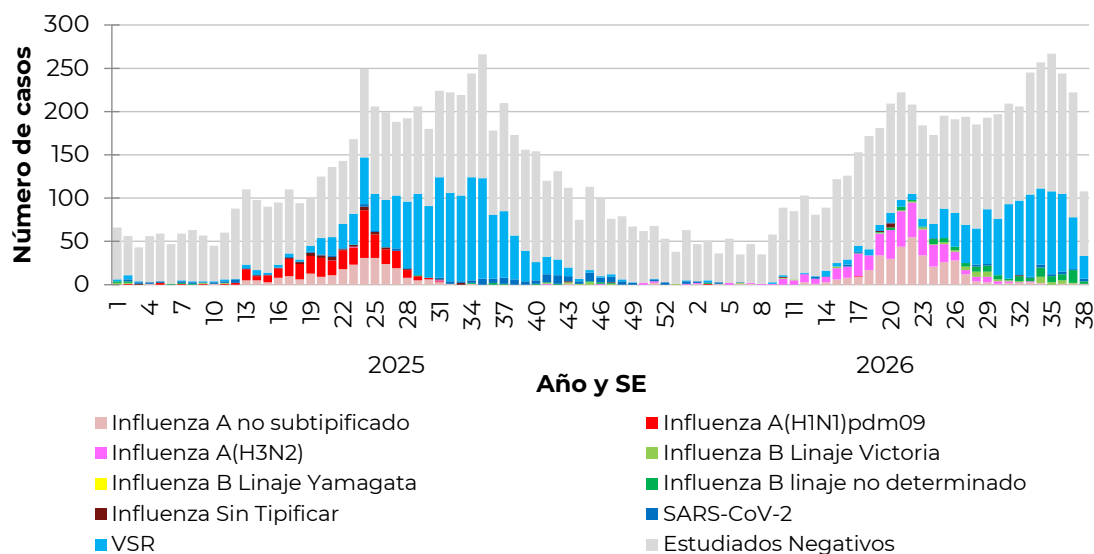
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, durante 2025 las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento a partir de la SE35, seguido de una disminución en las últimas semanas del período. En 2026, los casos continúan en niveles bajos.

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

En las 38 semanas transcurridas de 2026, se detectaron 930 casos de influenza. Las detecciones mostraron tendencia ascendente desde la SE10, con un máximo en SE22 y descenso posterior. Se tipificaron 755 casos de influenza A, y de éstos 373 cuentan con subtipificación: 371 correspondieron a A(H3N2) y 2 a A(H1N1). De los 164 casos de influenza B, 55 corresponden al linaje Victoria y el resto no tiene identificación de linaje al momento.

En cuanto a los casos de IRAG con diagnóstico de **VSR**, durante 2025 se observó un incremento a partir de la SE20, con un máximo en la SE31. Posteriormente, las detecciones se mantuvieron elevadas durante varias semanas y comenzaron a descender desde la SE36, alcanzando niveles bajos hacia el final del año. En las 38 semanas transcurridas de 2026, las detecciones de VSR se mantuvieron en niveles bajos durante las primeras semanas del año y mostraron una tendencia ascendente desde la SE 16. Hasta la SE 38 se registraron 1.027 casos acumulados durante 2026.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE1/2025 a SE38/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina ¹⁰.



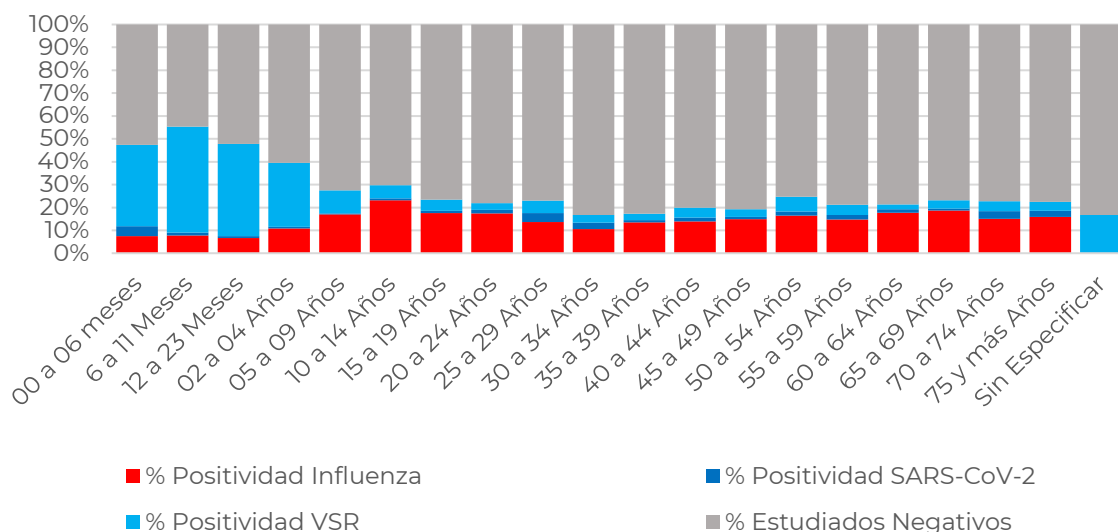
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

En las últimas 4 semanas, entre los 837 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 3 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, 1 codetección de influenza y VSR, 268 casos de VSR, 42 casos de influenza y 6 casos de SARS-CoV-2. Los restantes 517 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

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. SE1/2025 a SE38/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina¹¹.



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

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

Nota metodológica: Para el presente informe se tuvieron en cuenta las muestras con diagnóstico de Influenza derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), sus resultados de tipificación y subtipificación así como los resultados de secuenciación genómica.

En un número reducido de muestras no fue posible confirmar la detección viral mediante los algoritmos diagnósticos del LNR. A partir del informe de SE27 estas muestras, previamente clasificadas como "Influenza sp." en informes anteriores, se presentan como negativas en el LNR.

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

A partir del informe de SE16, se incorpora la caracterización genómica de los casos de Influenza B, de acuerdo con el esquema de muestreo implementado.

Para dar continuidad a la difusión del número de casos detectados de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1/K se presentan, en primer lugar, los resultados de secuenciación de Influenza A(H3N2) y su distribución por región y provincia para los años 2025 y lo que va de 2026.

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

A continuación, se describe para el período SE1 a SE36 de 2026 la distribución por tipo y subtipo de virus en las muestras recibidas en el LNR con fecha de toma en el año epidemiológico 2026 y los resultados de secuenciación.

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

Entre la SE1/2025 y la SE36/2026, el LNR secuenció 481 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 24 jurisdicciones, de las cuales 440 (91%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (6%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

Entre los casos secuenciados de Influenza A(H3N2), el subclado J.2.4.1/(K) predominó tanto en el 2025 como en lo que va del 2026, distribuido en las 5 regiones del país: mientras que en el 2025 las regiones Sur y Centro registraron la mayor cantidad de casos secuenciados, en lo que va de 2026, la mayor parte de las secuenciaciones corresponden a Centro y NOA. Además del subclado K, en lo que va de 2026 se identificó el subclado J.2.4 en la región Centro y NOA y el subclado J.2.3 en NOA, NEA y Sur.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 36/2026 (N =481).

Jurisdicción	2025					2026					Total
	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	J.2	J.2.2	J.2.3	J.2.4	J.2.4.1/K	
Centro	1	0	3	0	13	0	0	0	6	162	185
Buenos Aires	0	0	1	0	4	0	0	0	5	69	79
CABA	1	0	1	0	3	0	0	0	1	39	45
Córdoba	0	0	1	0	2	0	0	0	0	9	12
Entre Ríos	0	0	0	0	2	0	0	0	0	22	24
Santa Fe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	23	25
Cuyo	0	1	3	0	2	0	0	0	0	36	42
Mendoza	0	1	3	0	2	0	0	0	0	21	27
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
NEA	1	0	0	0	2	0	0	1	0	32	36
Chaco	1	0	0	0	0	0	0	1	0	12	14
Corrientes	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	4
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
NOA	0	0	1	0	1	0	0	1	3	134	140
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	13
Jujuy	0	0	1	0	0	0	0	0	3	12	16
La Rioja	0	0	0	0	1	0	0	0	0	24	25
Salta	0	0	0	0	0	0	0	1	0	30	31
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	0	53	53
Sur	1	0	16	0	15	0	0	3	0	43	78
Chubut	0	0	2	0	1	0	0	0	0	5	8
La Pampa	0	0	0	0	1	0	0	0	0	9	10
Neuquén	0	0	0	0	3	0	0	0	0	16	19
Río Negro	0	0	2	0	1	0	0	0	0	2	5
Santa Cruz	1	0	5	0	6	0	0	3	0	7	22
Tierra del Fuego	0	0	7	0	3	0	0	0	0	4	14
Total	3	1	23	0	33	0	0	5	9	407	481

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

III.5.B. CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE INFLUENZA RECIBIDOS EN EL LNR DESDE SE1 A SE 36/2026.

En términos acumulados, hasta el 01/10/2026 el LNR recibió 2789 muestras de Influenza con fecha de toma de muestra entre la SE1/2026 y la SE36/2026, de las cuales 2751 pudieron ser tipificadas y subtipificadas y 38 resultaron negativas. Entre las muestras tipificadas, el 79%

correspondió a Influenza A y el 21% a Influenza B. Dentro de las muestras de Influenza A, el 99% correspondió al subtipo A(H3N2) y el 1% al subtipo A(H1N1). En cuanto a Influenza B, en 549 de los 570 casos se pudo identificar el linaje y todos correspondieron al linaje Victoria.

Se recibieron en el LNR muestras provenientes de las 5 regiones del país con la siguiente distribución: Centro, 40%; NOA, 28%; Cuyo, 16%, Sur, 9%; y NEA, 8%. En todas se registró el mismo patrón en cuanto a distribución de tipos y subtipos: Influenza A entre 72% y 87% de los casos según región, y el subtipo H3N2 representó entre el 98% y el 100% según la región. Los casos derivados de Influenza B representaron entre 13% y 28% según la región.

Tabla 2. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según jurisdicción. Argentina. SE1 a SE36, Año 2026 (N = 2789).

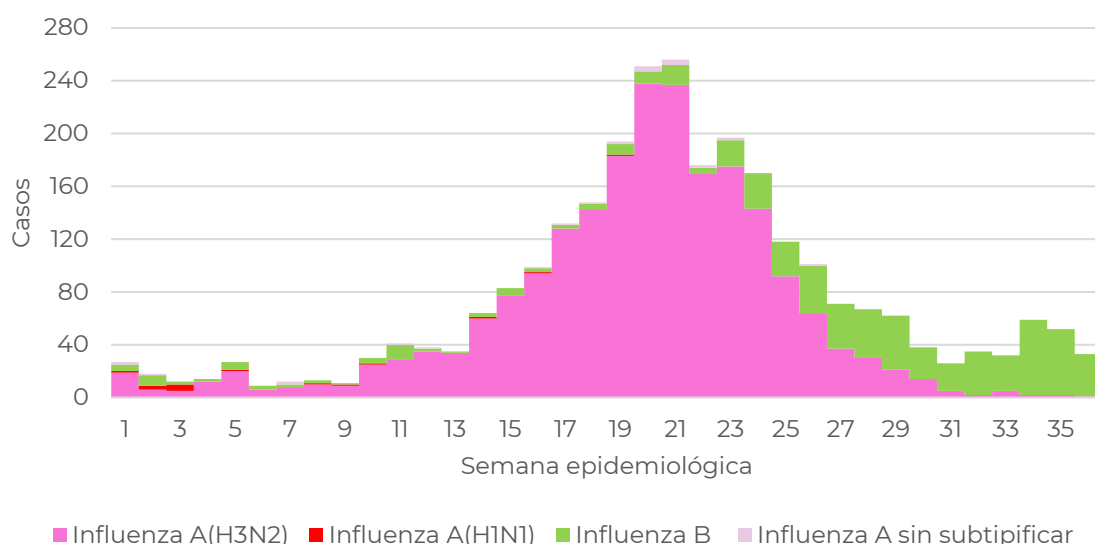
Jurisdicción	Influenza A							Influenza B									Negativo	Total
	Influenza A(H3N2)				Influenza A(H1N1)			Victoria								Sin linaje		
	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Sin esp.	Subclado D.3.1.1	Sin esp.	Sin subtip.	Subclado C.3.1	Subclado C.3.3	Subclado C.5.1	Subclado C.5.6	Subclado C.5.6.1	Subclado C.5.7	Sin esp.				
Centro	0	162	6	633	1	7	13	37	10	7	30	50	1	125	6	17	1105	
Buenos Aires	0	69	5	331	0	1	5	18	9	5	5	24	1	53	2	6	534	
CABA	0	39	1	137	0	4	5	1	0	1	0	7	0	13	0	1	209	
Córdoba	0	9	0	35	1	1	1	6	1	0	5	6	0	19	0	1	85	
Entre Ríos	0	22	0	33	0	0	0	5	0	0	4	6	0	10	0	4	84	
Santa Fe	0	23	0	97	0	1	2	7	0	1	16	7	0	30	4	5	193	
Cuyo	0	36	0	275	0	0	1	6	1	0	15	8	0	85	5	3	435	
Mendoza	0	21	0	172	0	0	0	1	0	0	10	1	0	56	0	1	262	
San Juan	0	9	0	67	0	0	1	0	1	0	4	1	0	5	0	2	90	
San Luis	0	6	0	36	0	0	0	5	0	0	1	6	0	24	5	0	83	
NEA	1	32	0	128	1	3	1	4	0	0	5	1	0	28	1	4	209	
Chaco	1	12	0	17	0	0	0	3	0	0	2	1	0	12	0	1	49	
Corrientes	0	2	0	14	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	21	
Formosa	0	16	0	96	1	3	1	1	0	0	2	0	0	10	1	3	134	
Misiones	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	5	
NOA	1	134	3	529	0	3	6	9	0	2	6	8	0	68	9	13	791	
Catamarca	0	13	0	87	0	1	0	1	0	0	0	1	0	6	0	0	109	
Jujuy	0	12	3	112	0	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0	1	134	
La Rioja	0	24	0	27	0	0	1	2	0	0	0	3	0	3	1	0	61	
Salta	1	30	0	161	0	2	3	1	0	2	0	1	0	27	6	9	243	
Santiago del Estero	0	2	0	17	0	0	0	1	0	0	0	0	0	12	0	1	33	
Tucumán	0	53	0	125	0	0	0	2	0	0	6	3	0	18	2	2	211	
Sur	3	43	0	154	0	1	4	4	0	0	0	1	0	38	0	1	249	
Chubut	0	5	0	23	0	0	2	1	0	0	0	0	0	4	0	1	36	
La Pampa	0	9	0	50	0	0	0	2	0	0	0	0	0	14	0	0	75	
Neuquén	0	16	0	46	0	1	1	0	0	0	0	1	0	7	0	0	72	
Río Negro	0	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
Santa Cruz	3	7	0	7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	0	24	
Tierra del Fuego	0	4	0	25	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	0	0	37	
Total	5	407	9	1719	2	14	25	60	11	9	56	68	1	344	21	38	2789	

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

En relación con la dimensión temporal, se registraron casos de influenza con fecha de toma de muestra en todas las semanas epidemiológicas analizadas. Se observó un incremento sostenido en la cantidad de casos recibidos en el LNR desde la SE14 alcanzándose un máximo de 256 casos en la SE21, seguido por un descenso a partir de la SE23. En las últimas semanas analizadas, se observó un ligero aumento en los casos recibidos, con 59 casos en la SE34.

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

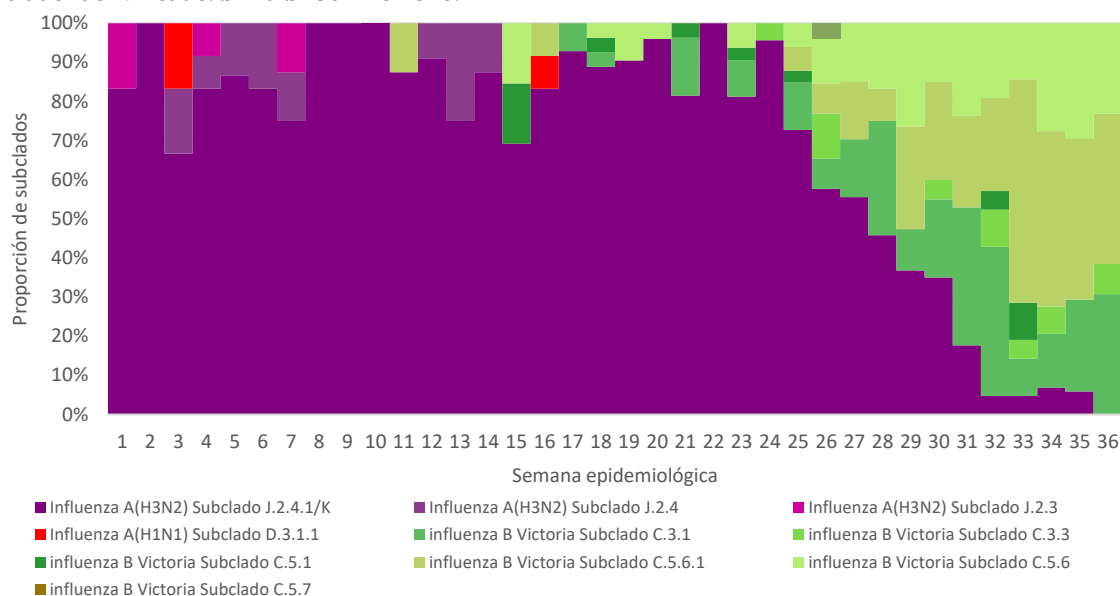
Gráfico 7. Casos de Influenza recibidos por el LNR por semana de toma de muestra según tipo y subtipo de virus. Argentina. SE1 a SE36, Año 2026¹²



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

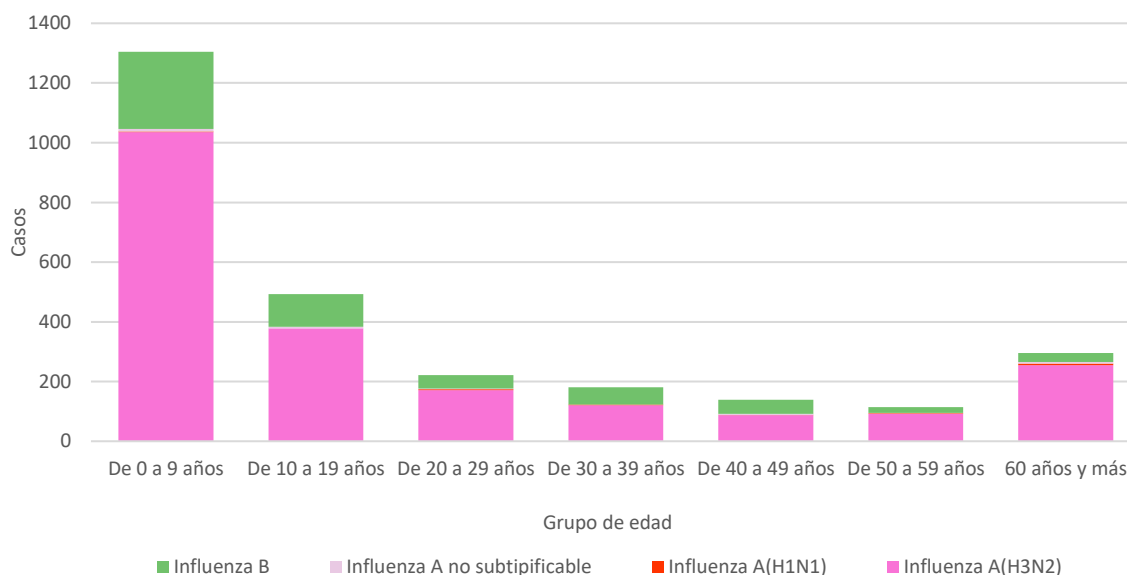
Se realizó la caracterización genómica de 628 muestras de Influenza: 421 de Influenza A(H3N2), 2 de Influenza A(H1N1) y 205 de Influenza B Victoria. Entre los casos de Influenza A(H3N2), el subclado predominante fue J.2.4.1/K (97%), seguido de J.2.4 (2%) y J.2.3 (1%). A partir de la SE15, todas las secuencias de Influenza A(H3N2) obtenidas correspondieron al subclado J.2.4.1/K. Las dos secuencias de Influenza A(H1N1) fueron clasificadas como subclado D.3.1.1. En cuanto a Influenza B Victoria, se observó una distribución heterogénea de subclados, con predominio de C.3.1 (29%), C.5.6 (27%) y C.5.6.1 (33%). Las restantes secuencias correspondieron a los subclados C.3.3 (5%), C.5.1 (4%) y C.5.7(<1%).

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

Gráfico 8. Distribución proporcional de casos de Influenza por semana de toma de muestra según subclado identificado. SE1 a SE36 Año 2026.

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

Respecto a la distribución etaria de los casos de Influenza recibidos en el LNR, los menores de 10 años concentraron el 47%; y dentro de este grupo, el 35% correspondió a menores de 2 años. Le siguieron los grupos etarios de 10 a 19 (18%) y 60 años y más (11%). En todos los grupos se mantuvo en términos acumulados el predominio de Influenza A(H3N2). Influenza B Victoria se detectó en todos los grupos etarios, concentrándose el 65% de los casos en los menores de 20 años.

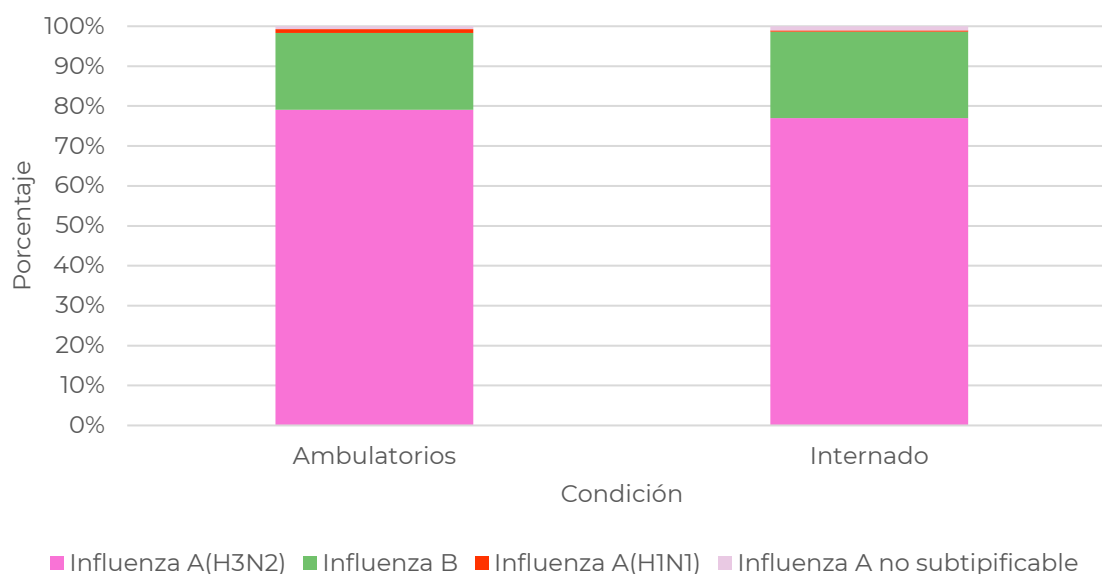
Gráfico 9. Casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo y subtipo según grupo de edad. Argentina. SE1 a SE36, Año 2026.

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

En la distribución porcentual de los virus influenza según condición de atención, predominó Influenza A(H3N2) tanto en pacientes ambulatorios (78%) como en internados (76%). Influenza B representó el 19% de los casos recibidos en el LNR entre los pacientes

ambulatorios y el 21% entre los internados, mientras que Influenza A(H1N1) se registró en una proporción muy baja en ambos grupos.

Gráfico 10. Distribución proporcional de tipos y subtipos según condición clínica de los casos. SE1 a SE36, Año 2026.



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

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

III.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto de aumento de circulación estacional de virus respiratorios, se recuerda a los equipos de salud seguir los lineamientos para la prevención, control y atención clínica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), así como mantener una vigilancia fortalecida de los distintos componentes de la estrategia de vigilancia de IRAs, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

III.6.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.

- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subtipificación y eventual derivación para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

Caracterización de virus Influenza:

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

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

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

Definiciones:

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.

Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.

Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:

- Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
- En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
- Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
- Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
- Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
- Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.

- En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

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

Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2026:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf

III.7. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

III.8. Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas

de la infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días–, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

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

III.9. Tratamiento antiviral

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

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

incidencia de complicaciones.^{13, 14} En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.^{15, 16} En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.

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

-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.

-Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

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

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

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

*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf

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

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

¹⁵ Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. *Lancet Respir Med*. 2014 May;2(5):395-404.

¹⁶ Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. *Int J Infect Dis*. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

IV. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

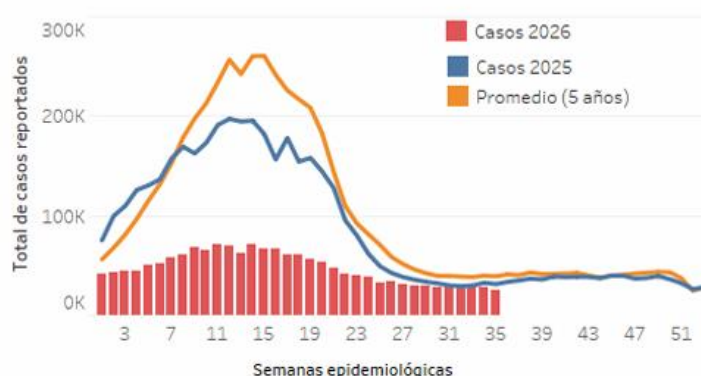
IV.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de la situación epidemiológica del dengue en los países endémicos de las Américas](#) actualizado el 25 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 35 del 2026, se reportan en la Región de las Américas un total de 1.658.783 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 159 casos por 100.000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 57% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 64% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 35.

De los 1.658.783 casos de dengue reportados en las Américas, 508.160 casos (30%) fueron confirmados por laboratorio y 3.290 (0,2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 552 muertes por dengue, para una letalidad del 0,033%.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 35 en 2026, 2025 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



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

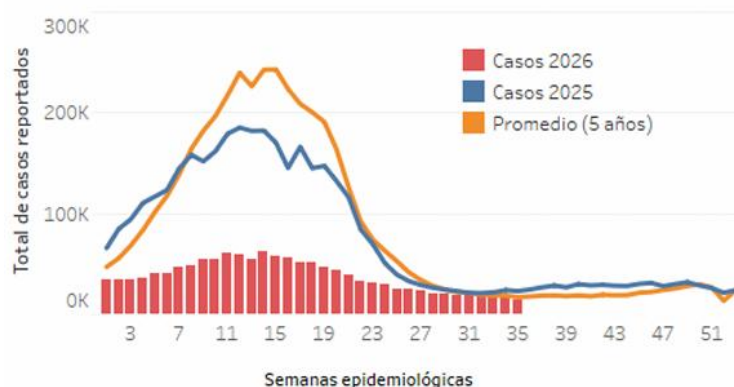
En la SE 35, se notificaron casos de dengue en 19 países y territorios de la Región. Estos países suman, en conjunto, 25.272 nuevos casos sospechosos de dengue, de los cuales 76 fueron clasificados como dengue grave (0,2%), y se reportaron 8 muertes, con una letalidad de 0.032%.

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

IV.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 13.659 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 35. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 62% en comparación con el mismo periodo del 2025 y 67% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por **Paraguay presentan un incremento de 17%** en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

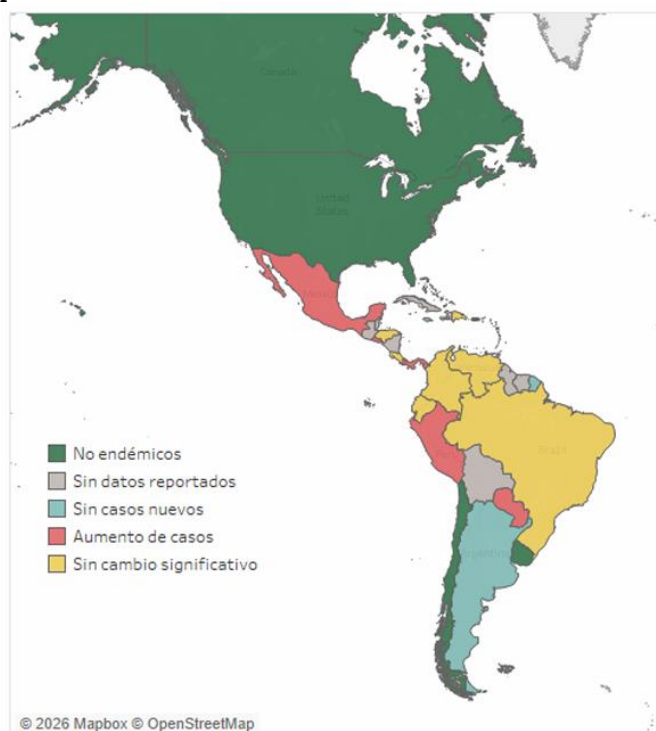
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 35 en 2026, 2025 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

En el mapa 1 se observa la incidencia acumulada de casos de dengue para el año 2026 en la región de las Américas, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de casos aunque sin cambios significativos con respecto a semanas previas.

Mapa 1. Dengue: Países con aumento o disminución de casos de dengue durante la SE 35, en comparación con el promedio de las últimas cuatro semanas del 2026.



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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹⁷ y el ARBO-portal¹⁸ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 01/10/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la semana epidemiológica (SE) 38 de 2026 se notificaron 1.312.636 casos de dengue, de los cuales 352.477 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa una disminución del 75% respecto a la misma semana de 2025. Asimismo, se reportaron 343 fallecidos. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 131.830 casos. De ellos, 55.459 fueron confirmados por laboratorio, lo que implica una disminución del 46% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Se registraron 53 fallecimientos para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 36 se registraron 12.682 casos, de los cuales 641 fueron confirmados. En comparación con la misma semana epidemiológica de 2025, los casos confirmados registraron una disminución del 61%. No se registraron fallecimientos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 24/2026 se confirmaron 55 casos por laboratorio, en comparación con los 11.866 casos reportados en el mismo período de 2025, sin registrarse defunciones para el año en curso.

Bolivia: hasta la SE 33/2026, se reportaron un total de 58.628 casos de dengue, de los cuales 613 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 50% respecto a la misma semana del año anterior. Se registró un fallecimiento para este evento. En cuanto a chikungunya, se notificaron 47.586 casos, de los cuales 11.596 fueron confirmados por laboratorio, dos veces más que los registrados para la misma semana epidemiológica de 2025, y se notificaron 27 fallecidos. Asimismo, se notificaron 1.855 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 37/2026 se registraron un total de 10.325 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 244 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 82% menos que en la misma semana de 2025. Respecto a chikungunya, se notificaron 19 casos confirmados por laboratorio, un 60% menos que lo registrado para la misma semana de 2025, sin fallecimientos reportados. En cuanto al zika, no se notificaron casos en el año en curso.

Perú: hasta la SE 37/2026 se reportaron un total de 59.553 casos de dengue, de los cuales 46.997 fueron confirmados por laboratorio, lo que representa un **aumento del 52%** en comparación con la misma semana epidemiológica del 2025. Se registraron 70 fallecimientos para este evento. Con relación a chikungunya, hasta la SE 36/2026 se notificaron 3 casos; no obstante, no se registraron casos confirmados por laboratorio, situación similar a la observada el año anterior. Respecto al zika, hasta la misma semana, se notificaron cuatro casos, sin confirmación por laboratorio para este evento.

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

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: <https://www.paho.org/en/arbo-portal>

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

Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia¹⁹.

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

IV.2. Situación de dengue en Argentina

IV.2.A. INICIO DE TEMPORADA 2026/2027

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Si bien existe una alta heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del *Aedes aegypti*, vector responsable de la transmisión del virus. Durante los meses más cálidos y húmedos del año, que comprenden principalmente la primavera, el verano y parte del otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector y, consecuentemente, se generan condiciones que permiten la ocurrencia de brotes. Por el contrario, durante el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye considerablemente, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina se delimita entre la SE 31 de un año y la SE 30 del año siguiente, abarcando el período de mayor riesgo para la circulación viral.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos acumulados en la serie histórica.

El análisis temporal de los casos notificados entre 2022 y 2026 evidencia que, hasta la SE38/2026, el número de casos se mantiene en niveles bajos, sin variaciones significativas respecto del mismo período de la temporada anterior y considerablemente por debajo de los máximos registrados durante los años epidémicos.

De acuerdo con la fecha mínima, durante la **SE38/2026 no se notificaron nuevos casos**. Sin embargo, en lo que va de la temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 808 casos sospechosos²⁰. De ellos, 3 fueron confirmados, ambos con antecedente de viaje a Brasil y Ecuador, todos con residencia en Provincia de Buenos Aires e identificación del serotipo **DENV-3**; 6 fueron clasificados como probables en las provincias

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

de Salta y Buenos Aires que aún continúan en investigación²¹; 519 fueron descartados y 280 permanecen en estudio como casos sospechosos.

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2026/2027. SE31 a SE38/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Descartados	Casos sospechosos en estudio	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	0	2	3	1	DENV-3	21	42	69	3
CABA	0	0	0	0		1	15	16	0
Córdoba	0	0	0	0		7	20	27	0
Entre Ríos	0	0	0	0		10	8	18	0
Santa Fe	0	0	0	0		25	23	48	0
Total Centro	0	2	3	1		64	108	178	3
Mendoza	0	0	0	0		0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0		0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0		2	0	2	0
Total Cuyo	0	0	0	0		2	0	2	0
Chaco	0	0	0	0		4	23	27	0
Corrientes	0	0	0	0		4	5	9	0
Formosa	0	0	0	0		360	0	360	0
Misiones	0	0	0	0		39	0	39	0
Total NEA	0	0	0	0		407	28	435	0
Catamarca	0	0	0	0		0	4	4	0
Jujuy	0	0	0	0		25	10	35	0
La Rioja	0	0	0	0		0	8	8	0
Salta	0	3	0	0		16	53	72	0
S. del Estero	0	0	0	0		1	17	18	0
Tucumán	0	0	0	0		0	49	49	0
Total NOA	0	3	0	0		42	141	186	0
Chubut	0	0	0	0		2	1	3	0
La Pampa	0	0	0	0		0	1	1	0
Neuquén	0	0	0	0		0	1	1	0
Río Negro	0	0	0	0		0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0		2	0	2	0
T. del Fuego	0	0	0	0		0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0		4	3	7	0
Total País	0	5	3	1	DENV-3	519	280	808	3

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación.

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

²¹ Casos probables de Chaco notificados SE37/2026 (BEN N°827): Fueron reclasificados luego de completar la investigación epidemiológica, siendo descartados.

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

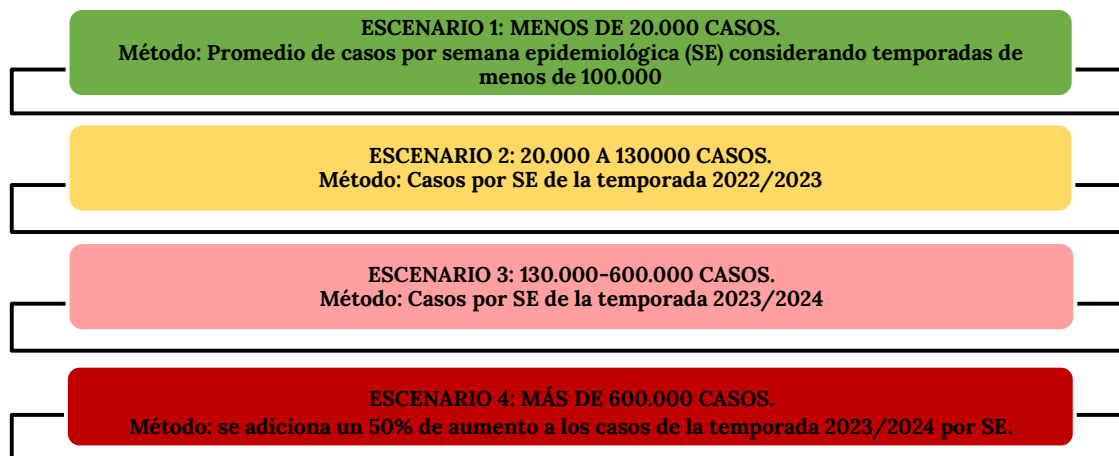
IV.3.A. NOTA METODOLÓGICA

La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada escenario se establecieron rangos de casos esperados y un criterio metodológico específico (Gráfico 3).

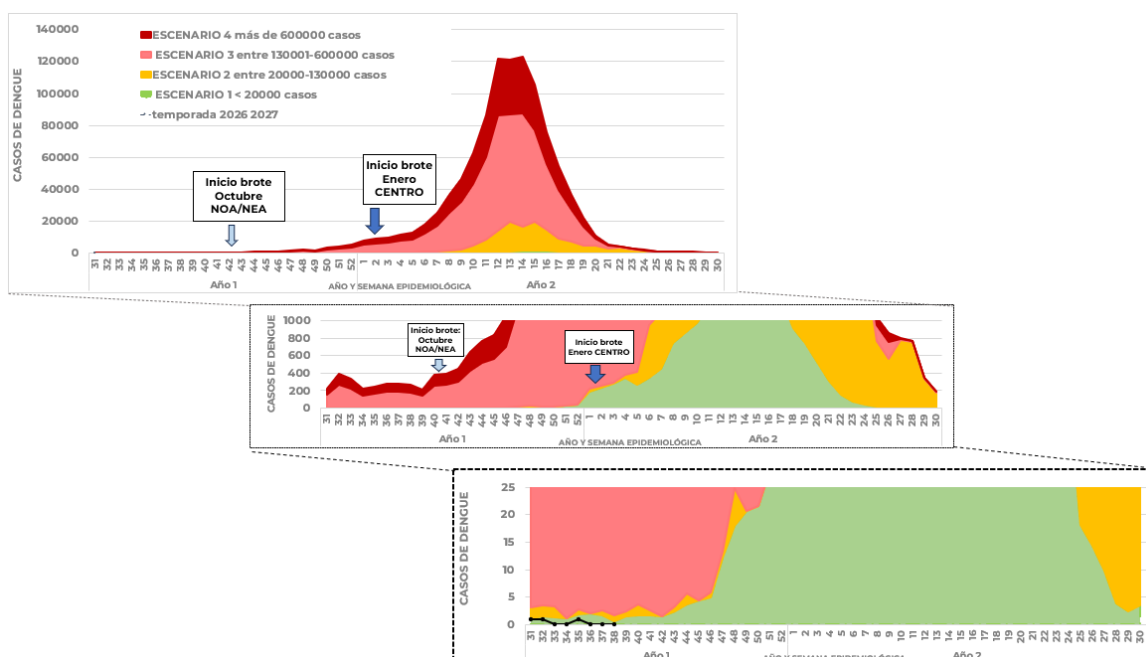
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** se utilizó como modelo la dinámica observada durante la temporada 2022/2023, considerada de magnitud intermedia, caracterizada por un inicio de brote en octubre en la región NOA/NEA y una posterior propagación hacia la región centro del país con aumento en la intensidad de la transmisión.
- **Escenario 3 (130.000 a 600.000 casos):** se basó en los casos notificados por SE durante la temporada 2023/2024, la de mayor magnitud registrada hasta el momento, con transmisión viral sostenida en múltiples regiones y elevada incidencia acumulada.
- **Escenario 4 (>600.000 casos):** se proyectó adicionando un 50% de aumento a los casos semanales observados en la temporada 2023/2024, simulando un escenario de máxima transmisión caracterizado por la introducción temprana del virus en regiones endémicas y una rápida expansión territorial.

El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, clínica, entomológica y virológica.

En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan la curva de la nueva temporada 2026-2027 (n=3) y su representación en el modelo de escenarios estimados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Al día de hoy se notificó una cantidad baja de casos confirmados y no se han confirmado casos autóctonos, pero continúan probables y sospechosos en investigación. Es importante destacar que estos registros iniciales no permiten anticipar la magnitud de la temporada (Gráfico 4).

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

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

Gráfico 4. Dengue: Casos de dengue²² por semana epidemiológica. Años 2022-2026. Argentina.

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

IV.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Con la SE 31/2026 se inicia la nueva temporada epidemiológica 2026/2027 para la vigilancia de Fiebre Chikungunya. Se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 163 casos sospechosos. De ellos, 1 fue confirmado en el departamento de Orán, Salta pero se actualizó la procedencia, resultando importado de Bolivia ;5 fueron clasificados como probables de la provincia de Salta (departamentos Gral. San Martín, Orán y Rivadavia) que se

²²Incluye 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).

encuentran aún en investigación, 28 fueron descartados y 129 permanecen en estudio como casos sospechosos en estudio.

Dos casos probables de la provincia de Salta fueron **reclasificados como correspondientes a la temporada anterior**, dado que la fecha de inicio de síntomas se remontaba a más de dos meses antes del estudio, realizado en el contexto de manifestaciones **clínicas persistentes** posteriores a la infección por chikungunya.

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2026/2027. SE31 a SE38/2026. Argentina.

Jurisdicción	SAV		CAV		Descartados	Sospechosos en estudio	Total notificados	Total casos confirmados de Chikungunya
	Conf. Labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.				
Buenos Aires	0	0	0	0	4	2	6	0
CABA	0	0	0	0	0	2	2	0
Córdoba	0	0	0	0	0	14	14	0
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	0	0	0	0	0	2	2	0
Total Centro	0	0	0	0	4	20	24	0
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0		0	0	0	0	0
Total Cuyo	0	0	0	0	0	0	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	9	9	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	2	1	3	0
Total NEA	0	0	0	0	2	10	12	0
Catamarca	0	0	0	0	0	2	2	0
Jujuy	0	0	0		10	13	23	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	5	1	0	12	40	58	1
S. del Estero	0	0	0	0	0	4	4	0
Tucumán	0	0	0	0	0	40	40	0
Total NOA	0	5	1	0	22	99	127	1
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	0
Total País	0	5	1	0	28	129	163	1

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

Durante el primer semestre de 2026, Argentina atravesó un brote de fiebre chikungunya que afectó principalmente a la región NOA, con predominio de casos en Salta, Tucumán y Jujuy y un pico de notificaciones en la SE 16, seguido de un descenso progresivo y sostenido.

Se ha registrado un solo caso confirmado correspondiente a la nueva temporada. No obstante, considerando el antecedente reciente de circulación de CHIKV en el territorio nacional y la posibilidad de circulación simultánea de distintos Arbovirus, se recomienda mantener una vigilancia intensificada y sostener la búsqueda de chikungunya entre los casos de síndrome febril agudo inespecífico, con especial atención a la detección oportuna de posibles nuevos focos de transmisión.

IV.5. Situación epidemiológica de otros Arbovirus

Se presenta la situación epidemiológica de enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis, fiebre del Nilo occidental y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2026-2027 (SE31/2026 a SE38/2026).

Encefalitis Arbovirales

Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **55** casos sospechosos de fiebre **Encefalitis de San Luis** y **10** casos sospechosos de **Fiebre del Nilo Occidental**, todos con resultados negativos hasta el momento.

Fiebre de Oropouche

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **10** casos, sin registrarse resultados positivos.

Enfermedad por virus Zika

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Desde el inicio de la nueva temporada, se investigaron **37** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

Fiebre Amarilla

Durante la temporada en curso **se notificó 1 caso sospechoso** de Fiebre Amarilla que se encuentra en estudio. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

V. Introducción

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

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

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

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

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

V.1. Sarampión - Situación epidemiológica regional

Recibido a través del CNE el 24/09/2026

PERÍODO DE REPORTE: SE 1-37 2026 (4 de enero - 19 de septiembre del 2026)

Acumulado SE 1-37, 2026.

Casos confirmados: 53.957

Fallecimientos: 68

Países y territorios (acumulados): 17

Últimas dos semanas - SE 35-36, 2026.

Nuevos casos confirmados: +709 (-43% en comparación con SE 33-34)

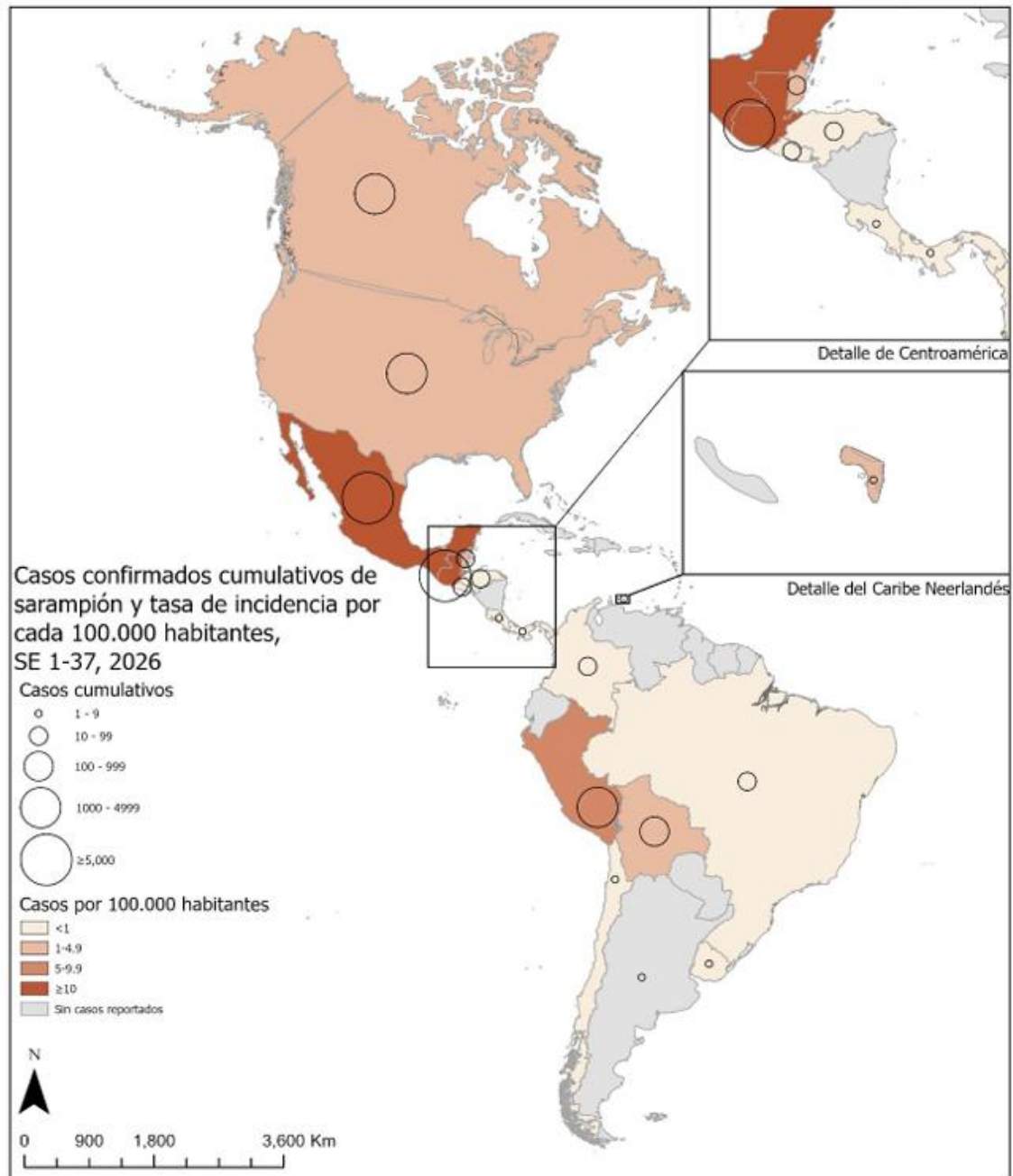
Nuevas muertes: +7 (4 Guatemala, 3 México)

Países y territorios que han notificado casos: 7/17

V.1.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 37 del 2026 (que finalizó el 19 de septiembre del 2026), la Región de las Américas notificó 53.957 casos confirmados de sarampión procedentes de 17 países y territorios, lo que supone un aumento de 3,8 veces en comparación con el mismo periodo del 2025. Guatemala (33.866), México (12.943), Estados Unidos (3.471), Perú (2.292) y Canadá (1.120) concentran la gran mayoría (99,5%) de los casos confirmados (Mapa 1). Se han notificado un total de 68 muertes, de los cuales 45 ocurrieron en Guatemala, 22 en México y una en Bolivia. Durante las SE 35 y 36 del 2026, la Región de las Américas reportó 709 nuevos casos confirmados de sarampión en siete países y territorios, lo que representa una disminución del 43% en comparación con el periodo de dos semanas anterior (SE 33-34; 1.244 nuevos casos, de los cuales 333 se contabilizaron de manera retrospectiva desde la publicación del último informe de situación regional) (Figura 1). De los 709 nuevos casos confirmados notificados durante las SE 35 y 36, Estados Unidos registró 290, seguido de Perú con 190, Guatemala con 176, México con 46 y Bolivia con 5, mientras que Canadá y Colombia notificaron un caso cada uno.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión y tasa de incidencia por cada 100.000 habitantes por país. Región de las Américas. SE 1 – SE 37, 2026. (n = 53.957).



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2026. Todos los derechos reservados.
 Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.
 Producción del mapa:
 OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE)
 Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HIM)

OPS

Figura 1. Curva epidemiológica de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por país y semana epidemiológica (SE), desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 37 del 2026.

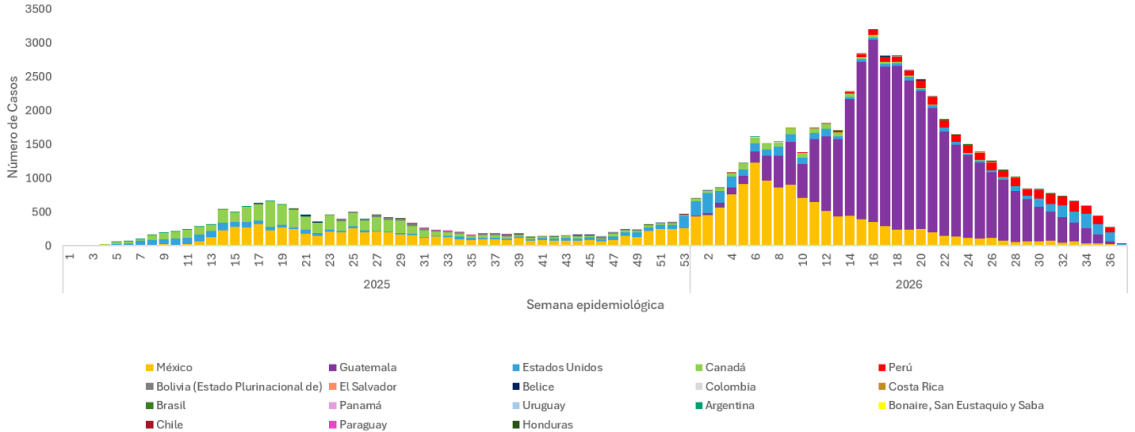


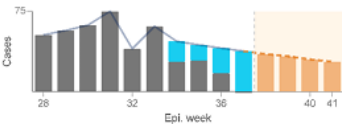
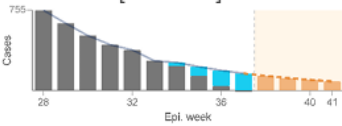
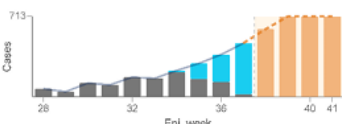
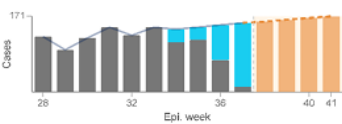
Tabla 1. Casos de sarampión en la Región de las Américas por país, hasta la SE 37 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 35-36	Casos en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Tendencia (SE 33-36)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Guatemala*	+176	33.866	45	↓ en descenso	Escenario C: transmisión comunitaria	A fecha de la SE 37, se han notificado transmisión en los 22 departamentos. La tendencia general a la baja continúa a nivel nacional; a nivel departamental, la transmisión se mantiene en Alta Verapaz. Las tasas de incidencia más elevadas siguen observándose en Izabal (374,9 casos por cada 100.000 habitantes), seguida de Guatemala Central (322,4 por cada 100.000 habitantes) y Sololá (302,4 por cada 100.000 habitantes). De todos los casos confirmados de sarampión, el 63% se produjo en personas de entre 15 y 39 años, siendo el grupo de edad de 20 a 29 años el más afectado. Los lactantes menores de un año siguen siendo el grupo de mayor riesgo. El 67,5% de los casos no tenía antecedentes de vacunación. El caso más reciente se notificó en la SE 36 del 2026.
México*	+46	12.943	22	↓ en descenso	Escenario C: transmisión comunitaria	La mayoría de los casos en 2026 se concentran en tres estados: Jalisco, con 6.839 casos acumulados en 2026; la Ciudad de México, con 1.033 casos; y Chiapas, con 877 casos. El caso más reciente se registró en la SE 36 del 2026.
Estados Unidos*	+290	3.471	0	↓ en descenso	Escenario C: transmisión comunitaria	En 2026, el mayor número de casos se ha registrado en Pensilvania (745), Carolina del Sur (670), Utah (527), Texas (192), Virginia (178), Wisconsin (158), Florida (147), Ohio (124) y Arizona (110). El caso más reciente se notificó en la SE 37 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 35-36	Casos en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Tendencia (SE 33-36)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Perú*	+190	2.292	0	↓ en descenso 	Escenario C: transmisión comunitaria	El caso más reciente se registró en la SE 37 del 2026.
Canadá*	+1	1.120	0	Transmisión por gotitas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario C: transmisión comunitaria	Durante el año 2026, hasta la SE 37, el mayor número de casos se ha registrado en Manitoba (680) y Alberta (311); les siguen Columbia Británica (49), Ontario (33) y Quebec (31). El grupo de edad más afectado sigue siendo el de 5 a 17 años (41%). El caso más reciente se registró en la SE 36 del 2026.
Bolivia*	+5	115	1	Transmisión por gotitas con casos esporádicos que forman parte del mismo brote	Escenario B: cadenas de transmisión identificables	El último caso se notificó en la SE 36 del 2026.
El Salvador	0	58	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 30 del 2026.
Brasil	0	28	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 32 del 2026.
Honduras	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 31 del 2026.

País	Nuevos casos notificados hasta las SE 35-36	Casos en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Muertes en 2026 (hasta la SE 37) (1)	Tendencia (SE 33-36)**	Escenario de respuesta (7)****	Notas epidemiológicas
Colombia	+1	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 35 del 2026.
Belice	0	15	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El caso más reciente se notificó en la SE 31 del 2026.
Panamá	0	9	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 23 del 2026.
Costa Rica	0	5	0	Casos importados esporádicos	Escenario A: sin transmisión actual / riesgo de importación	El último caso se notificó en la SE 15 del 2026.
Otros (≤5 casos) ***	—	Véase el panel de control (1)	Véase el panel de control (1)	—		—

Tabla 2. Estimaciones basadas en modelos de la dinámica de transmisión del sarampión, por país, a fecha de la SE 37 del 2026.

País	R_t (CrI del 95%) ¹ Número de reproducción efectivo	Según el modelo ²	Previsión a 4 semanas (SE 38-41) Mediana [PrI del 95%] ³	Interpretación del modelo
México	0,85 [0,73–0,98]	↓ en descenso	~126 [76–188] casos 	R_t es inferior a 1, y el intervalo de incertidumbre se mantiene íntegramente por debajo de 1; el modelo sugiere que la transmisión está disminuyendo.
Guatemala	0,71 [0,66 – 0,76]	↓ en descenso	~440 [347–544] casos 	Se estima que R_t es de 0,71, manteniéndose por debajo del umbral epidémico. Esto indica una disminución de la transmisión, y las proyecciones sugieren que la tendencia a la baja continuará.
Estados Unidos	1,64 [1,55 – 1,73]	↑ en aumento	~3.550 [3.143–4.011] casos 	Se estima que R_t es de 1,64. La estimación y su intervalo de incertidumbre se mantienen muy por encima de 1, lo que indica un aumento sostenido de la transmisión en el período más reciente. Se recomienda un seguimiento continuo para evaluar la persistencia y la magnitud de esta tendencia al alza.
Canadá	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota al pie 4. De los 1.117 casos registrados en 2026, 1.021 siguen vinculados al brote que comenzó en octubre del 2024, que es un e que ahora muestra un descenso sostenido.
Perú	1,05 [0,97 – 1,14]	~estable	~660 [528–810] casos 	Se estima que R_t es 1,05. La estimación se aproxima a 1, con un intervalo de incertidumbre que abarca valores por debajo y por encima de 1, lo que indica una transmisión globalmente estable en el período más reciente. Se recomienda un seguimiento continuo para evaluar si la transmisión evoluciona hacia una tendencia claramente al alza o a la baja.
Bolivia	— ⁴	— ⁴	— ⁴	No se ha realizado ningún modelo; véase la nota al pie 4.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-situacion-12-sarampion-region-americanas-24-septiembre-2026>

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

Recibido a través del CNE el 25/09/2026

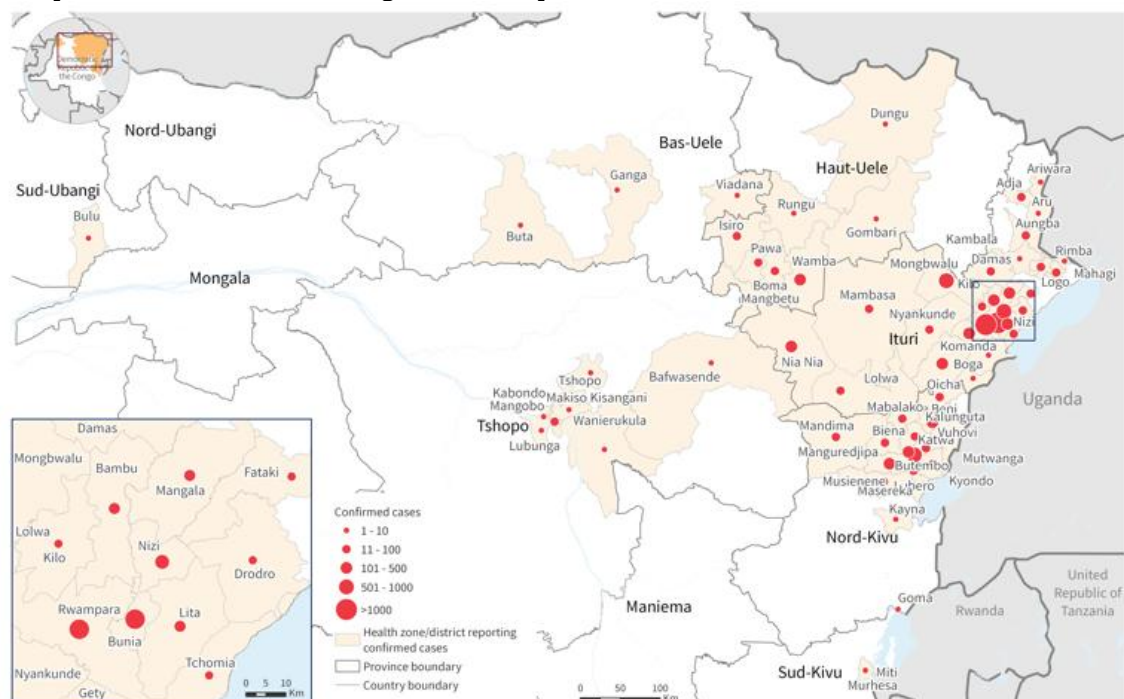
Desde la publicación del anterior Informe sobre brotes de enfermedades (Disease Outbreak News), el 11 de septiembre de 2026, se han notificado 1133 casos confirmados adicionales, incluidos 532 fallecimientos confirmados, en la República Democrática del Congo. El promedio móvil de siete días muestra un resurgimiento a comienzos de septiembre, seguido de un descenso durante los últimos días del período de notificación. Sin embargo, la tendencia nacional agregada oculta una variación considerable en la intensidad de la transmisión entre las provincias y las zonas sanitarias afectadas.

Al 23 de septiembre, la República Democrática del Congo ha notificado un total de 7890 casos confirmados, incluidos 3799 fallecimientos (tasa de letalidad [TL] del 48,1 %). Hasta la fecha, un total de 1966 pacientes se han recuperado.

Se han notificado casos confirmados en 63 zonas sanitarias de siete provincias, de las cuales 48 zonas sanitarias pertenecientes a seis provincias notificaron al menos un caso en los últimos 21 días. Ituri continúa siendo la provincia más afectada, con 28 de sus 36 zonas sanitarias notificando casos, seguida por North Kivu (16/34), Tshopo (7/23), Haut-Uélé (7/13), Bas-Uélé (3/11), South Kivu (1/34) y Sud Ubangi (1/16). No se han notificado nuevos casos en la provincia de South Kivu desde el 29 de mayo de 2026.

Las zonas sanitarias de Dungu, en la provincia de Haut-Uélé, y Bulu, en Sud Ubangi, son las áreas afectadas más recientemente. Al 23 de septiembre, se habían notificado 70 nuevos casos confirmados durante las 24 horas anteriores, correspondientes a 26 zonas sanitarias ubicadas en las provincias de Ituri, North Kivu, Haut-Uélé, Bas-Uélé y Tshopo.

Figura 1. Distribución de los casos confirmados acumulados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, al 23 de septiembre de 2026.



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, Ministries of Health of the Democratic Republic of the Congo, GRID3
Map Production: WHO Health Emergencies Programme

Ituri continúa siendo el epicentro del brote, con un total acumulado de 6032 casos confirmados desde el inicio del brote, incluidos 868 nuevos casos confirmados notificados durante los 21 días previos, al 23 de septiembre. North Kivu es la segunda provincia más afectada, con un total acumulado de 1480 casos confirmados, incluidos 567 notificados en los últimos 21 días, al 23 de septiembre. La provincia de North Kivu continúa presentando la mayor TL observada en este brote (59,7 %); se encuentran en curso investigaciones para comprender mejor los factores que contribuyen a esta elevada mortalidad.

En Ituri, la incidencia de casos continúa disminuyendo gradualmente desde el pico observado a mediados de agosto, aunque la transmisión se mantiene en niveles elevados. En contraste, North Kivu ha experimentado un aumento sustancial de la incidencia, alcanzando su nivel más alto notificado a mediados de septiembre, seguido de un descenso durante los últimos días del período de notificación. Haut-Uélé continúa mostrando una transmisión sostenida, aunque en niveles inferiores al pico registrado a finales de agosto, mientras que Tshopo presenta una renovada actividad de transmisión luego de un período de baja incidencia. En Bas-Uélé, la transmisión continúa siendo esporádica, mientras que no se han notificado evidencias recientes de transmisión en South Kivu. Sud Ubangi es la séptima provincia en notificar un caso confirmado de enfermedad por virus Bundibugyo (BVD), con un caso notificado el 10 de septiembre (Figura 2).

El número de personas que requieren seguimiento como contactos también ha aumentado considerablemente con la expansión del brote. Al 23 de septiembre, el 83,4 % de los contactos identificados fueron monitoreados satisfactoriamente durante las 24 horas previas, con 26 980 contactos monitoreados de un total de 32 342 que requerían seguimiento. El elevado número de contactos bajo vigilancia pone de manifiesto la magnitud de la exposición potencial dentro de las comunidades afectadas y las importantes demandas que recaen sobre las operaciones de respuesta.

La respuesta se está implementando en un contexto humanitario complejo, en el que el conflicto, la inseguridad, los desplazamientos de población y el acceso limitado a los servicios básicos continúan afectando el control del brote. Estas limitaciones siguen dificultando la vigilancia, la búsqueda activa de casos, el rastreo de contactos, la prevención y control de infecciones y el acceso oportuno a una atención adecuada, lo que limita la eficacia general de las actividades de respuesta.

Figura 2: Número de casos confirmados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 23 de septiembre de 2026.

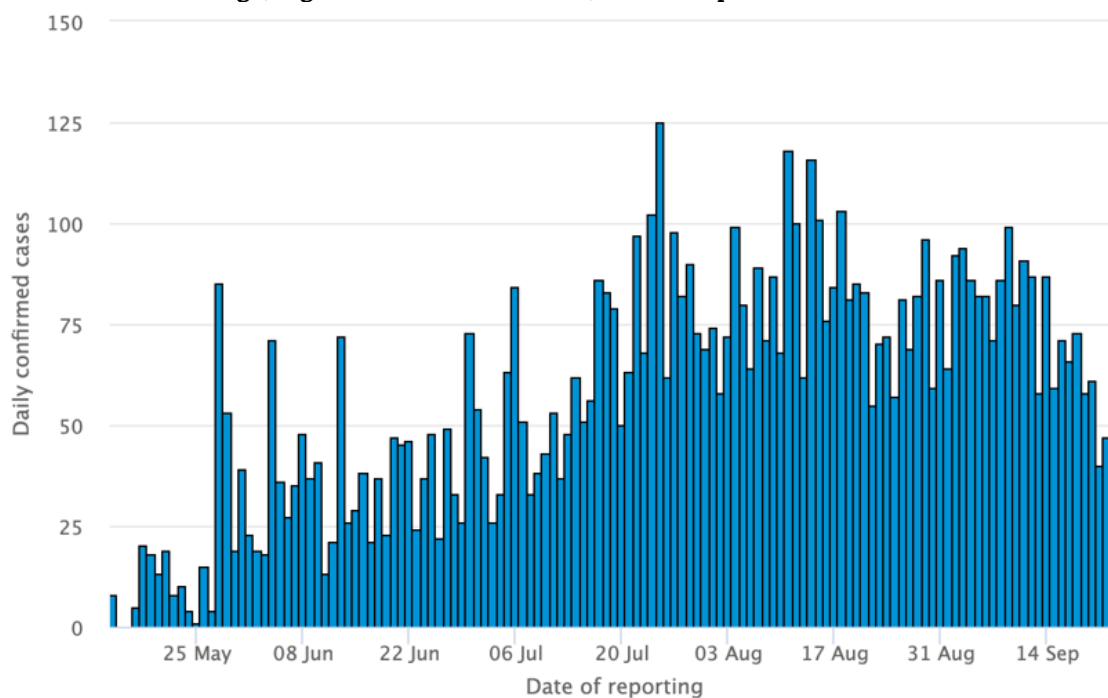
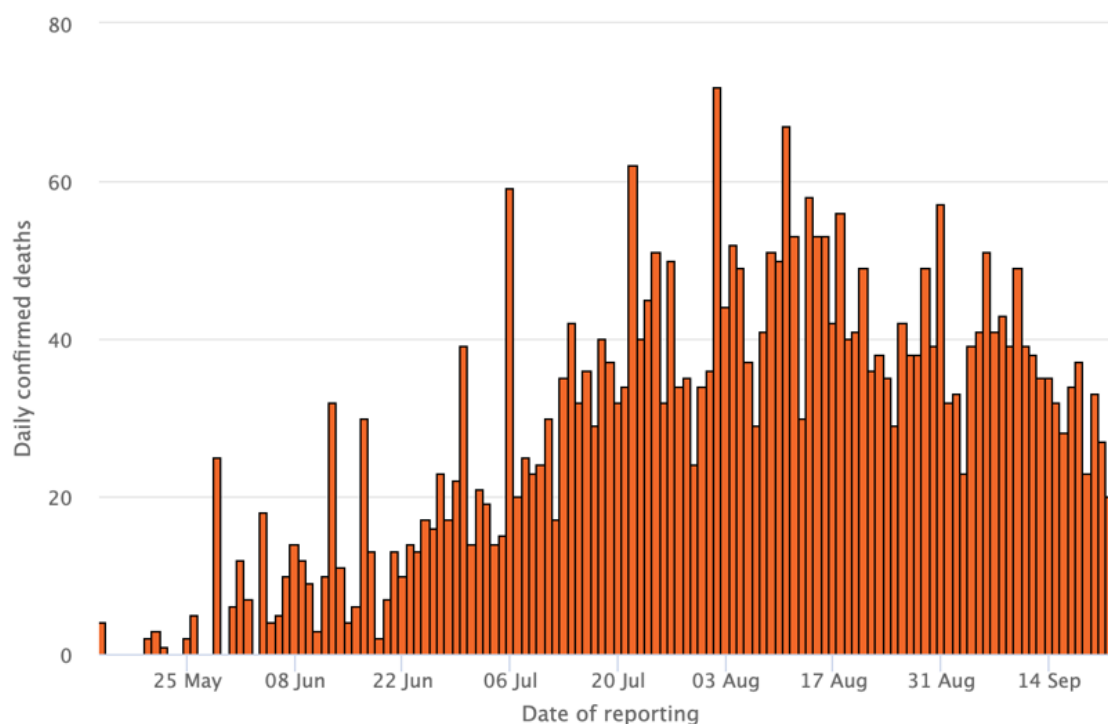


Figura 3: Número de fallecimientos entre los casos confirmados de enfermedad por virus Bundibugyo en la República Democrática del Congo, según fecha de notificación, al 23 de septiembre de 2026.



Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON618>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

VI. Boletines Jurisdiccionales

VI.1. Salta: Dengue

En la provincia de Salta, durante la SE 37/2026 de la vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) se reportaron 68 casos sospechosos, 2 caso probables. A la fecha no se confirmaron casos de dengue.

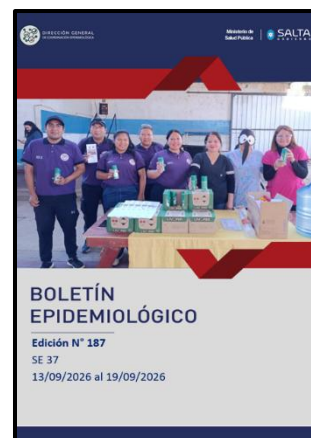
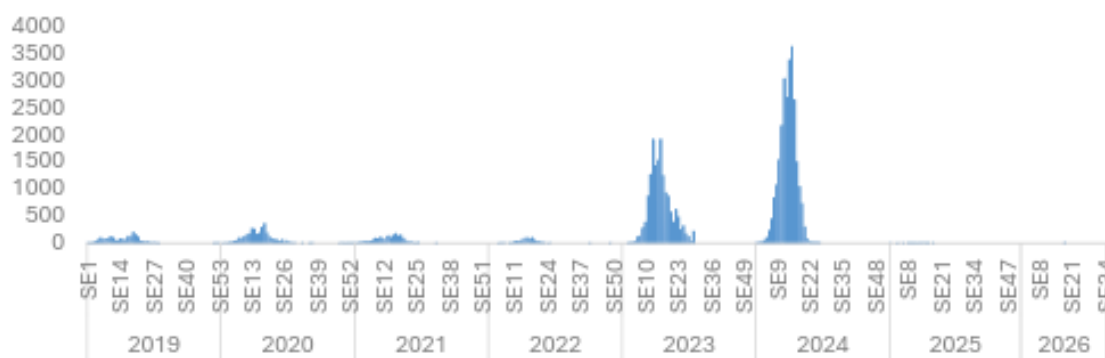


Gráfico 2.1. Dengue: casos confirmados por semana epidemiológica. Año 2019 – 2026 (hasta se 37). Provincia de salta.



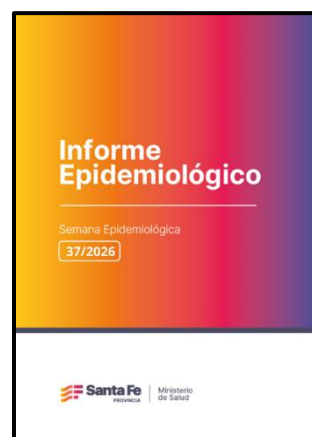
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

<http://saladesituacion.salta.gov.ar>

VI.2. Santa Fe: Leptospirosis

En lo que va del 2026 (SE1/2026 a SE37/2026) fueron notificados 615 casos de los cuales 80 casos (12%) corresponden a casos confirmados o probables. Para el mismo período (enero hasta agosto) los casos confirmados y probables fueron 62 casos en 2024, 41 casos en 2025 y 80 casos en lo informado durante 2026.



Distribución de casos confirmados y probables de Leptospirosis por año según departamento de residencia habitual. Provincia de Santa Fe. Período 2024-2026 (hasta SE37/2026). N= 219

Departamento	2024	2025	2026	Total
Belgrano	0	3	1	4
Caseros	2	3	4	9
Castellanos	2	1	2	5
Constitución	0	1	0	1
Garay	1	1	7	9
General López	3	3	1	7
General Obligado	6	6	12	24
Iriondo	1	1	0	2
La Capital	8	15	15	38
Las Colonias	3	1	1	5
9 de Julio	1	0	0	1
Rosario	25	22	13	60
San Cristóbal	2	0	4	6
San Javier	2	0	7	9
San Jerónimo	4	1	4	9
San Justo	1	0	0	1
San Lorenzo	4	4	4	12
San Martín	3	3	2	8
Vera	5	1	3	9
Total	73	66	80	219

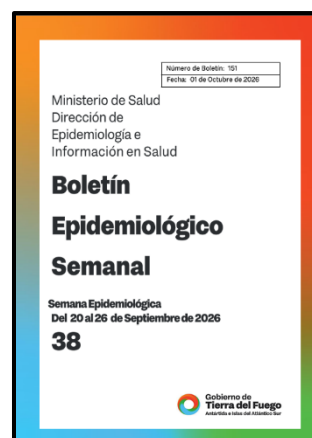
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

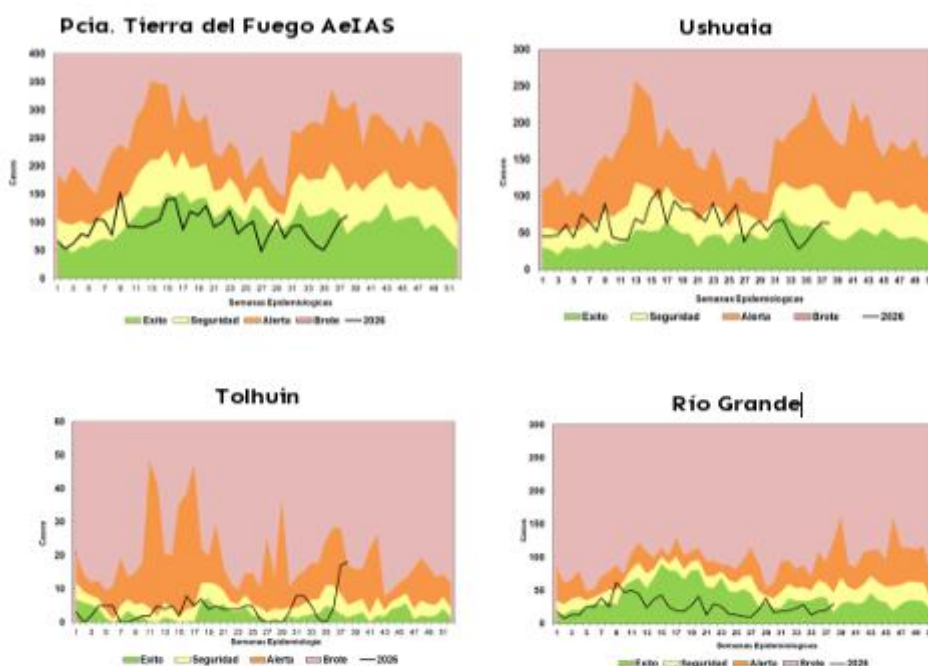
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

VI.3. Tierra del fuego: Diarreas agudas

Hasta la SE 38 en 2026, se notificaron 3.769 casos de diarrea aguda en el SNVS 2.0 en la modalidad “agrupadas” en toda la provincia. En el año 2026, se observa una disminución del 30% de los casos registrados a nivel provincial con respecto al mismo período del año 2025.



Localidad	Casos 2025	Casos 2026	% Variación interanual
Río Grande	2291	988	-57%
Tolhuín	227	157	-31%
Ushuaia	2861	2624	-8%
Tierra del Fuego	5379	3769	-30%

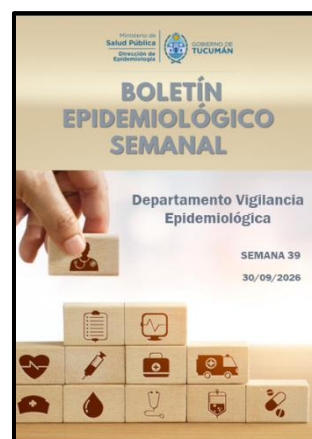


Para más información:

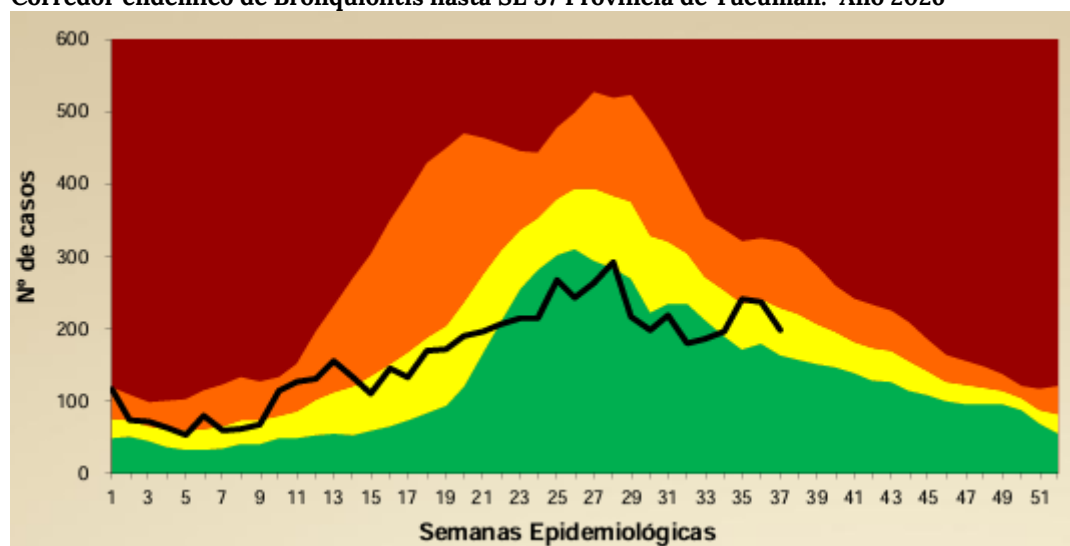
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/>

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

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 37 se notificaron 199 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis hasta SE 37 Provincia de Tucumán. Año 2026



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología Tucumán.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2025 remitirse al siguiente documento: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/anuario_herramientas_2025.pdf

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Septiembre	Citomegalovirus	Laboratorio	Técnicas	Para la técnica "Afinidad IgG anti Citomegalovirus", se adiciona: "Método Inmunoenzimático por Fluorescencia (ELFA)" y "Quimioluminiscencia (CMIA)", "ELISA"; para la técnica "IgG", se adiciona "Método Inmunoenzimático por Fluorescencia (ELFA)", "Quimioluminiscencia (CMIA)" y "ELISA"; para la técnica "IgM", se adiciona: "Método Inmunoenzimático por Fluorescencia (ELFA)". "Quimioluminiscencia (CMIA)" y "ELISA".
	Fiebre Q	Laboratorio	Muestras	Se adiciona: "Sangre entera"
			Determinación	Se adiciona: "Detección de genoma de Coxiella burnetii"
			Técnicas	Para la determinación: "Detección de genoma de Coxiella burnetii". Se adiciona la técnica: "PCR convencional"
	Hantavirus	Clínica	Diagnóstico Referido/Estadíos clínicos	Se deshabilita: "Fase diurética", "Fase de convalecencia"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
	Insuficiencia Cardíaca descompensada - Primera internación	Se crea nuevo evento		
	Insuficiencia Cardíaca descompensada - Internaciones ulteriores			
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)	Se adiciona la técnica “Cultivo” para la determinación “Aislamiento e identificación de Staphylococcus aureus ”		