

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 751

Semana epidemiológica 14
AÑO 2025
Desde 30/03 al 05/04
Fecha de publicación
14/04/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

Sarampión: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, M. Agustina La Regina Coce¹, Manuel Gonzalez Picasso¹, Julián Antman¹, Cecilia González Lebrero¹.

EVENTOS PRIORIZADOS

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Pilar Plantamura¹, Lucia Valenzuela Chanteford¹, Karina Chaves¹, Esteban Couto², Julieta Siches³, Lucía Maffey³, Julián Antman¹, Cintia Fabbri⁴, Victoria Luppo⁴, María Alejandra Morales⁴.

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto¹, María Paz Rojas Mena¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Lara Victoria Gomez¹.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Chagas en embarazadas y Chagas congénito – Actualización informe epidemiológico: Tamara Wainzinger¹, Antonella Vallone¹, Susana Lloveras³, Carla Tabachi³, Yael Provecho³, Federico M. Santoro¹.

Leishmaniasis mucosa y cutánea – Informe epidemiológico: Esteban Couto², Julieta Siches³, Celeste Castillo³, Dalila Rueda¹.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Abril Joskowicz¹, Soledad Castell¹.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone¹, Morena Diaz¹, Laura Bidart¹, Agustina Page¹, Martina Prina¹.

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia: Alexia Echenique Arregui¹, Leonardo Baldivieso¹, Estefanía Cáceres¹, Mariel Caparelli¹, Ana Laura Parenti¹, Paula Rosin¹, Guillermina Pierre¹, Juan Pablo Ojeda¹, Julio Tapia¹.

Compilación: Sebastián Riera¹, Franco Ormeño Mazzochi¹.

Coordinación General: Cecilia González Lebrero¹ y Julián Antman¹.

¹ Dirección de Epidemiología.

² Instituto Nacional de Medicina Tropical.

³ Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.

⁴ Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", INEVH - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

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:

Imagen de Amastigotes de *Leishmania amazonensis*-aumento 100x aportada por Vanesa Negri. Área interdisciplinaria de leishmaniasis I.N.P ANLIS.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°751, SE 14.

I. Editorial del BEN 747

En el BEN 740, presentamos la renovación de este ya consolidado Boletín Epidemiológico Nacional. Comentamos que no cambiaba de nombre, pero sí su estética y sus contenidos. También contamos que el nuevo BEN presentaría cambios graduales y en esa publicación propusimos el primero de éstos: la nueva estética que está en curso.

Dentro de estos cambios graduales, el segundo agregado fue la inclusión de la nueva sección: "Actualización periódica de eventos". En este contexto, estamos muy satisfechos con haber podido presentar, hasta ahora, la situación epidemiológica de los siguientes eventos: Psitacosis, Sífilis durante la gestación y Sífilis congénita, Tuberculosis, Fibrosis Quística, Hepatitis A, Chagas en embarazadas y Chagas congénito, Alacranismo y Fiebre hemorrágica Argentina (FHA). Además, en la actual publicación, estamos incorporando nuevamente la situación de Hepatitis A. De esta manera, damos cuenta de la primera actualización periódica efectiva... luego vendrá Psitacosis y el resto de los eventos de acuerdo a la periodicidad propuesta.

En esta misma línea, este BEN introduce la última de las innovaciones prometidas: la tabla de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Presentamos dos tablas comparativas que muestran los casos actuales frente a la mediana de los últimos cinco años, lo que facilita una visualización clara y directa de la situación epidemiológica actual. Estas tablas son el primer paso hacia análisis más profundos y detallados que se desarrollarán en futuros informes, donde se abordarán las características específicas de cada evento según el lugar, el tiempo y la población afectada.

Estos cambios representan nuestro compromiso continuo con la mejora de la calidad de la información y la utilidad práctica del BEN. Buscamos no solo presentar datos, sino también ofrecer herramientas que apoyen la toma de decisiones en salud y la formulación de políticas públicas acordes a la situación epidemiológica. Mirando hacia el futuro, estamos explorando nuevas formas de integrar tecnologías de información que permitan actualizaciones más dinámicas y una interacción más efectiva con todos los interlocutores de esta publicación.

Confiamos en que estos avances contribuirán a una comprensión más completa y matizada del proceso salud-enfermedad en Argentina, y reforzarán la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a los desafíos epidemiológicos actuales y futuros.

¡Hasta la próxima!



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología

II. Sobre este BEN

En este nuevo número del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN), a través de un abordaje integral, se presentan eventos priorizados, situaciones emergentes y temas de relevancia sanitaria, con información consolidada y herramientas para la vigilancia y la toma de decisiones en todos los niveles del sistema.

Se actualiza, como en cada edición, la información de 80 eventos de notificación obligatoria, a partir de los datos notificados por todas las jurisdicciones. Las tablas disponibles incluyen eventos nominales confirmados, notificados y agrupados, tanto clínicos como laboratoriales, junto con notas metodológicas que facilitan su adecuada interpretación.

Dentro de las situaciones epidemiológicas emergentes, continúa presentándose un seguimiento detallado del brote de sarampión, con un análisis que abarca el escenario mundial, regional y nacional, y un apartado específico sobre los casos confirmados en Argentina en 2025. Se incluyen además recomendaciones actualizadas para la comunidad y los equipos de salud, con foco en las medidas de vigilancia, prevención y actuación ante casos y contactos.

El boletín dedica un capítulo central a la vigilancia de dengue y otros arbovirus. Se describen la situación regional y nacional, el contexto histórico y la temporada actual, así como la distribución por regiones y jurisdicciones, el análisis por serotipos, los casos de dengue durante el embarazo y los indicadores de gravedad y mortalidad. También se actualiza la vigilancia de fiebre amarilla y otros arbovirus, y se incluyen los datos más recientes sobre vigilancia entomológica a través de sensores de oviposición e índices larvarios.

La sección sobre infecciones respiratorias agudas incluye datos integrando la vigilancia clínica y laboratorial. Se presentan los datos nacionales sobre ETI, neumonía y bronquiolitis, y se detallan los aportes de la red centinela y la vigilancia universal a través de laboratorios.

En la actualización periódica se incluyen dos informes epidemiológicos: uno sobre Chagas en embarazadas y Chagas congénito, y otro sobre Leishmaniasis cutánea y mucosa. Ambos incorporan información histórica y actual, situación regional y nacional, y recomendaciones clave para la vigilancia y respuesta.

Este BEN también destaca contenidos de boletines provinciales recientes, abordando eventos como dengue, diarreas, hepatitis A, virus respiratorios y síndrome febril inespecífico. Finalmente, se comparten herramientas clave para fortalecer la vigilancia, incluyendo actualizaciones en el SNVS 2.0, novedades sobre la Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025, y nuevas ediciones de los cursos virtuales sobre dengue y el SNVS 2.0.

Contenido

I. Editorial del BEN 747	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS.....	9
III. Tablas de ENO seleccionados	10
III.1. Introducción	10
III.2. Nota metodológica	10
III.2.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.2.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.3. Eventos nominales confirmados.....	11
III.4. Eventos nominales notificados y confirmados.....	12
III.5. Eventos agrupados clínicos.....	13
III.6. Eventos agrupados laboratoriales	14
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla.....	14
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES.....	16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	17
IV.1. Introducción	17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	17
IV.3. Situación actual en Argentina	19
IV.3.A. Casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025	22
IV.4. Recomendaciones para la comunidad	25
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud	25
IV.5.A. Vigilancia epidemiológica.....	25
IV.5.B. Medidas de prevención.....	26
IV.5.C. Medidas ante casos y contactos.....	27
EVENTOS PRIORIZADOS.....	29
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	30
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	30
V.1.A. Subregión Cono Sur.....	30
V.2. Situación de dengue en Argentina.....	33
V.2.A. Situación histórica	33
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis	35
V.2.C. Temporada actual.....	35
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento	37
V.2.E. Situación según serotipos circulantes	41
V.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”	42
V.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue	43
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus.....	44
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina	45
V.4. Vigilancia entomológica.....	46
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	46
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE10 (2025).....	47
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	50
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	53
VI.1. Nota Metodológica	53
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	53
VI.2.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis.....	54
VI.2.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	54
VI.2.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios.....	55
VI.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	55
VI.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI).....	55
VI.3.B. Neumonía.....	56
VI.3.C. Bronquiolitis	58
VI.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios.....	59

VI.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	62
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS.....	65
VII. Chagas en embarazadas y Chagas congénito - Actualización informe epidemiológico	66
VII.1. Introducción	66
VII.2. Chagas en embarazadas en Argentina.....	66
VII.2.A. Nota metodológica	66
VII.2.B. Situación de Chagas en embarazadas en Argentina	67
VII.3. Chagas congénito	74
VII.3.A. Nota metodológica	74
VII.3.B. Situación de Chagas congénito en Argentina	74
VII.4. Conclusiones	77
VIII. Leishmaniasis Cutánea y Mucosa - Informe epidemiológico	78
VIII.1. Introducción	78
VIII.2. Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis cutánea y mucosa	78
VIII.3. Situación regional.....	79
VIII.4. Leishmaniasis Cutánea y Mucosa en Argentina	81
VIII.4.A. Nota metodológica	81
VIII.4.B. Histórico.....	82
VIII.4.C. Situación actual de Leishmaniasis Cutánea	82
VIII.4.D. Situación actual de Leishmaniasis Mucosa	86
VIII.5. Objetivos de la vigilancia de la Leishmaniasis Cutánea y Mucosa	87
VIII.6. Recomendaciones	87
VIII.6.A. Prevención	87
VIII.6.B. Medidas ante casos y contactos	87
VIII.6.C. Medidas ante brotes.....	88
VIII.7. Conclusiones	88
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES	89
IX. Boletines jurisdiccionales	90
IX.1. CABA: Dengue.....	90
IX.2. Chubut: Diarreas.....	91
IX.3. Mendoza: Virus respiratorios.....	92
IX.4. Salta: Hepatitis A	93
IX.5. Santa Fe: Dengue	94
IX.6. Tierra del fuego: Respiratorias.....	95
IX.7. Tucumán: Síndrome Febril Agudo Inespecífico	96
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....	97
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	98
XI. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.	100
XI.1.A. Información detallada sobre la residencia:	100
XI.1.B. Charlas informativas:.....	100
XI.1.C. Profesiones habilitadas a concursar:	100
XI.1.D. Publicación de información definitiva del Concurso Unificado:	100
XII. 1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”	101
XIII. 4º Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”	102

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

III.1. Introducción

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

- **Primera tabla:** Muestra 27 eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.
- **Segunda tabla:** Contiene 25 **eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.
- **Tercera tabla:** presenta 23 **eventos agrupados clínicos**, construidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.
- **Cuarta tabla:** muestra 5 **eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

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

III.2. Nota metodológica

III.2.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

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

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

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

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

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

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

III.2.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.3. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-14. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-14	2025 Acumulados SE 1-14	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. prevenibles por vacunas	Parotiditis	61	250	189	310%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	3	3	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	54	52	-2	-4%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rágico (APR)	2.362	5.135	2.773	117%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	141	191	50	35%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	60	65	5	8%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	2	2	0	0%
	Cisticercosis	1	4	3	300%
	Escorcionismo o Alacranismo	1.904	3.361	1.457	77%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	193	372	179	93%
	Ofidismo-Género Crotalus (casquero, mboi-chiní)	9	28	19	211%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	3	12	9	300%
	Brucelosis	29	31	2	7%
Infecciones respiratorias agudas	Hantavirosis	22	21	-1	-5%
	Legionelosis	3	7	4	133%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	393	428	35	9%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	4	0	0%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	13	12	1200%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	14	14	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	2.999	2.999	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	231	231	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	168	168	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacteriales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	2.530	3.488	958	38%

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

III.4. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-14. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-14		2025 Acumulados SE 1-14		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	200	1	1.984	18	1.784	892%	17	1700%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	200	0	1.984	0	1.784	892%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	509	251	715	223	206	40%	-28	-11%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	36	0	27	0	-9	-25%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	35.859	17.730	35.249	8.967	-610	-2%	-8.763	-49%
	Encefalitis de San Luis	95	4	118	0	23	24%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	64	0	108	0	44	69%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	13	0	28	0	15	115%	0	N/A
	Zika	754	0	568	0	-186	-25%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	74	18	77	26	3	4%	8	44%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	791	23	920	73	129	16%	50	217%
	Psitacosis	124	25	324	78	200	161%	53	212%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	385	18	429	18	44	11%	0	0%
	Sífilis Congénita	750	252	248	238	-502	-67%	-14	-6%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	0	0	0	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	781	715	509	426	-272	-35%	-289	-40%
	Sífilis en embarazadas	2.655	2.324	3.130	2.936	475	18%	612	26%
	Hepatitis B en embarazadas	0	16	41	9	41	N/A	-7	-44%
Hepatitis virales	Hepatitis A	34	9	99	49	65	191%	40	444%
	Hepatitis B	699	167	864	189	165	24%	22	13%
	Hepatitis C	660	315	625	361	-35	-5%	46	15%
	Hepatitis E	11	1	8	1	-3	-27%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	7.766	5.829	13.402	11.333	5.636	73%	5.504	94%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	91	44	145	119	54	59%	75	170%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	64	12	64	N/A	12	N/A

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

III.5. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-14. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-14	2025 Acumulados SE 1-14	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	242.485	216.932	-25.553	-11%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	611	486	-125	-20%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	167	111	-56	-34%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	10.892	7.382	-3.510	-32%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	186.937	131.066	-55.871	-30%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	11.107	9.402	-1.705	-15%
	Neumonía (sin especificar)	15.986	11.082	-4.904	-31%
Lesiones	Siniestros viales - Peatón	0	1.231	1.231	N/A
	Siniestros viales - Ciclista	0	942	942	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	6.859	6.859	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	505	505	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	1.598	1.598	N/A
	Mordedura de perro en la vivienda	2	1.682	1.680	N/A
	Mordedura de perro sin especificar	18	8.624	8.606	N/A
	Mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	1.745	1.744	N/A
	Mordedura de perro conocido en la vía pública	3	735	732	N/A
	Electrocución	0	207	207	N/A
	Atragantamiento	0	248	248	N/A
	Caídas y golpes	0	17.613	17.613	N/A
	Cortes y quemaduras	0	7.043	7.043	N/A
	En el hogar sin especificar	0	9.794	9.794	N/A
	Ahogamiento por inmersión	0	174	174	N/A
	Otras en el hogar	0	6.768	6.768	N/A

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

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

III.6.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

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

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas,

permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-14. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-12		2025 Acumulados SE 1-12		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	991	62	765	43	-226	-23%	-19	-31%
	Infección por Mycoplasma genitalium	190	3	193	6	3	2%	3	100%
	Infección por Mycoplasma hominis	633	58	616	87	-17	-3%	29	50%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	4.346	160	1.118	82	-3.228	-74%	-78	-49%
	Infección por Trichomonas vaginalis	7.836	710	3.414	502	-4.422	-56%	-208	-29%

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

SITUACIONES **EPIDEMIOLÓGICAS** EMERGENTES

IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión

IV.1. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. **El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por 2 horas.**

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la **vacunación**.

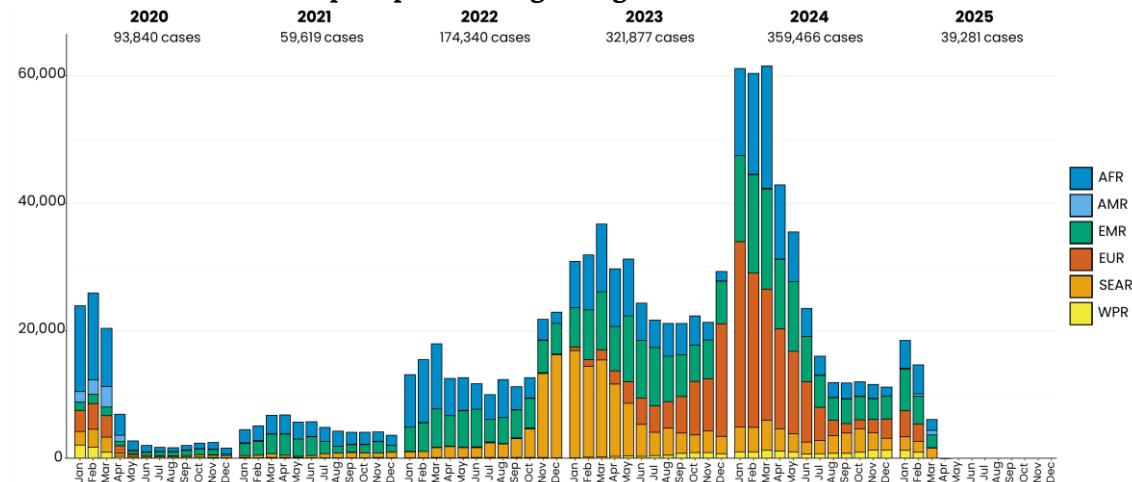
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En 2025, entre la SE 1 y la SE 11, en la Región de las Américas, 507 casos han sido confirmados, incluyendo dos defunciones⁵.

Según el CDC⁶, hasta el 3 de abril del 2025, 22 jurisdicciones (Alaska, California, Colorado, Florida, Georgia, Kansas, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Maryland, Michigan, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Oklahoma, Ohio, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Vermont y Washington) notificaron un total de 607 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 6 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 93% de los casos (567 de 607) están asociados a un brote. En comparación, durante el 2024, se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a un brote.

⁵<https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgo-para-salud-publica-relacionada-con-sarampión-implicaciones-para-region>

⁶<https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

Gráfico 1. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Año 2020 a 2025.

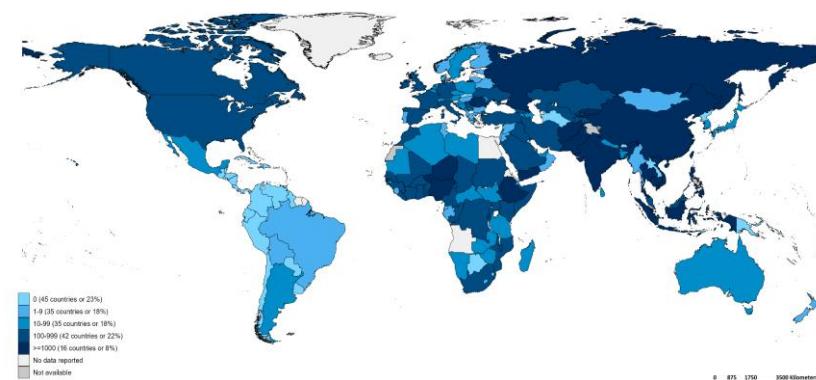
Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=13/04/2025> (consultado 13/04/2025)

Tabla 1. Casos de sarampión según región y por mes de la OMS. Año 2025.**2025**

Region	Member States*	Suspected MR cases	Measles cases	Clin	Epi	Lab	Date Received
AFR	37/47	19,678	10,623	2,882	3,238	4,503	2025-04
AMR	24/35	3,339	1,267	0	185	1,082	2025-04
EMR	19/21	19,062	12,867	6,210	382	6,275	2025-04
EUR	43/53	9,747	6,841	1,592	2,048	3,201	2025-04
SEAR	11/11	24,486	5,498	2,863	624	2,011	2025-04
WPR	22/27	5,756	2,185	687	2	1,496	2025-04
Total	156/194	82,068	39,281	14,234	6,479	18,568	

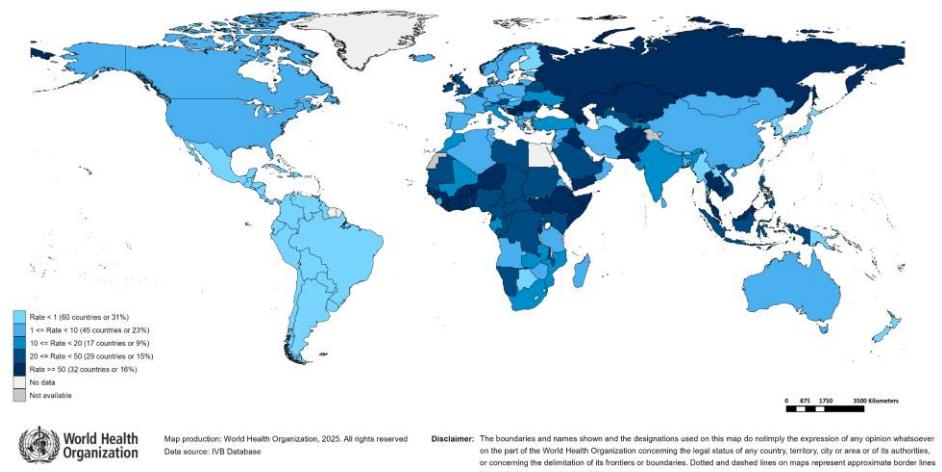
Region	Jan	Feb	Mar	Apr
AFR	4,400	4,528	1,695	0
AMR	120	383	738	26
EMR	6,522	4,367	1,974	4
EUR	4,076	2,723	42	0
SEAR	2,150	1,717	1,631	0
WPR	1,247	938	0	0
Total	18,515	14,656	6,080	30

Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=13/04/2025> (consultado 13/04/2025)

Mapa 1. Casos de sarampión según países de la OMS. Últimos 6 meses.

Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=13/04/2025> (consultado 13/04/2025)

Mapa 2. Incidencia de sarampión por millón de habitantes según países de la OMS. Últimos 12 meses.



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 13/04/2025)

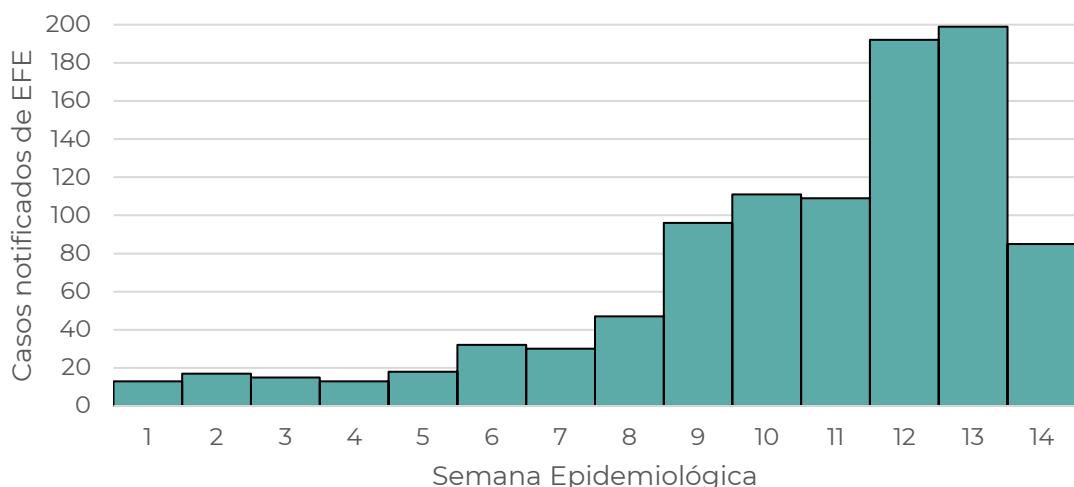
IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 977 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país. A partir de la semana 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en la semana 10, seguido de un aumento aún más considerable en la semana 12.

A la fecha, han sido confirmados 10 casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 9 casos en la provincia de Buenos Aires, sumando un total de 19 casos confirmados en el país. Tres casos del total son casos importados y trece de los casos relacionados a los casos importados.

Tres casos confirmados en las últimas semanas continúan bajo investigación epidemiológica para establecer posible nexo con las cadenas de transmisión de casos importados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE14 de 2025. N= 977



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

En el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018-2023*⁷ de la OMS nombra como línea estratégica de acción 2: Fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Dentro de esa línea se encuentra el Objetivo 2.1 *Monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita*, donde se encuentran los siguientes indicadores para lograrlo:

2.1.1 Número de países que cumplen con la **tasa anual mínima** establecida de casos sospechosos de sarampión/rubéola (al menos 2 casos sospechosos de sarampión/rubéola por 100.000 habitantes al año) y con al menos tres de los otros cinco indicadores:

- 1) Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben investigación adecuada.
- 2) Al menos en el 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.
- 3) Al menos el 80% de las muestras llegan al laboratorio en un plazo máximo de cinco días.
- 4) Al menos el 80% de los resultados de laboratorio se notifican en un plazo máximo de cuatro días.
- 5) Tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (1 por 10.000 nacidos vivos).

A continuación, se muestra la tabla con los casos confirmados por provincias, además de la tasa esperada por jurisdicción y como es el cumplimiento de las mismas a la fecha.

⁷ <https://www.paho.org/es/documentos/cd61inf6-plan-accion-para-sostenibilidad-eliminacion-sarampion-rubeola-sindrome-rubeola>

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE14 de 2025⁸.

Jurisdicción	Confirmado	Notif. totales actuales	Tasa c/100-mil	Notif. mínimas esperadas actuales	Notif. esperadas anuales
Buenos Aires	9	550	3	101	367
CABA	10	258	8,3	17	62
Catamarca		5	1,2	2	9
Chaco		3	0,2	7	25
Chubut		13	1,9	4	13
Córdoba		34	0,9	22	79
Corrientes		1	0,1	6	23
Entre Ríos		17	1,2	8	29
Formosa		1	0,2	3	13
Jujuy		3	0,4	4	16
La Pampa		6	1,6	2	7
La Rioja		1	0,2	2	8
Mendoza		34	1,6	11	42
Misiones			0	7	27
Neuquén			0	4	14
Río Negro		2	0,3	4	16
Salta		7	0,5	8	30
San Juan		7	0,9	5	16
San Luis		3	0,6	3	11
Santa Cruz		4	1	2	8
Santa Fe		14	0,4	20	73
Sgo. del Estero		2	0,2	6	21
T. del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		11	0,6	10	36
Total	19	977	2,1	260	949

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

En la tabla precedente se observan 4 situaciones. En primer lugar, las jurisdicciones que presentan notificaciones por encima de lo esperado para la fecha, esto se tiene en cuenta en virtud de las notificaciones esperadas al 11 de abril a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 101. Por este motivo, las 550 que se constatan en esta

⁸ Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE12, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas jurisdicciones superaron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperado también se encuentran: Catamarca, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, San Juan, Santa Cruz y Tucumán. Las provincias de San Luis y Tierra del Fuego presentan la misma cantidad de notificaciones que las esperadas (verde más claro).

En rosado se muestra la tercera situación posible: aquellas jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas, pero al menos una. Aquí se encuentran Chaco, Corrientes, Formosa, Jujuy, La Rioja, Rio Negro, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero.

Por último, la cuarta situación (rojo): dos jurisdicciones no presentan sospechas de EFE en lo que va del año. De esta manera no hay sospechas notificadas en Misiones y en Neuquén.

IV.3.A. CASOS CONFIRMADOS DE SARAPIÓN EN ARGENTINA - 2025

En Argentina, durante 2025, se han confirmado un total de 18 casos de sarampión distribuidos entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires (PBA). La mayoría de los casos se concentran en la comuna 14 de CABA y en áreas específicas de PBA.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

Se han confirmado 10 casos. Nueve de ellos están vinculados a los casos importado detectado en la comuna 14 en febrero de 2025, ya sea por contacto, por transmisión comunitaria en la zona de residencia o en sala de espera hospitalaria. Cinco de los casos residen en edificios de propiedad horizontal en la comuna 14. Los otros 5 residen en las comunas 1, 4 y 12.

- La transmisión se ha dado principalmente entre convivientes o contactos laborales en áreas de proximidad al caso importado.
- Cuatro de los casos se consideran de transmisión comunitaria debido a la ausencia de un contacto directo identificable con casos confirmados.
- Uno de los casos no cuenta con vínculo comprobado con el resto de los casos. No se pudo obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas.

Provincia de Buenos Aires (PBA):

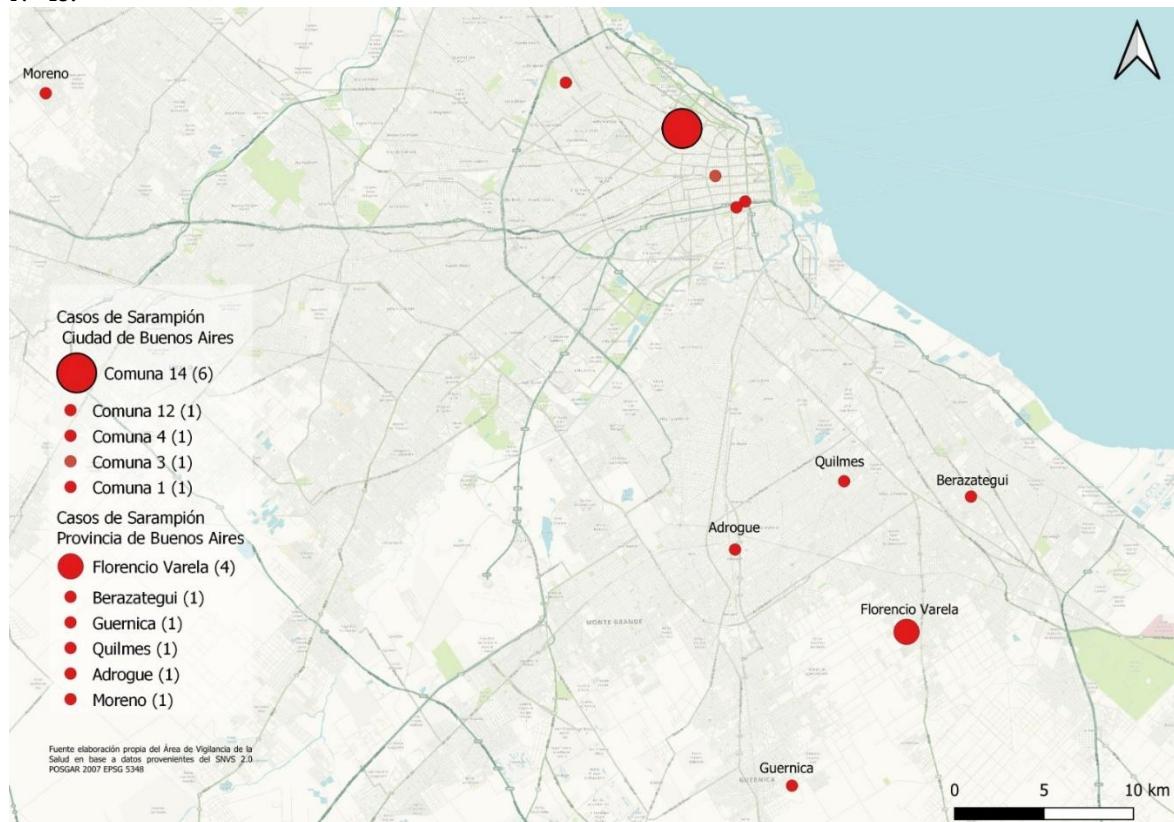
Se han confirmado 9 casos. De estos, seis presentan vínculos epidemiológicos claros con los casos de CABA o entre sí.

- Un caso presenta antecedente de viaje a Tailandia, con genotipificación que descarta relación epidemiológica con el resto de los casos y plantea una nueva cadena de transmisión.
- De los casos confirmados identificados en las últimas semanas, uno corresponde a contactos identificados en la investigación epidemiológica mientras que en el segundo no es posible aún determinar el nexo con las cadenas de transmisión.
- El último caso confirmado corresponde a un contacto hospitalario de la misma cadena de transmisión iniciada en enero de este año.

El análisis de la situación indica un brote activo con cadenas de transmisión bien definidas y algunos casos comunitarios aún sin nexo establecido. La vigilancia epidemiológica se mantiene en curso para identificar contactos, intentar cortar las cadenas de transmisión y minimizar la dispersión del virus.

En el siguiente mapa puede visualizarse la distribución espacial de los casos confirmados.

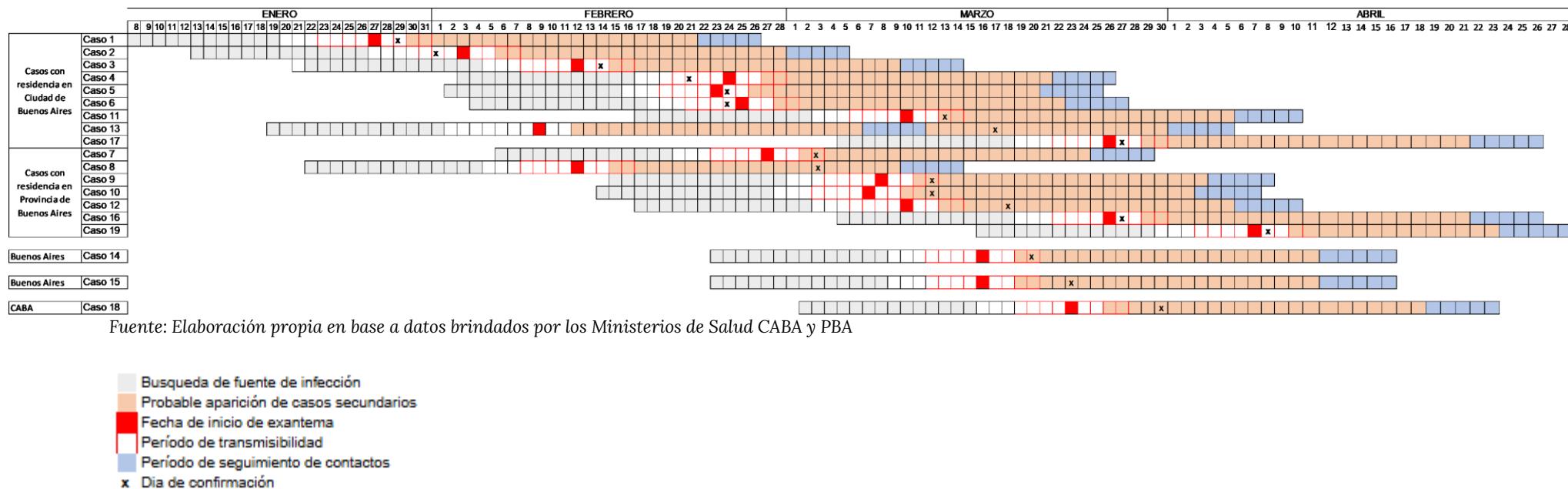
Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 19.



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

A continuación, se describen las líneas temporales de los casos. Los casos referidos en las últimas líneas (casos 14, 15 y 18) separadas del resto se tratan de casos en donde no se pudo establecer contacto con casos confirmados de las cadenas de transmisión de casos importados y se encuentran en investigación para encontrar fuente de infección.

Figura 1. Líneas temporales de los casos de sarampión.



Dos de los casos requirieron internación por neumonía, los demás casos fueron manejados de manera ambulatoria y todos evolucionaron favorablemente.

Diez de los casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del **genotipo B3**, mientras que el caso con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del **genotipo D8**.

Medidas ante brotes

Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 hs., ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica. Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, deben notificar al SNVS 2.0 dentro de las 24 hs. Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral según indicación dentro de las 72 hs. o gammaglobulina dentro de los 6 días del contacto.

IV.4. Recomendaciones para la comunidad

Resulta fundamental garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación contra el sarampión de acuerdo a las recomendaciones vigentes en los establecimientos con actividades educativas, deportivas, recreativas y sociales.

Las aulas y otros espacios donde se desarrollan las actividades mencionadas suponen el contacto estrecho entre niños, adolescentes y adultos, la convocatoria a reuniones y actos escolares con gran afluencia de personas y un incremento del desplazamiento de la población, constituyendo así un escenario que facilita la propagación del virus del sarampión en la comunidad.

IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud

Hay que tener en cuenta realizar un correcto *triage* de las personas sintomáticas que concurren a los centros asistenciales de salud para poder tomar las medidas de aislamiento respiratorio para evitar la exposición de las personas que se encuentran en ese momento y la contaminación durante 2 horas de los espacios en donde se encuentre el paciente.

IV.5.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria⁹.

⁹ Disponible en

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)¹⁰ al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

Definición y clasificación de caso:

Definición de Caso de EFE (caso sospechoso de sarampión/rubéola):

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola):

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_sarampion_y_rubiola_9102023.pdf

IV.5.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Todas las personas desde el año de vida deben tener esquema de vacunación completo contra el sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación:

- De **12 meses a 4 años**: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
- **Niños de 5 años y más, adolescentes y personas adultas** deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola.
- Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.
- El antecedente de vacunación se deberá constatar a través del registro nominal de vacunación o por presentación del carnet de vacunación donde conste el esquema completo para sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación.

Se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un **viaje**.

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

Ante el brote activo de sarampión en el AMBA y el riesgo de propagación del virus en la comunidad, se propone la implementación de una campaña de vacunación dirigida a la población objetivo residente en esta región. Consultar en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacuna_sarampion-2025.pdf

¹⁰ Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el SNVS 2.0, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemologia@msal.gov.ar

IV.5.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante casos SOSPECHOSOS y/o CONFIRMADOS:

- ✓ Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- ✓ Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
- ✓ Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- ✓ El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- ✓ Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.
- ✓ Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- ✓ Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs posteriores a la toma.

- ✓ **Vacunación dentro de las 48 a 72 hs:**
 - Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
 - Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
 - Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
 - Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Immunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La immunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- ✓ Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- ✓ Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

- ✓ Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:

[*ficha de sarampion y rubeola 1742024.pdf*](#)

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025:

[*alerta epidemiologica-sarampion 07032025_0.pdf*](#)

EVENTOS **PRIORIZADOS**

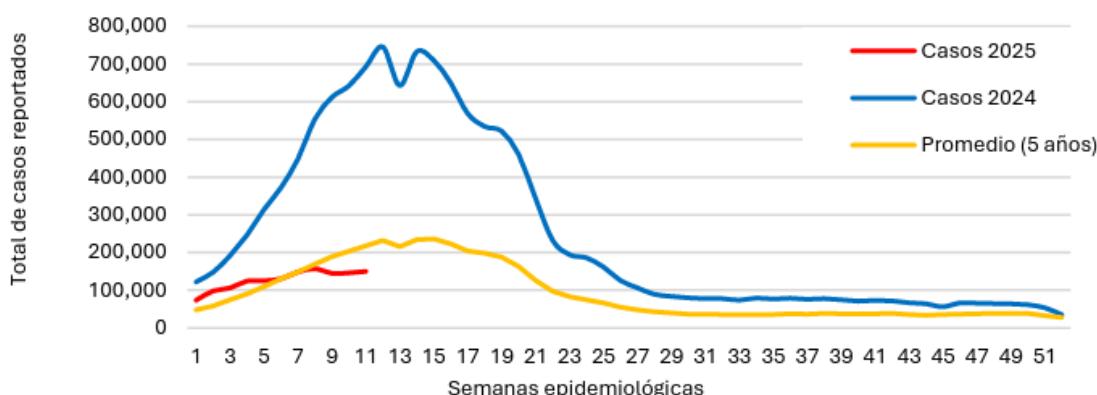
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 11, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 3 de abril.

Ala semana epidemiológica (SE) 11 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,402,479 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 138 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 68% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 2.5% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE11.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 11 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

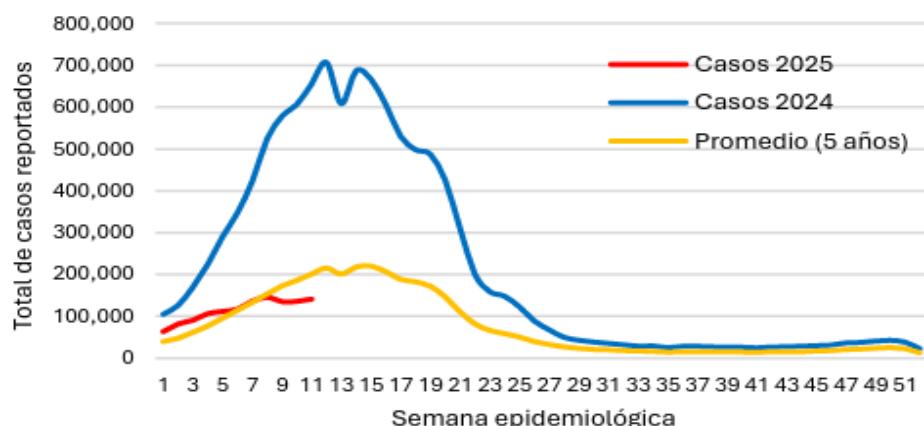
De los 1,402,479 casos de dengue reportados en las Américas, 510,687 casos (36%) fueron confirmados por laboratorio y 1,650 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 514 muertes por dengue, para una letalidad del 0.037%. Doce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 11. Estos países registran en conjunto 149,783 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 11. Del total de casos registrados en la SE 11, 87 fueron casos de dengue grave (0.05%) y se reportaron 10 muertes para una letalidad de 0.007%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 140,877 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 11. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 69% en comparación con la misma semana del 2024 y de 1% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Argentina presentan un incremento de 47% y Paraguay de 18% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

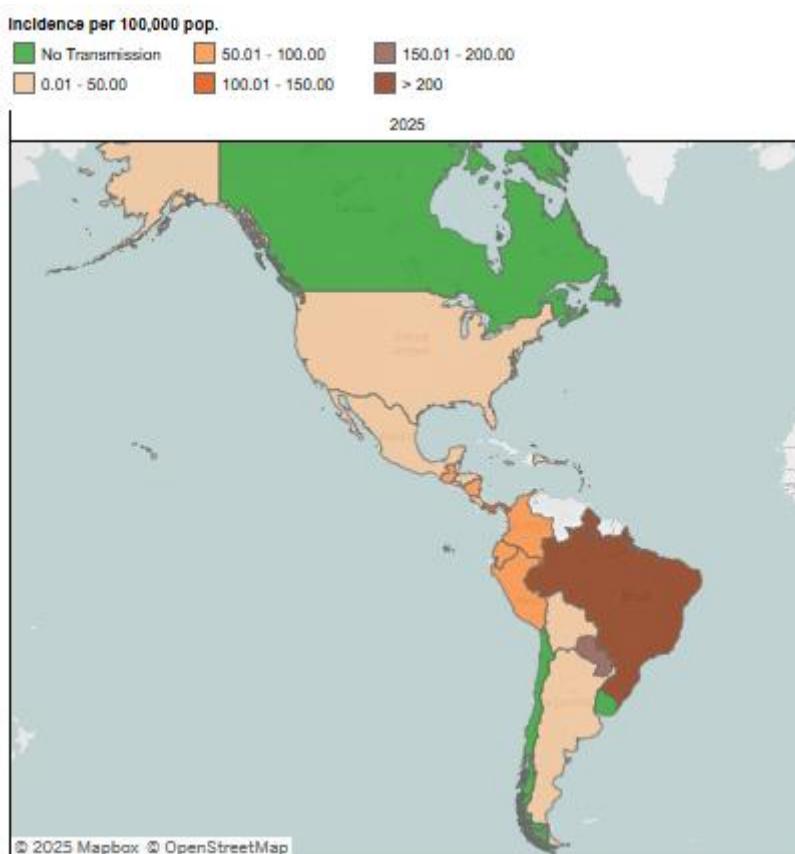
Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 11, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

En el mapa 1 se observa la incidencia acumulada de casos de dengue para el año 2025 en la región de las Américas, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de casos.

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



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

NOTA METODOLOGICA:

1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.

2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus

actualizada al 11/04/2025 en países regionales seleccionados¹¹. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas¹².

Brasil: hasta la SE 14/2025, se han reportado 1.566.535 casos de dengue, con 536 fallecimientos asociados, lo que representa un 71% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 91.967 casos, un 65% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 54 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 13/2025 se reportaron 6.715 casos, un 69% menos en comparación a la misma semana de 2024, con 2 fallecimientos registrados. En cuanto a Oropouche, durante 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones. El mayor número de casos se registró en los primeros meses del año, seguido de un descenso progresivo que se mantuvo hasta la SE 40, continuando con una tendencia ascendente a partir de la SE 43/2024. Hasta la SE 13/2025 se han confirmado 7.320 casos, un 45% más que lo registrado en el mismo período de 2024, sin fallecimientos por este evento.

Bolivia: hasta la SE 13/2025, se han reportado 10.532 casos de dengue, un 53% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 221 casos, lo que representa un descenso del 12% en comparación con el año previo. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 106 casos de zika, un 15% menos de lo registrado durante el mismo período de 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En cuanto a Oropouche, en 2024 se notificaron 356 casos confirmados, sin defunciones asociadas. Los casos se concentraron en los primeros meses del año hasta la SE 20/2024. Durante 2025 no se han registrado casos para este evento.

Paraguay: hasta la SE 12/2025, se han reportado 11.678 casos de dengue, un 94% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana se notificaron 3 casos, un 100% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que hasta la SE 12/2024 se habían reportado 2 casos.

Perú: hasta la SE 13/2025, se han notificado 22.627 casos de dengue, un 81% menos que el mismo período de 2024, con 28 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la misma semana se registraron 43 casos, un valor 16% mayor con respecto al año anterior. Asimismo, se han registrado 16 casos de zika hasta la SE 9/2025, mientras que a la misma semana de 2024 no se había notificado ningún caso. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año, sin defunciones asociadas. Hasta la SE 4/2025, se confirmaron 2 casos para este evento.

Durante el año en curso, se ha observado una disminución en los casos de dengue en todos los países mencionados, así como una reducción en los casos de chikungunya y zika en Brasil, Bolivia y Paraguay.

¹¹ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

¹² Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025> y <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

En relación con los serotipos de dengue, Bolivia registra circulación de DEN 1 y DEN 2. Perú y Paraguay reportan circulación de DEN 1, DEN 2 y DEN 3. Brasil, por su parte, registra circulación del serotipo DEN 4, además de los otros tres serotipos mencionados.

Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

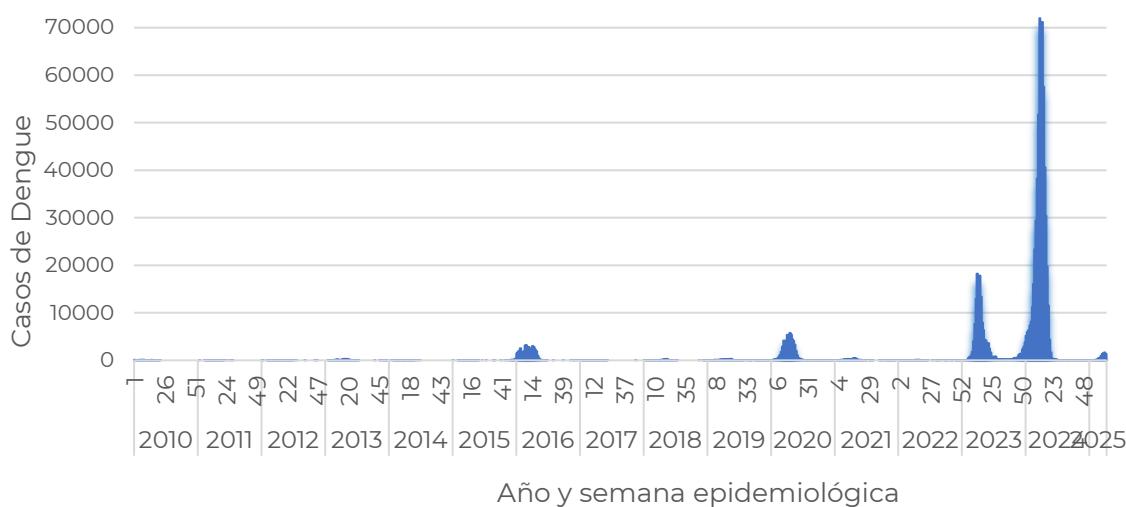
V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

Realizando un análisis histórico de la situación de Dengue se observa en el gráfico 4 que desde el año 2010 se evidencia una disminución en los intervalos Inter epidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1998, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 83% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE14/2025. Argentina. N=853.518

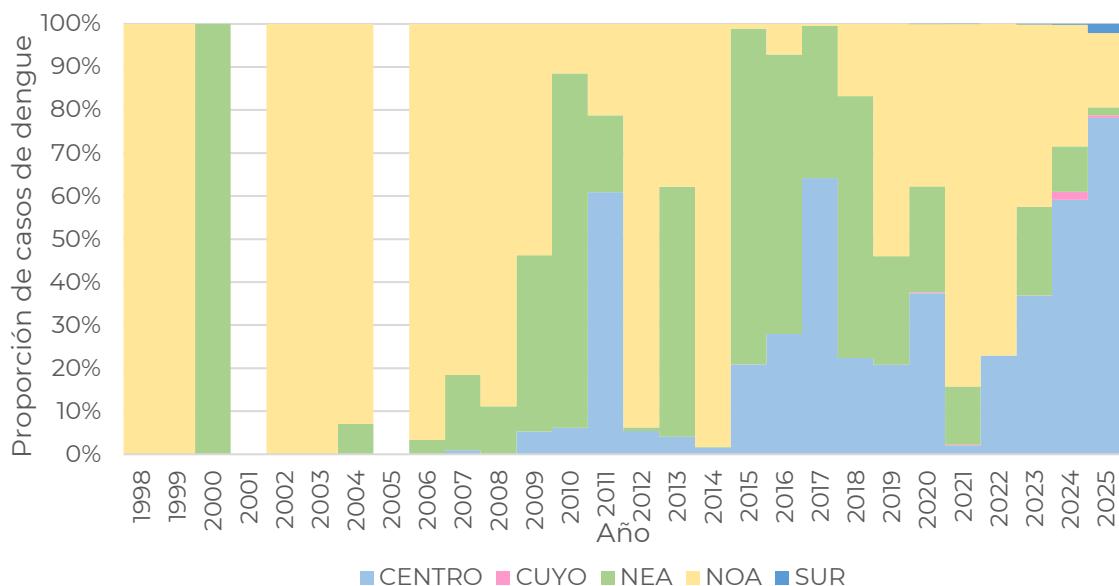


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La contribución de casos aportado por cada región al total nacional ha experimentado variaciones a lo largo de los años. Hasta el año 2008, las regiones del NOA, y en menor medida del NEA, aportaron la mayoría de los casos registrados. Sin embargo, a partir del año 2009, la región Centro comenzó a mostrar un incremento en su participación durante los años epidémicos. Desde entonces, esta región ha concentrado, en diversos períodos, una proporción considerable de los casos notificados, llegando a representar más del 50% del total nacional durante la epidemia de 2024.

Por su parte, la región de Cuyo ha reportado casos desde 2021, con una participación más destacada en los últimos dos años epidémicos. En la región Sur, durante los últimos dos años, se identificaron casos autóctonos en La Pampa, marcando un hito en la expansión territorial de la enfermedad.

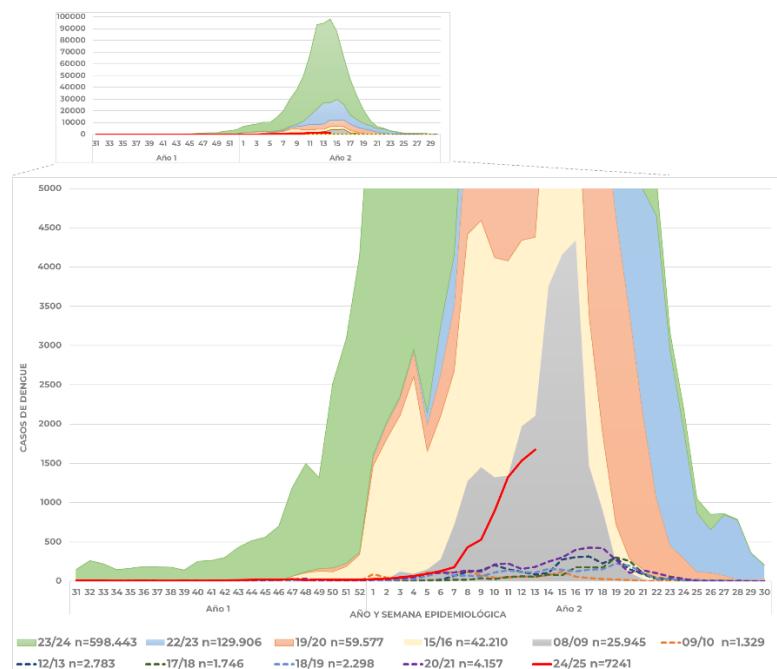
Gráfico 5. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia Argentina. Año 1998- 2025.



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

En los últimos cinco años, Argentina ha experimentado un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada invernal en la región del NEA y adelantamiento de los casos, evidenciando un cambio en la temporalidad.

Gráfico 6. Dengue: casos totales por semana epidemiológica. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas (áreas) y no epidémicas (líneas punteadas). 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).

En el Gráfico 6 se presenta una comparación de la temporada actual (línea continua roja), con los datos históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas

punteadas). Este análisis refleja los casos de dengue notificados según semana epidemiológica (SE), abarcando el período comprendido entre SE31/2008 y la SE13/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde la SE 41. Hasta la SE 4, la curva actual (roja) sigue una tendencia muy similar a la temporada 2020/2021 (n=4.157) teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE5, la temporada actual muestra un aumento progresivo, fundamentalmente a partir de la SE8, ubicándose en un escenario intermedio, cercano a la temporada 2008/2009 (el área gris del gráfico precedente, n=25.945).

En este contexto, si bien la situación epidemiológica actual no se asemeja a la elevada magnitud de casos registrada en las últimas dos temporadas epidémicas, su posición por encima de las temporadas no epidémicas subraya la necesidad de monitorear su evolución en las próximas semanas para determinar la tendencia definitiva de la temporada actual. Concomitantemente con esta descripción, es preciso tener en cuenta que se están comparando SE actuales con las de años cerrados, es por ello que se hace necesario reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación 2025.

Por lo dicho, se insta a los equipos de salud a fortalecer las estrategias de vigilancia, incluyendo la sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos.

V.2.B. PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA A EPIDEMIAS DE DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSES

Puede descargarse en forma completa desde: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf o visualizarse en los BEN previos al actual.

V.2.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE14/2025), se notificaron en Argentina 54.373 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 5077 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 4960 casos no registraron antecedentes de viaje (98%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 136¹³ casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹⁴. Se confirmaron 117 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Venezuela, Tailandia,

¹³ Durante la SE13, se modificaron la notificación de casos con antecedente de vacunación contra el dengue registrándose una modificación en el total con respecto a semanas previas.

¹⁴ En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE14/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁵), se notificaron 3957 casos sospechosos¹⁶ de los cuales 722 se confirmaron y 217 fueron clasificados como casos probables donde el 86% se encuentran en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 18 casos cada 100.000 habitantes¹⁷. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región NOA con 24 casos cada 100.000 habitantes, seguida por Centro con 22, NEA con 8, Sur con 6 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 76% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 17%, NEA con el 4%, Sur con el 2% y Cuyo con el 1%.

De acuerdo con la curva epidémica de la temporada 2024-2025:

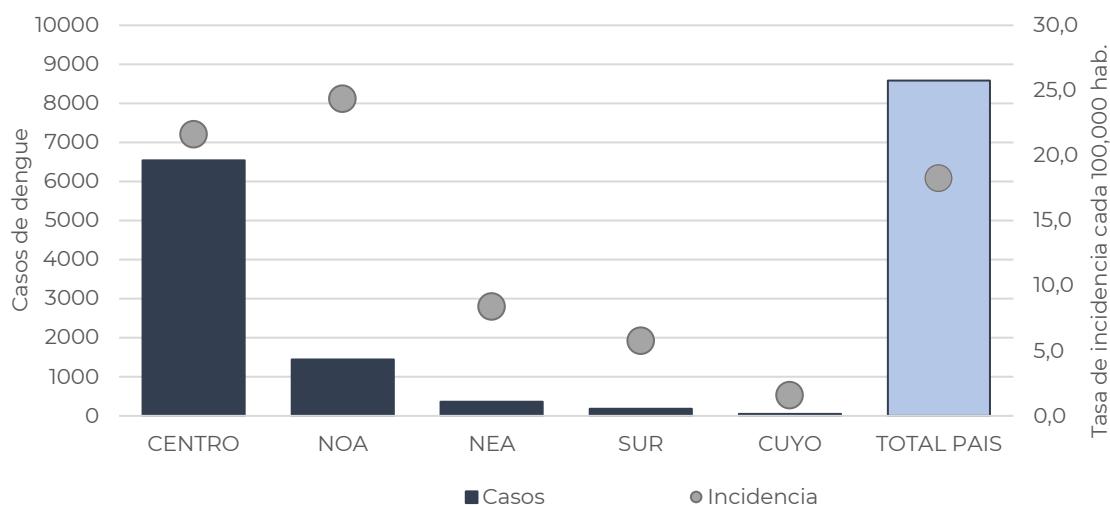
- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 2 (SE1) y 1674 (SE13), con un promedio de casos de 539.
- Es relevante señalar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.

¹⁵ Fecha de apertura

¹⁶ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

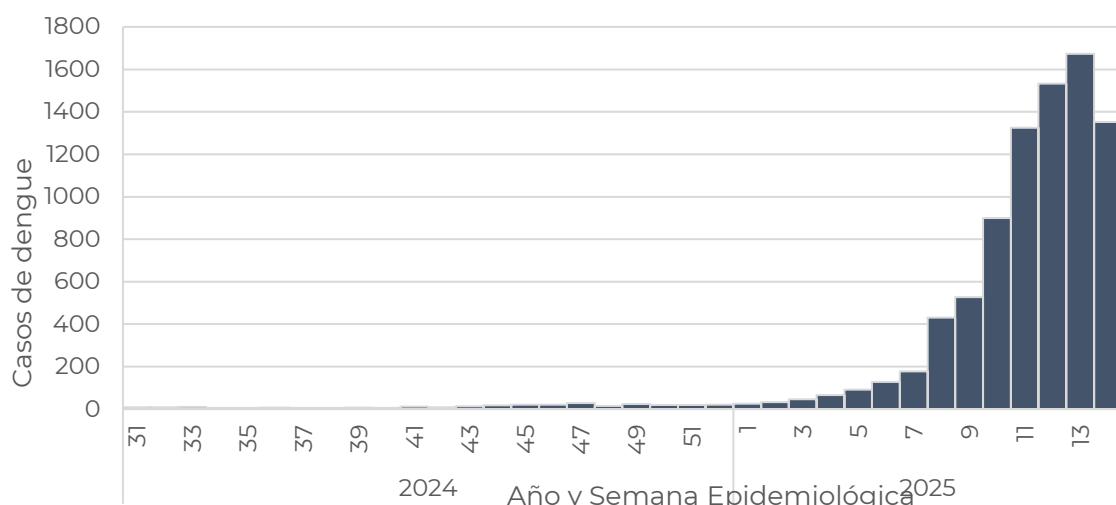
¹⁷ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 7. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab según Región. SE31/2024 a SE14/2025. Argentina.



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

Gráfico 8. Dengue: Casos confirmados¹⁸ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE14/2025. Argentina.



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

V.2.D. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

En la siguiente tabla se presentan los casos de Dengue y Dengue en embarazadas según clasificación, jurisdicción y región. Se excluyen de la presentación los casos relacionados con la vacunación y trasplantados.

¹⁸Incluye casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales. 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)

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE14/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	197	340	10	8	0	207	4575	1022	6152
CABA	73	105	14	2	0	87	1886	665	2745
Córdoba	1863	819	7	3	922	2792	6736	760	11110
Entre Ríos	61	66	4	5	6	71	687	12	841
Santa Fe	1348	391	47	6	1991	3386	2862	960	7605
Total Centro	3542	1721	82	24	2919	6543	16746	3419	28453
Mendoza	11	41	3	2	0	14	1613	102	1772
San Juan	0	2	1	1	0	1	323	12	339
San Luis	34	15	5	2	0	39	233	31	320
Total Cuyo	45	58	9	5	0	54	2169	145	2431
Chaco	4	193	1	0	0	5	2167	102	2467
Corrientes	23	31	1	0	0	24	387	98	540
Formosa	333	4	0	0	0	333	4864	51	5252
Misiones	2	18	1	3	0	3	1069	3	1096
Total NEA	362	246	3	3	0	365	8487	254	9355
Catamarca	7	8	5	2	1	13	812	2	837
Jujuy	0	0	0	0	0	0	958	3	961
La Rioja	73	39	0	0	0	73	996	7	1115
Salta	13	52	6	11	2	21	1905	80	2069
Santiago del Estero	0	33	1	1	0	1	914	271	1220
Tucumán	772	322	0	1	564	1336	4824	595	7078
Total NOA	865	454	12	15	567	1444	10409	958	13280
Chubut	0	0	4	3	0	4	25	2	34
La Pampa	142	25	8	1	22	172	456	52	706
Neuquén	0	2	2	0	0	2	32	7	43
Río Negro	0	0	0	1	0	0	4	0	5
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	43	5	50
Tierra del Fuego	0	0	0	3	0	0	12	1	16
Total Sur	142	27	15	9	22	179	572	67	854
Total País	4956	2506	121	56	3508	8585	38383	4843	54373

*Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación***C-E: Clínico-epidemiológico*

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

A partir del ajuste realizado en los indicadores, se actualiza la situación epidemiológica jurisdiccional:

Formosa: los casos del país se presentaron durante todas las semanas a expensas de las notificaciones aportadas principalmente por la provincia de Formosa. Desde la SE31 se registran conglomerados de casos en los departamentos **Patiño, Capital, Pilcomayo, Pilagás y Pirané**, de poca cuantía. Desde la SE52/2024 hasta la SE4/2025 se observó un aumento de casos en dichos departamentos. A partir de la SE5/2025, se observa una tendencia estable en la curva epidémica de la jurisdicción. El serotipo que circula con mayor frecuencia es **DEN-2**.

Presenta 3 departamentos en fase de alerta temprana: **Patiño** (desde SE34/2024), **Capital** (desde

SE46/2024), **Pilcomayo** (desde SE50/2024)¹⁹. Hasta esta edición, ninguno de los 3 departamentos ha cumplido con los criterios indicados para pasar a fase de respuesta a epidemia.

Córdoba: desde la SE42, se notificaron los primeros casos de dengue sin antecedente de viaje en el departamento Capital. Córdoba se convirtió así en la primera jurisdicción de la región Centro en registrar casos de dengue durante la temporada 2024/2025. Desde la SE3 se verifica un aumento de casos de dengue a expensas de conglomerados localizados en los departamentos **Capital, Colón, San Javier, San Alberto, Santa María y General San Martín**. El serotipo predominante es **DEN-1**.

A partir de la SE 5, el departamento de **San Javier** ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE 7 a la fase de respuesta a epidemia. Las localidades más afectadas son **Villa Dolores, San José y Los Cerritos**.

Durante la SE5, el departamento de **General San Martín** ingresó a la fase de alerta temprana pasando en la SE 9 a la fase de respuesta a epidemia. El epicentro del brote se encuentra en **Villa María**.

Los departamentos **San Alberto y Santa María**, que se encontraban en fase de alerta temprana desde la SE8, durante la SE11 pasaron a fase de respuesta a epidemia. En San Alberto, la localidad con mayor número de casos es **San Pedro**, mientras que, en Santa María, es **Alta gracia**.

El departamento **Ischilín**, a expensas de la localidad Dean Funes (que desde la SE11 se encontraba en fase de alerta temprana), durante la SE13 pasa a fase de respuesta a epidemia.

Los departamentos de **Capital** (desde la SE4), **Colón** (desde la SE5), **Marcos Juárez** (desde SE11), **San Justo** (desde SE11) continúan en fase de alerta temprana. Las localidades más afectadas son **Córdoba capital, Jesús María, General Roca y Las Varillas** respectivamente.

Durante la SE13, el departamento **Tortoral**, con epicentro en las localidades **Sarmiento y Sinsacate**, ingresó a la fase de alerta temprana.

Santa Fe: se notificaron los primeros casos aislados de dengue a partir de la SE43 en localidad de Sunchales, perteneciente al departamento Castellanos. Posteriormente se adicionaron casos esporádicos en otros departamentos como Rosario, Belgrano y San Lorenzo.

Desde la SE1 se constata un aumento progresivo de casos en la ciudad de **Rosario**, (perteneciente al **departamento Rosario**), observándose en primera instancia el ingreso a la fase de alerta temprana a expensas de los serotipos **DEN-1 y DEN-2** y, a partir de la SE11, el pase a la fase de respuesta a epidemia. Posteriormente, la localidad Pérez del mismo departamento, presentó un aumento progresivo de casos declarándose en brote por la jurisdicción.

En la SE7, el departamento **San Lorenzo**, ingresó en la fase de alerta temprana, cuyo epicentro se encuentra en la localidad **Fuentes**. El serotipo detectado es **DEN-2**.

¹⁹ Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de dengue y otros arbovirus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

El departamento **Caseros**, a expensas de la localidad **Casilda**, registró un aumento progresivo de casos de dengue. Por consiguiente, a partir de la SE10, el departamento ingresó en fase de alerta temprana y, a partir de la SE12, pasó a la fase de respuesta a epidemia. El serotipo detectado es **DEN-2**.

Desde la SE10, la localidad Villa Trinidad perteneciente al departamento **San Cristóbal** registra brotes de dengue a expensas del serotipo **DEN-2**. A partir de la SE13, ingresa a fase de alerta temprana.

Tucumán: desde la SE50 se registran conglomerados de casos de dengue en las localidades **Aguilares y Los Sarmientos**, pertenecientes al departamento **Río Chico** cuyo serotipo detectado es **DEN-1**. En la SE7, Río Chico ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE9 a la fase de respuesta a epidemia.

Por otra parte, desde la SE11, el departamento **Chivilcoy** ingresó en la fase de alerta temprana cuyo epicentro se encuentra en la localidad **Concepción**. Durante la SE13, pasó a fase de respuesta a epidemia. El serotipo detectado con mayor frecuencia es DEN-1.

Además, en el transcurso de la temporada se han detectado casos aislados en Cruz Alta y Monteros.

La Pampa: Desde la SE2, se registra un aumento progresivo de casos sin antecedente de viaje en el departamento de Maracó, localidad **General Pico**, ingresando a fase de alerta temprana en la SE7. A partir de la SE13, se registra el pase a respuesta a epidemia. El serotipo detectado es **DEN-1**.

La Rioja: Desde la SE9, las localidades Ulices, Aguayo y Solano pertenecientes al departamento Gral. San Martín registran brotes de dengue a expensas del serotipo **DEN-1**. Cabe destacar que en Aguayo se encuentra el primer registro de la presencia del vector.

San Luis: Desde la SE9, la localidad Tilisario perteneciente al departamento Chacabuco registra conglomerados de casos de dengue. El serotipo detectado es **DEN-1**. Otros departamentos con registro de casos son: **General Pedernera y Ayacucho**.

Buenos Aires: Se han identificado brotes de dengue por los serotipos DEN-1 y DEN-2 en al menos 7 localidades de municipios: Lanús (DEN-1), Ituzaingó (DEN-1), General San Martín (DEN-1), Tres de Febrero (DEN-1), La Plata, Vicente López (DEN-2) y en La Matanza (DEN-2). Por el momento todos los brotes son de escasa magnitud²⁰.

De acuerdo a los indicadores para determinar fases epidemiológicas, Lanús, Vicente López, Ituzaingó y General San Martín se encuentran en fase de Alerta temprana.

Salta: Desde la SE10, el departamento de Salta Capital ingresó a fase de alerta temprana. El serotipo detectado es **DEN-1**.

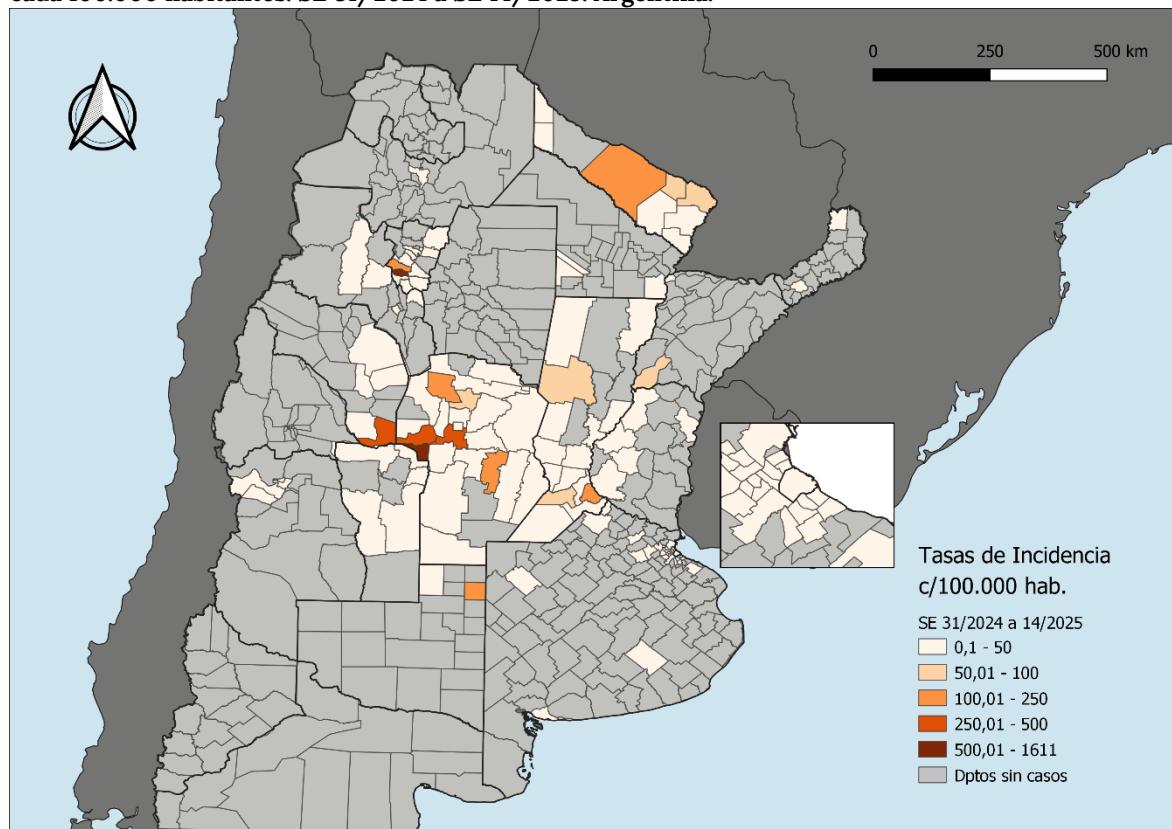
Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14 y 15), **Entre**

²⁰ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Provincial SE 12. [Boletines Epidemiológicos | Provincia de Buenos Aires](http://www.ssa.gba.gov.ar/boletines-epidemiologicos/)

Ríos (Concordia, La Paz, Nogoyá, Paraná y Victoria), **Catamarca** (Capital, Belén y Andalgalá), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú), y **Corrientes** (Capital y Esquina). Los casos de dengue se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

A partir de la SE10, el mapa de los departamentos afectados se realizará utilizando la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes, en lugar de basarse en el número absoluto de casos.

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 14/2025. Argentina.



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

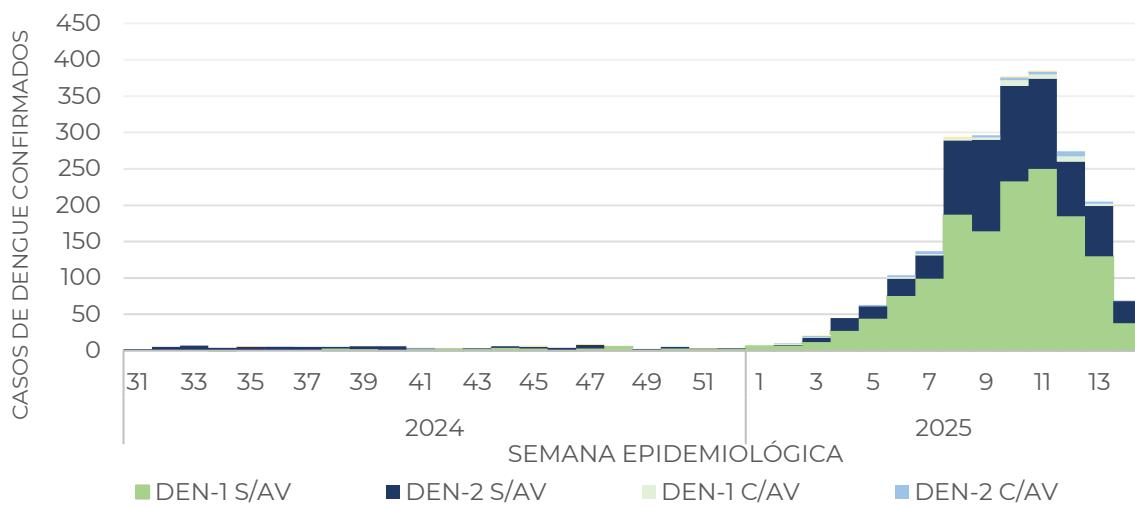
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,6%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe.

Durante la SE4 se ha notificado el primer caso de dengue con serotipo DEN-3, sin antecedente de viaje, en el departamento de Rosario, Santa Fe.

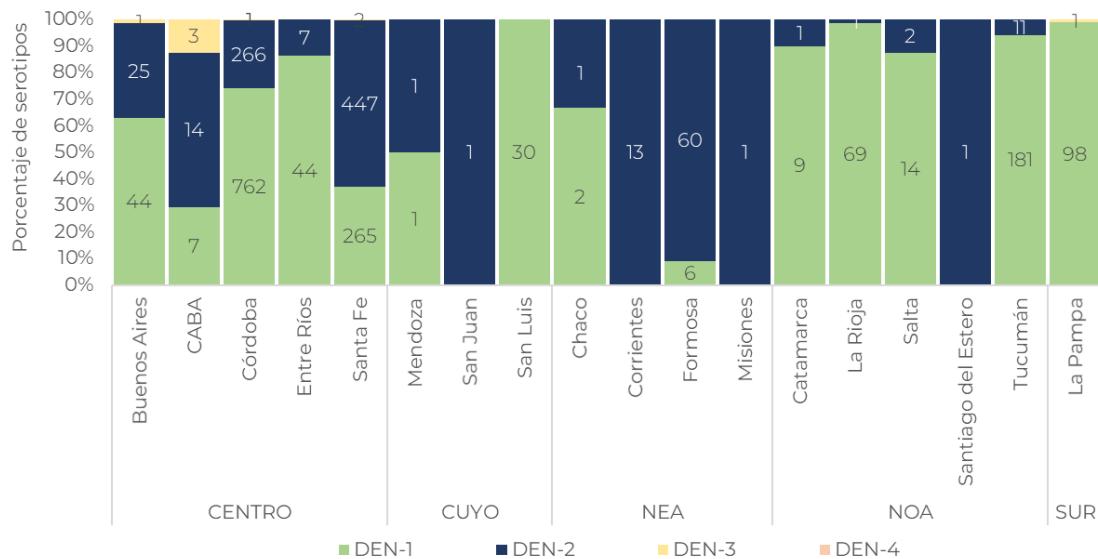
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (Méjico, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE14/2025. Argentina.



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

Gráfico 9. Dengue: distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=2211) según provincia. SE31/2024 a SE14/2025. Argentina.



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

V.2.F. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO “DENGUE DURANTE EL EMBARAZO”

En Argentina, durante la última temporada (2023-2024), se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años, 21 casos se notificaron como dengue grave y 4 casos fallecieron. Por lo tanto, ha sido creado en octubre 2024 el evento “Dengue durante el embarazo” para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 290 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de

los cuales, 59 casos han sido confirmados, 5 casos probables, 195 cuentan con laboratorio negativo y 31 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DEN-1.

En Santa Fe se registraron 33 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En 15 de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 20 casos confirmados, 6 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1), 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), y 4 correspondiente a Capital (DEN-1), un caso en Santa María (DEN-2), 2 casos correspondientes a San Alberto y dos casos pertenecientes a Marcos Juárez (DEN-1).

En uno de los casos del departamento Colón, se arribó al diagnóstico a las pocas horas del nacimiento, dado que su madre se encontraba sintomática. Se detectó el serotipo DEN-2, interpretándose como Dengue asociado a transmisión vertical. Las manifestaciones clínicas registradas en el recién nacido fueron: exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el área de neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica, sin complicaciones asociadas.

Además, se registraron un caso en Corrientes (departamento Esquina; DEN-2), un caso en CABA (Comuna 14; DEN-1) y tres en la Provincia de Buenos Aires. De estos últimos, uno se detectó en La Matanza (DEN-1), otro Vicente López (DEN-2) y el último en Almirante Brown (DEN-1).

Todas las pacientes embarazadas no presentan antecedentes de viaje ni vacunación y han mostrado una evolución clínica favorable.

V.2.G. VIGILANCIA DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD POR DENGUE

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos²¹, implementó el “Comité de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue” que tiene como función asesorar a los comités jurisdiccionales y colaborar en la evaluación exhaustiva de la mortalidad por dengue y sus determinantes. La investigación retrospectiva de los decesos por dengue brinda información clave del funcionamiento de la red de atención a partir de la evaluación exhaustiva de aspectos como el manejo clínico en los distintos niveles de atención, tiempos de respuesta, accesibilidad al sistema de salud, etc. Por ende, se recomienda el desarrollo de **comités jurisdiccionales** que trabajen en red con el comité nacional. La definición de caso de muerte por dengue y la guía operativa para el análisis de la gravedad y mortalidad se encuentra en “Circular de vigilancia epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue”²² y la “Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus”²³

Entre la SE 31/2024 y la SE 14/2025 se registraron 17 casos confirmados de dengue grave en las jurisdicciones de Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno), CABA (Comuna 11), Córdoba (Capital, Colón, San Alberto y Santa María), La Pampa (Maracó), La Rioja (Capital) y Santa Fe

²¹ Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria, Dirección de Adolescencias y Juventudes y el Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVHANLIS

²² Disponible en: [circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf](https://www.msal.gob.ar/sites/default/files/2024-06/circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf)

²³ Disponible en: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](https://www.msal.gob.ar/sites/default/files/2025-03/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf)

(Rosario). Del total de los casos graves, 9 ya recibieron el alta y 5 no cuentan con información de alta por lo que continúan en investigación.

Durante la SE 12, en la localidad de General Pico, La Pampa se notificó un caso confirmado de dengue en un paciente con comorbilidad grave preexistente: obesidad mórbida con insuficiencia cardíaca dilatada severa, con insuficiencia aórtica y mitral severa, quien, aunque no manifestó criterios de dengue grave, presentó descompensación de su patología cardiovascular, desarrollando un shock cardiogénico que resultó en su fallecimiento. Tras el análisis interdisciplinario del caso, el equipo jurisdiccional concluyó que la causa del deceso no se encuentra vinculada directamente a la infección por dengue, sino a la progresión de su enfermedad de base.

En la SE13, se notificaron dos casos confirmados de dengue fallecidos:

- Uno de ellos ocurrió en la provincia de Santa Fe (Caseros, Casilda), donde se registró un caso confirmado de dengue que presentaba enfermedad cardíaca, enfermedad neurológica, enfermedad renal crónica e hipertensión como comorbilidades. Ingresa al efector de salud y permanece internado sin requerimiento de ingreso a UTI. Fallece a los 10 días de la internación y luego de la investigación realizada por la jurisdicción se concluyó que la causa del fallecimiento está relacionada con una complicación de su enfermedad preexistente.
- El otro caso confirmado de dengue ocurrió en la jurisdicción de CABA en una paciente que presentaba comorbilidades, con una evolución rápida y tórpida. El cuadro atípico y la presencia de leucocitosis, asimismo, torna menos probable que el dengue haya sido la causa directa del desenlace. No obstante, al momento no se ha tenido aislamiento de otros agentes infecciosos. Luego de la investigación epidemiológica realizada, se consideró que la enfermedad podría haberse hallado entre los elementos de la cadena causal, aunque no pueden descartarse otros factores precipitantes o coadyuvantes dada la rápida evolución del cuadro en el establecimiento sanitario.

V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE14/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento **2179** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE14/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla		
	Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires		0	142	0	48	0	101	3	32	0	7
CABA		0	5	0	2	0	1	0	3	0	3
Córdoba		0	169	0	54	0	125	5	253	0	0
Entre Ríos		6	68	0	1	0	16	4	34	0	1
Santa Fe		0	1295	0	77	0	63	0	10	0	19
Total Centro	6	1679	0	182	0	306	12	332	0	30	
Mendoza		0	305	0	82	0	62	0	2	0	0
San Juan		0	1	0	1	0	2	0	2	0	1
San Luis		0	0	0	2	0	2	0	8	0	0
Total Cuyo	0	306	0	85	0	66	0	12	0	1	
Chaco		17	785	0	398	0	24	0	2	0	1
Corrientes		0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa		0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones		0	50	0	26	0	29	0	0	0	19
Total NEA	17	883	0	439	0	140	0	3	0	20	
Catamarca		0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy		0	37	0	18	0	1	0	4	0	0
La Rioja		0	84	0	82	0	5	0	1	0	61
Salta		0	415	0	236	0	152	0	0	0	1
Santiago del Estero		0	37	0	19	0	6	0	3	0	4
Tucumán		0	11	0	12	0	100	0	0	0	1
Total NOA	0	600	0	380	0	265	0	8	0	80	
Chubut		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén		0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Río Negro		0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Santa Cruz		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	
Total País	23	3468	0	1086	0	785	12	355	0	131	

Pos: positivas

Est: estudiadas

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

Los 17 casos positivos de Fiebre Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48/2024 y 4 casos en las SE2 y SE8 del 2025, en los departamentos Quitilipi y San Fernando.

Entre Ríos notificó 6 casos probables de Fiebre Chikungunya en la localidad Federal con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia-Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” para corroborar dicho diagnóstico.

Se han detectado un caso positivo en Tucumán con antecedente de viaje a Brasil.

V.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA EN ARGENTINA

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite

un Alerta Epidemiológica²⁴. La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

En Argentina **no se registran** casos en viajeros desde el 2018 y transmisión autóctona desde 2009. Se contempla una zona con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla selvática que incluye a las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy (departamentos de Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro, Valle Grande), Salta (departamentos de General José de San Martín, Orán, Rivadavia, Anta) y Chaco (departamento de Bermejo) donde se encuentra contemplada la vacunación para todas las personas residentes.

Desde la SE 31/2024 a la SE14/2025 se han estudiado 131 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 20 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

La Red Nacional de Vigilancia Entomológica (RNVE) es una iniciativa impulsada y coordinada desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV) del Ministerio de Salud, en articulación con las jurisdicciones. Su propósito es sistematizar, centralizar y producir información sobre la vigilancia entomológica del mosquito transmisor del dengue *Aedes aegypti*. Este trabajo conjunto, apoyado en capacitaciones previas y herramientas de gestión de datos, permite compartir y disponer de información actualizada y accesible para todas las jurisdicciones.

V.4. Vigilancia entomológica

La Red Nacional de Vigilancia Entomológica (RNVE) es una iniciativa impulsada y coordinada desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV) del Ministerio de Salud, en articulación con las jurisdicciones. Su propósito es sistematizar, centralizar y producir información sobre la vigilancia entomológica del mosquito transmisor del dengue *Aedes aegypti*. Este trabajo conjunto, apoyado en capacitaciones previas y herramientas de gestión de datos, permite compartir y disponer de información actualizada y accesible para todas las jurisdicciones.

V.4.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando información indirecta sobre la

²⁴ Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-3-febrero-2025>

densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

V.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) -SE10 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO) hasta la SE48 (Gráfico 1). A partir de entonces, el IPO se mantuvo, con ciertas fluctuaciones por debajo del 25% hasta la SE 08 donde volvió a superar este valor. Durante las últimas semanas, se observa picos aislados seguidos de semanas con valores descendentes (Gráfico 1). Hasta el momento, las temperaturas registradas en todas las regiones del país, incluyendo la región sur, se encuentran dentro del rango que permite la reproducción y la actividad del mosquito *Aedes aegypti*, por lo que, aunque pueda observarse un descenso en algunas zonas, no se espera aún la interrupción total de la reproducción del vector en ninguna de las regiones. Los valores generales mostraron un pequeño aumento respecto de la semana anterior pero se mantienen por debajo del 20% de positividad (Gráfico 1). El IDH presentó inicialmente un aumento más paulatino, con una recuperación en el número de huevos registrado desde la SE06.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 14 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 2). A partir de esta semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observa un aumento marcado de este índice, situando a la región en un escenario de riesgo entomológico moderado durante la SE10 y alto durante la SE11 (Gráfico 2). Durante esta semana se registró un IPO de 77,78 %, aunque es importante remarcar que se trata de datos de una jurisdicción, debido a la demora en la carga de datos retrospectiva de las demás jurisdicciones.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 14 (2025).
Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **NOA**, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 3). De conjunto, los datos de la región muestran un patrón de distintos picos en el IPO seguidos de períodos de brusco descenso en el mismo. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE12, el IPO alcanzó valores del 63,89%, correspondiente al límite superior de riesgo entomológico moderado. Para esta región se presentan los datos hasta la SE12 por dificultades recientes en la carga de datos retrospectiva.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 12 (2025).
Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región Centro. Durante la SE08 el IPO de la región muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona.

Durante la SE13, el IPO de la región mantuvo valores cercanos al 25%, correspondiente a riesgo entomológico bajo (Gráfico 4).

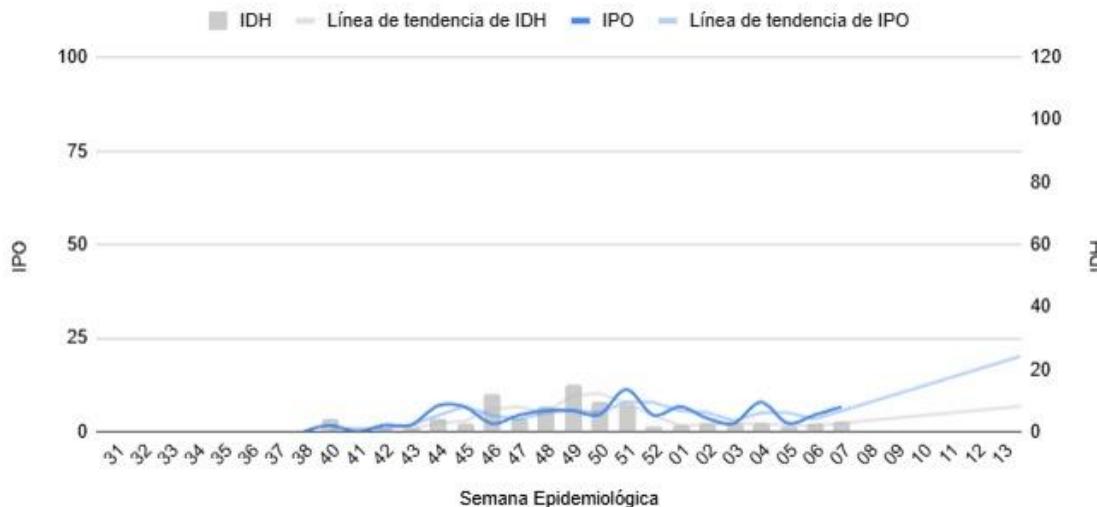
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 13 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **Cuyo**, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), aunque el patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad característicos de la región. En términos generales, se observa un riesgo entomológico asociado bajo, aunque evidenciando una tendencia ascendente desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE07 inclusive por demoras en la interoperatividad con los sistemas jurisdiccionales y la modificación del número de sensores desplegados para este momento de la temporada en la región.

Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 07(2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **SUR**, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido inicial con algunas intermitencias y luego valores más estables. Desde la SE03 se observa un

descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09 y 10. Durante las dos últimas semanas, se registró un descenso en el IPO. La temporada, la región se mantuvo en un contexto de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra gris) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 14 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.

Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: etm.vectores@msal.gov.ar.

V.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

La vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* se realiza también mediante la construcción de índices larvarios obtenidos a partir de los datos entomológicos relevados en las acciones de prevención y control vectorial en viviendas y establecimientos público/privados. Dichas acciones son llevadas adelante por el personal técnico especializado de las Bases Nacionales de Control de Vectores dependientes de la DZYCETV en conjunto con personal provincial y/o local, según la jurisdicción. En dichas acciones se releva el estado de la vivienda/establecimiento y la misma presenta contenedores con estadios inmaduros de mosquito (larvas) así como también la presencia de contenedores negativos. Asimismo, se registra el tipo de contenedor y el resultado de las intervenciones realizadas (eliminación o neutralización de los mismos, según corresponda). Las acciones de prevención y control realizadas en terreno desde la DZYCETV se concentran principalmente en NEA y NOA, dado que las Bases Nacionales se encuentran ubicadas en las jurisdicciones de estas regiones.

A partir de esta información recabada en terreno, se pueden calcular tres índices larvarios que permiten evaluar la situación de la localidad y estimar el riesgo asociado a la transmisión vectorial de dengue y otras arbovirosis:

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

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

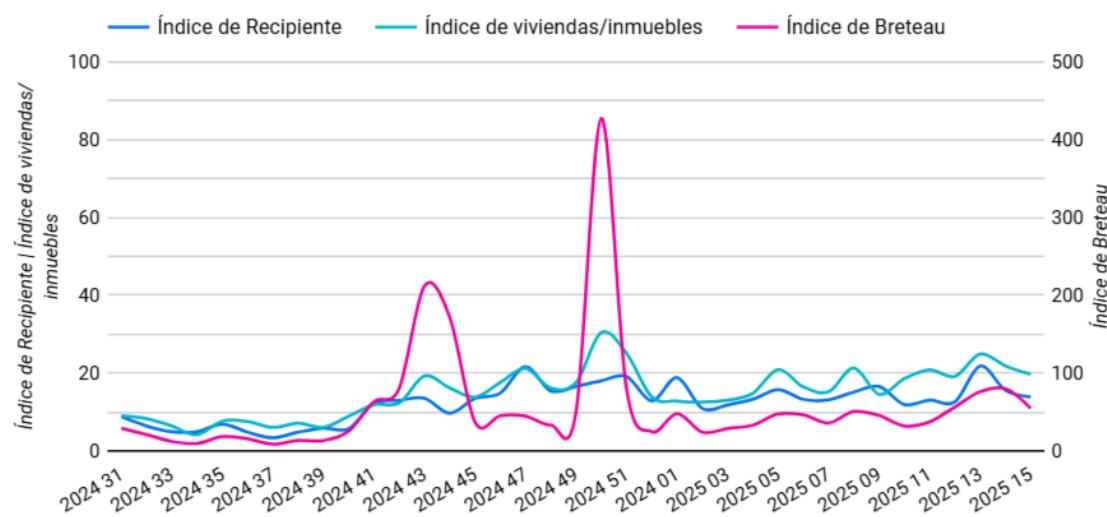
- **Índice de recipiente:** recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes * 100

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

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

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

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 15 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 7), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Los valores elevados del Índice de Breteau evidencian la concentración de un alto número de criaderos de *Aedes aegypti* en un número bajo de viviendas. Durante la última semana, el IR y el IV continúan dentro del rango de riesgo entomológico moderado mientras que el IB se mantiene por encima del límite de riesgo entomológico alto, aunque cercano al límite inferior del intervalo (IB=54,52).

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que la región NEA presenta índices larvarios elevados (Tabla 1), arrojando un riesgo entomológico alto de acuerdo al IB y riesgo moderado de acuerdo a los índices IR IV. La región NOA, por su parte, muestra una tendencia similar en términos de riesgo entomológico (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor

a los detectados en NEA. Durante la última semana se registró una disminución leve de los índices registrados hasta el momento. Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 1. Índices larvarios aédicos por región SE15 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,66	16,18	53,14
NOA	8,71	5,56	61,04

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios²⁵

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe continúan en el descenso de la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmd09 e influenza B mientras que la actividad del VRS mantiene su tendencia a la disminución. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en Norte América, mientras que en el Caribe aumenta su circulación. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 luego de disminuir por algunas semanas, presenta un nuevo aumento de su actividad. La actividad de VRS se mantiene con respecto a la semana epidemiológica (SE) anterior y la circulación de SARS-CoV-2 disminuye. La Subregión Andina se mantiene estable en la circulación de SARS-CoV-2 y VRS respecto de semanas anteriores, sumándose un aumento en la detección de influenza A(H3N2). Brasil/Cono Sur continúa con un aumento en la detección de influenza A(H1N1)pmd09. En el caso de SARS-CoV-2 continúa en disminución. El VRS se mantiene respecto a la SE anterior. En la región existe un alto porcentaje de detección de otros virus respiratorios, destacando Rinovirus en Norte América y Brasil y el Cono sur. En el Caribe se ha detectado además circulación de parainfluenza y adenovirus.

América del Norte: Los casos de ETI y las hospitalizaciones relacionadas con virus respiratorios se han mantenido en niveles epidémicos y mostrando una tendencia al descenso. La actividad de la influenza se mantiene en niveles epidémicos en Canadá y México, con A(H1N1)pdm09 como cepa predominante. La actividad del VRS, después de alcanzar máximos estacionales en SE previas, continúa disminuyendo. La circulación del SARS-CoV-2 se mantiene baja, pero con tendencia al aumento en México.

Caribe: La actividad de influenza se mantiene alta para ETI y disminuyendo para IRAG. Se informó que el subtipo predominante de influenza era A(H1N1)pdm09. Los casos de VRS se mantienen bajos. SARS-CoV-2 muestra un incremento en su detección para casos ETI.

Centroamérica: La vigilancia de ETI disminuye la detección de casos positivos atribuibles a influenza, con A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante. La actividad de VRS se ha mantenido en las últimas semanas. SARS-CoV-2 luego de mantener una alta detección en ETI e IRAG ha disminuido en las últimas semanas.

²⁵ Extraido de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Países Andinos: Los casos de ETI e IRAG se mantienen bajos en la mayoría de los países. La actividad de influenza mantiene tendencia al ascenso, con circulación tanto de influenza A(H3N2) como A(H1N1)pmd09. La circulación del VRS se mantiene en la última semana. La positividad de SARS-CoV-2 se mantiene esta semana.

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG aumentan en las últimas semanas. En el caso de ETI se asocia principalmente a SARS-CoV-2, que disminuyen en la última semana y en menor cantidad a influenza que tiene tendencia al aumento, con detección de Influenza A(H1N1)pdm09 principalmente. La circulación de VRS se mantiene respecto de la SE anterior. Para los casos de IRAG, la detección de influenza se mantiene estable y los casos de SARS-CoV-2 y VRS disminuyen.

VI.2.A. VIGILANCIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI), NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS

- Entre la semana epidemiológica 1 y 13 de 2025 se notificaron 132.784 casos de ETI, 22.809 casos de Neumonía y 11.847 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 31,3%, de neumonías del 6,6% y de bronquiolitis 26,1%, respecto al mismo período del 2024.

VI.2.B. VIGILANCIA CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza, si bien en las últimas semanas se verifica una ligera tendencia ascendente, las detecciones permanecen en valores bajos, con 30 casos de influenza entre las 141 muestras estudiadas en las SE13 y 14/2025.
- Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 102 muestras analizadas en las últimas dos semanas.
- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado desde la SE34 de 2024, las detecciones en UMA presentaron tendencia descendente a partir de la SE45, con valores bajos en las últimas semanas. En la SE14/2025 se registraron 3 casos positivos para SARS COV 2 entre las 57 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE14 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1051 internaciones con diagnóstico de IRAG y 473 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- En relación a las notificaciones de IRAG, se registra un ascenso en los casos en las últimas 3 semanas. En las últimas 4 semanas, entre 352 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 25 detecciones de influenza, 4 casos de SARS-CoV-2 y 13 casos de VSR.²⁶

²⁶ Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG 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. Para más información, consultar la

VI.2.C. VIGILANCIA UNIVERSAL A TRAVÉS DE LA RED DE LABORATORIOS DE VIRUS RESPIRATORIOS

- En las primeras 13 semanas de 2025 se verifica circulación de influenza, VSR y otros virus respiratorios. Si bien se mantienen en niveles bajos, en las últimas 3 SE se observa un ligero ascenso en el número de casos de Influenza, principalmente Influenza A (H1N1).
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. En las primeras semanas de 2025 los casos se mantuvieron en valores bajos, con un leve aumento de las detecciones a partir de SE 11.
- Durante la SE13/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, VSR, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Si bien las detecciones de influenza se mantienen en niveles bajos en lo que va de 2025, desde SE12 se registra un ligero ascenso de los casos de influenza en personas internadas, con 20 detecciones en la última semana (SE14). Durante 2024, se notificaron 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas, con 11 casos de VSR en personas hospitalizadas en la SE14/2025.
- En relación a SARS-CoV-2, las detecciones en personas hospitalizadas permanecen en valores bajos. En la SE14/2025 se registraron 22 casos positivos con este diagnóstico, sin casos fallecidos.

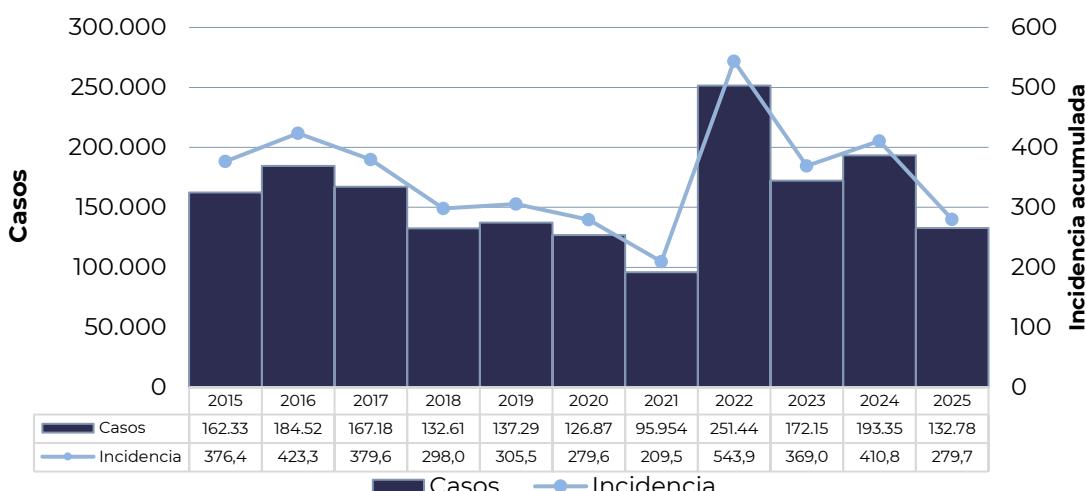
VI.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 13 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 132.784 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 279,7 casos / 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (251.449 casos), mientras que en 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que la mayoría de los años analizados, superando los valores de 2021, 2020 y 2018.

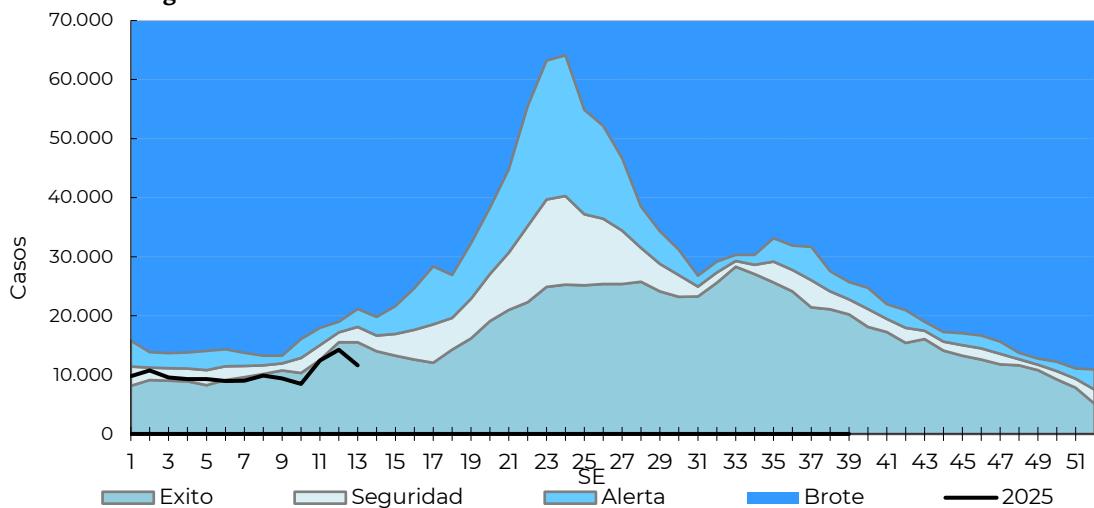
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE13. Argentina.



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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, permanecieron entre las SE1 a 5 de 2025 en niveles de seguridad, ubicándose posteriormente en niveles esperados.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 13 de 2025²⁷. Argentina.



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

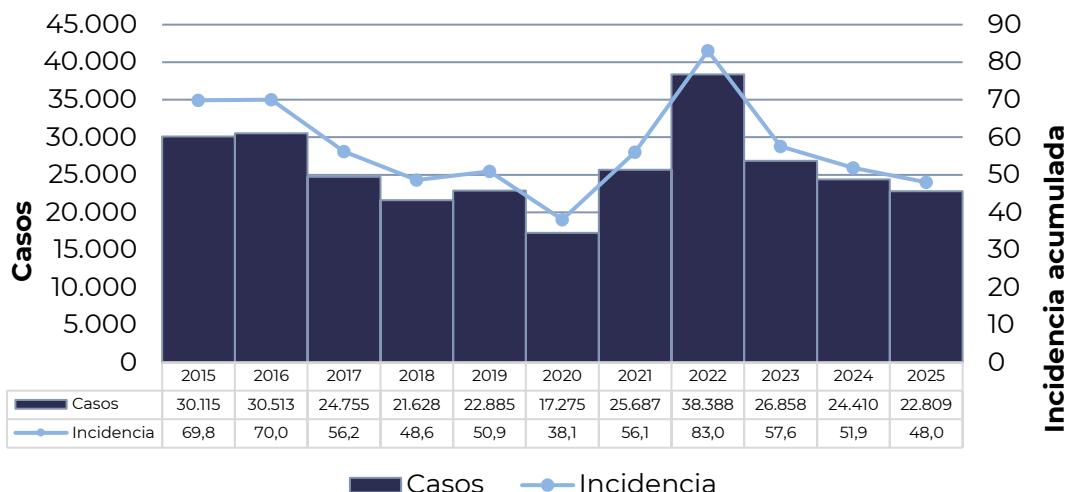
VI.3.B. NEUMONÍA

Hasta la SE13 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 22.809 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 48,0 casos/ 100.000 habitantes.

²⁷ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2016 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una ligera disminución en 2023-2024. Para 2025, se verifica un menor número de registros en relación a años previos, superando únicamente los valores de 2018 y 2020.

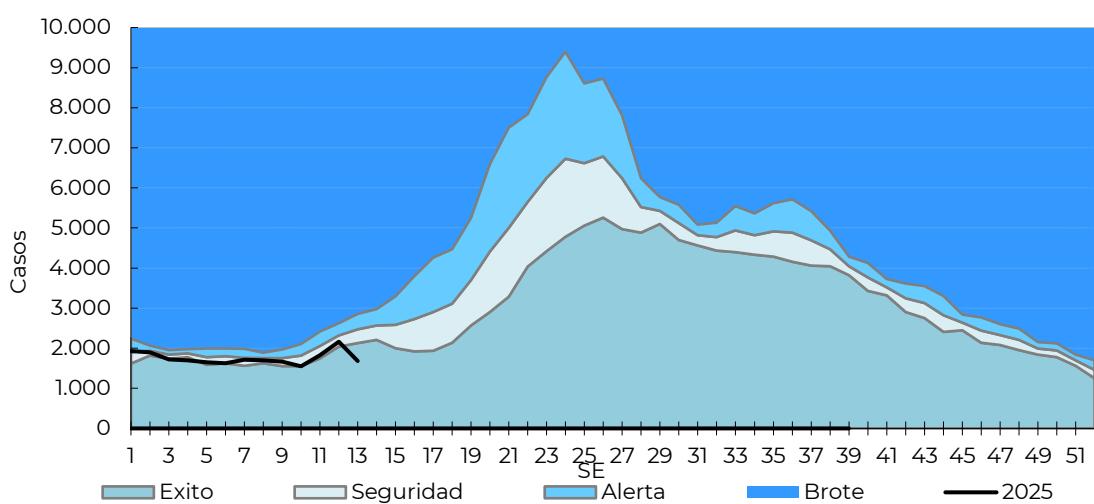
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE13. Argentina.



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

Las notificaciones de neumonía en 2025 a nivel país, respecto al comportamiento en años históricos, se ubican en SE1 en niveles de alerta, y oscilan entre niveles de éxito y seguridad las siguientes semanas.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 13 de 2025²⁸. Argentina.



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

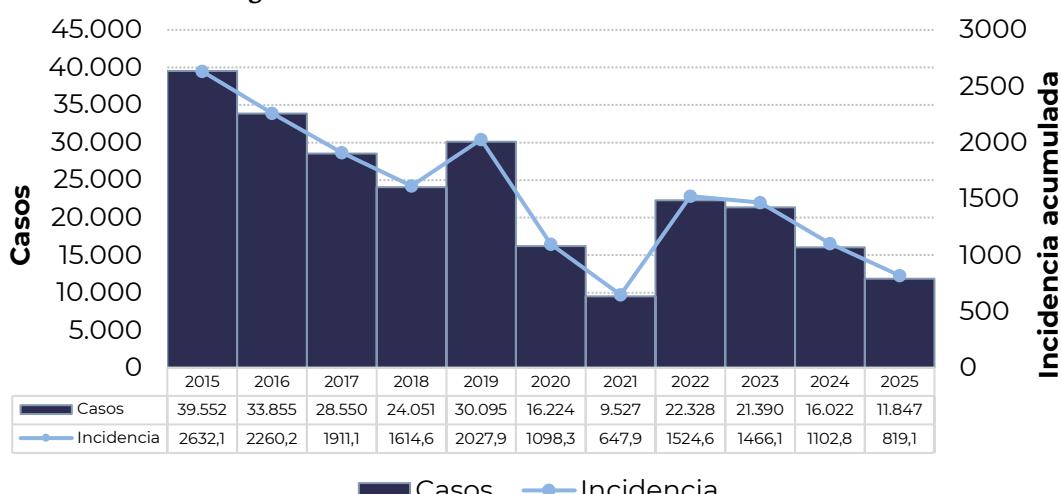
²⁸ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.3.C. BRONQUIOLITIS

Para las primeras 13 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 11.847 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 819,1 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 13 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso a partir de 2016. En 2019, presentaron un ligero incremento, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. Para los años 2022 a 2024 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en las primeras semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con la mayoría de los años históricos, salvo para 2021.

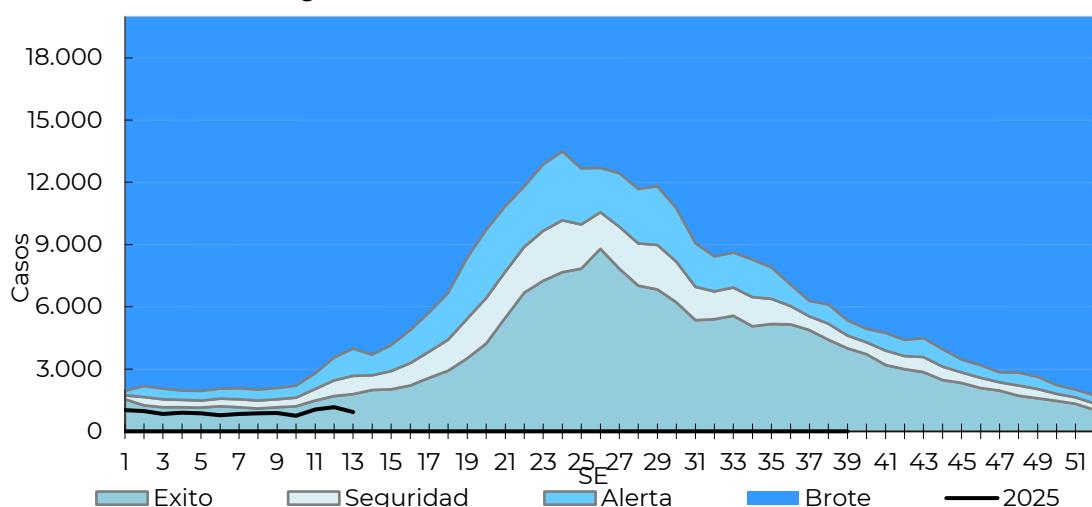
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE13. Argentina.



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

Para las 13 primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 13 de 2025²⁹. Argentina.



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

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

En lo que va de 2025, si bien las detecciones de influenza, VSR y SARS-CoV-2 se encuentran en niveles bajos, en las últimas 3 SE se observa un ligero ascenso en el número de casos de Influenza, principalmente Influenza A.

Durante 2024, aun cuando el número de casos de SARS-CoV-2 por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En las primeras semanas de 2025 los casos de COVID-19 se mantuvieron en valores bajos, aunque con un leve aumento de las detecciones a partir de SE 11.

En cuanto a la influenza, en 2024 se destacó un aumento pronunciado de las notificaciones entre las SE16 y SE23, con predominio de influenza A (sin subtipificar y A H3N2). A partir de la SE31, los casos empezaron a disminuir, y hacia las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con aumento de las detecciones de influenza B (linaje Victoria), que alcanzó su pico en SE42. En lo que va de 2025, se registraron casos todas las semanas, identificándose desde SE11 un ligero aumento de las detecciones de influenza A no subtipificado y H1N1. La tendencia ascendente de casos se concentra principalmente en la región noroeste del país (NOA) (Gráfico 10).

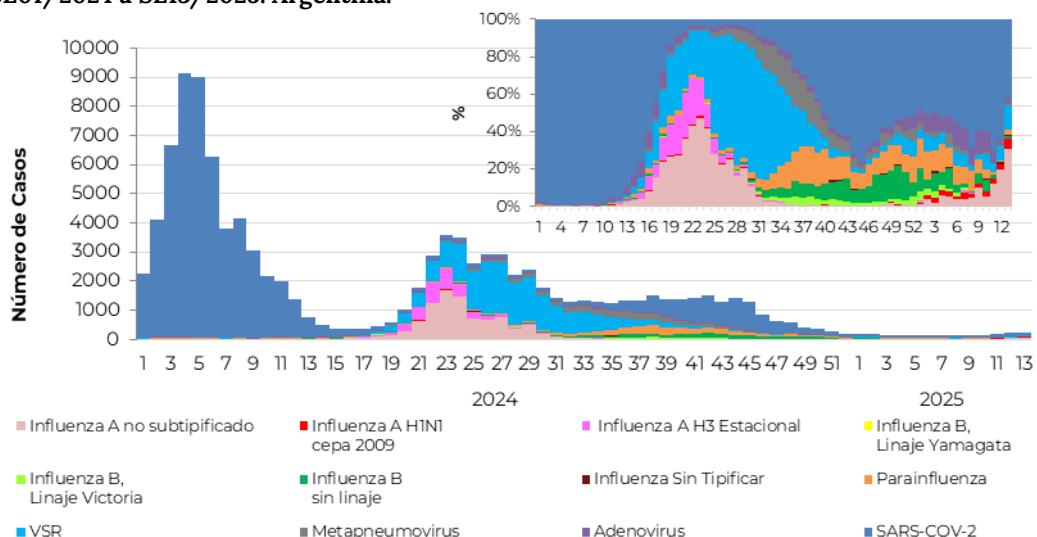
²⁹ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior, permaneciendo en valores bajos en lo que va de 2025.

Respecto a otros virus respiratorios, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE13/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, VSR, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

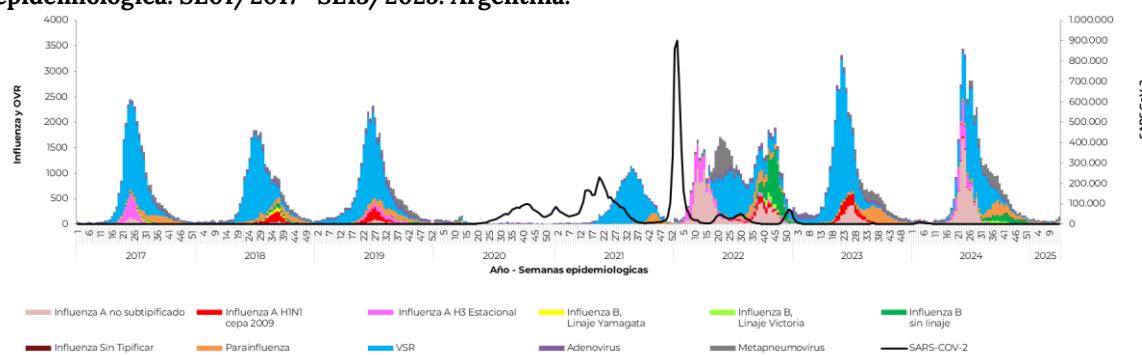
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE13/2025. Argentina.



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

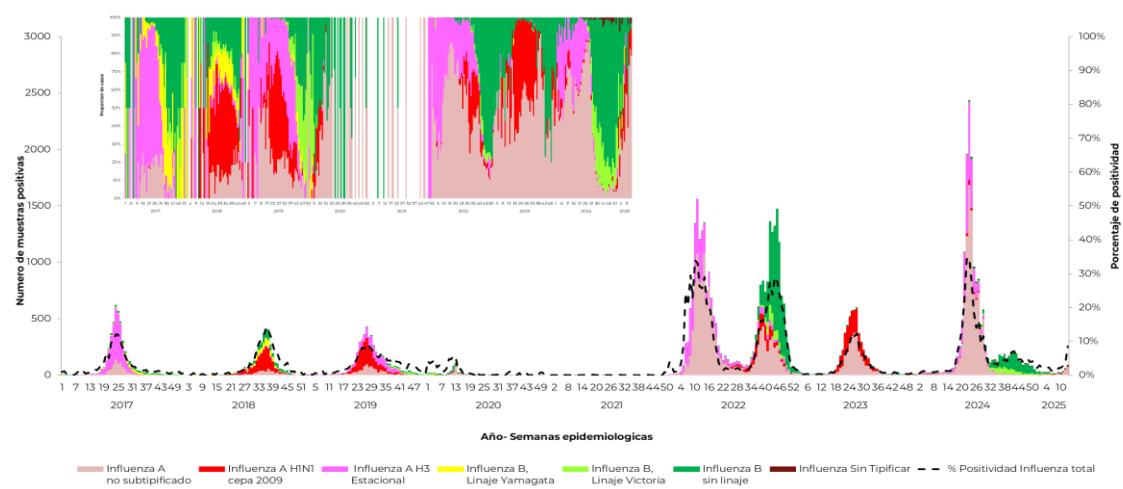
La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 –este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

Gráfico 8. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE13/2025. Argentina.



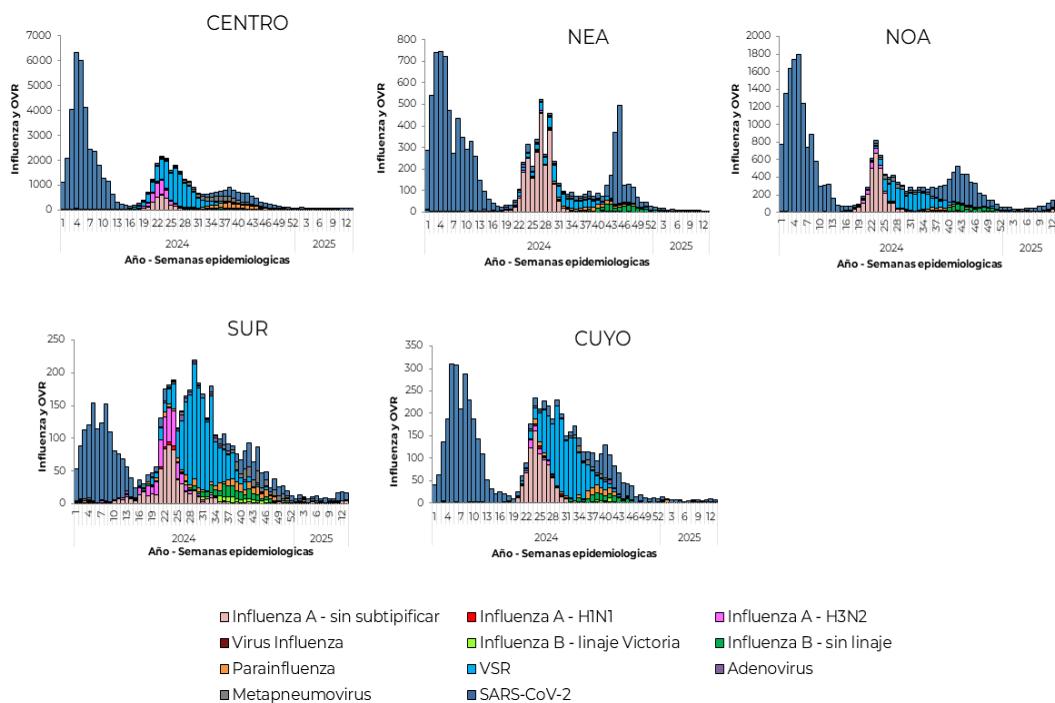
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Gráfico 9. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE13/2025. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Gráfico 10. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE13/2025. Argentina.



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

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

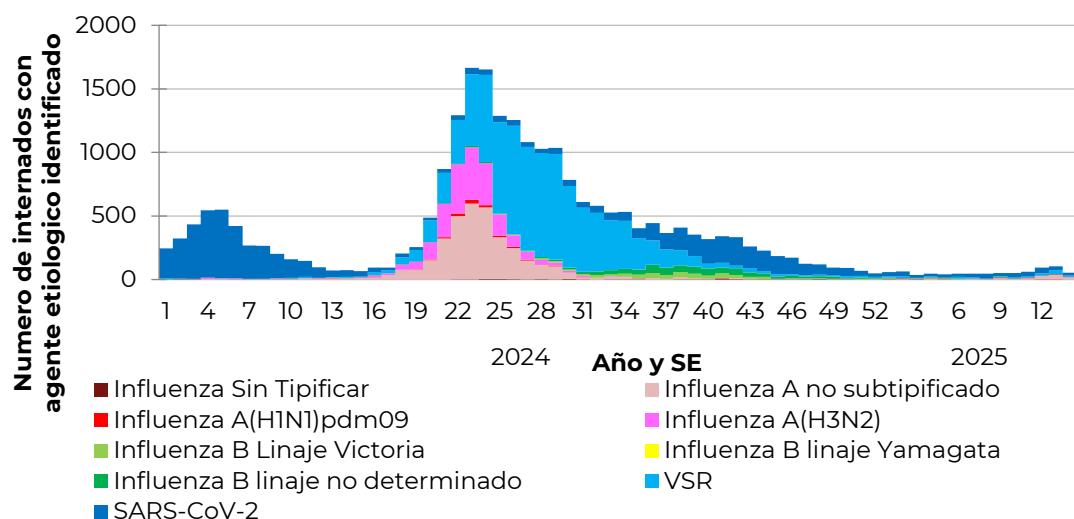
Entre SE01 y SE14 de 2025, se notificaron 424 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 88,3% menos casos. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE14/2025 se registraron 22 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, si bien las detecciones de **influenza** permanecen en niveles bajos, con un total de 232 casos en lo que va de 2025, se observa un ligero ascenso en las últimas 3 semanas epidemiológicas, con 20 detecciones de influenza en hospitalizados en la última SE. Asimismo, se registra un ascenso del 85,6% para los casos acumulados entre las SE1-14 de 2025 respecto de las notificaciones registradas en el mismo periodo de 2024.

Entre los 232 casos de influenza notificados durante 2025, se registraron predominantemente detecciones de influenza A (n=176), con menor detección de influenza B (n=52). De los casos de influenza A, 30 cuentan con subtipificación, correspondiendo 26 a influenza A (H1N1) pdm09 y 4 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 6 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 4 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 141 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE14/2025), se registran 11 casos de VSR en hospitalizados.

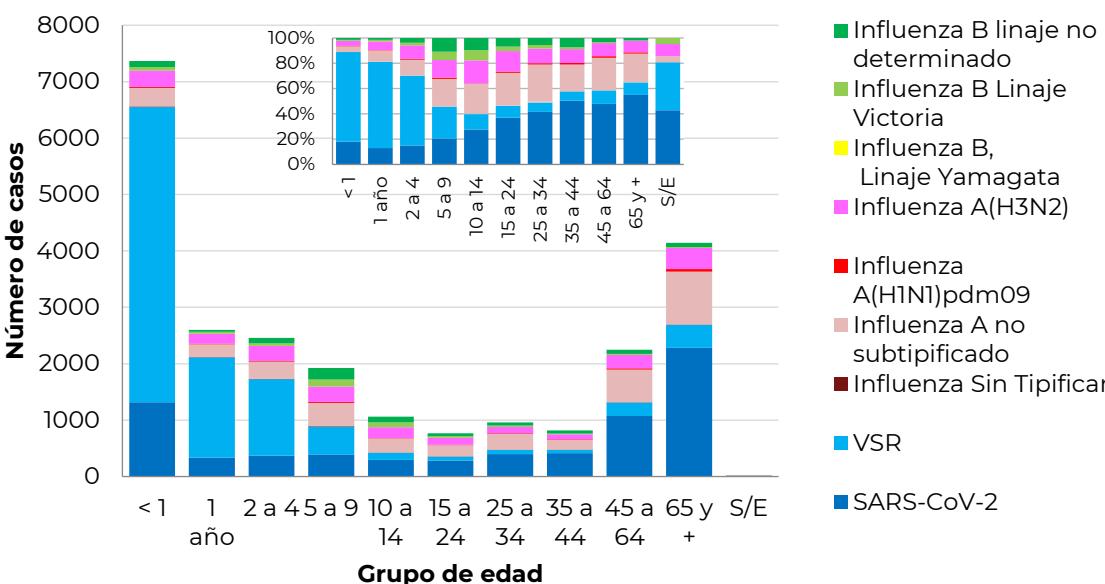
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE14/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2024 hasta SE14/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en personas de 65 años y más, de 5 a 9 años y en el grupo de 45 a 64 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas de 45 a 64 años.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE14/2025.



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-52 del año 2024, se notificaron al SNVS 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico³⁰.

Respecto a SARS-CoV-2, no se registran fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

³⁰ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Chagas en embarazadas y Chagas congénito - Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La Enfermedad de Chagas o *Trypanosomiasis americana* es una infección causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*, el cual puede transmitirse a las personas por diferentes vías. En Argentina, las principales son la vertical y la vectorial, siendo infrecuentes la transmisión por vía transfusional, oral, por trasplantes de órganos y por accidentes de laboratorio.

La infección por *Trypanosoma cruzi* puede cursar de forma sintomática o asintomática. Luego de la fase aguda, progresó hacia una fase crónica, durante la cual aproximadamente el 30% de las personas infectadas desarrollan manifestaciones clínicas, principalmente a nivel cardíaco, digestivo (esófago o colon) o neurológico. El diagnóstico en la fase aguda se basa en métodos directos o de biología molecular para la detección del parásito, mientras que en la fase crónica se realiza mediante la detección de anticuerpos específicos, utilizando dos pruebas serológicas de diferente principio metodológico.

El Chagas, reconocido como un problema relevante de Salud Pública, dispone de estrategias eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. No obstante, el principal desafío radica en el fortalecimiento de una respuesta integral y articulada que permita minimizar su impacto en la salud de la población.

Debido a la complejidad de la vigilancia de este evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión y actualización, en función de ajustes en la notificación y el registro.

VII.2. Chagas en embarazadas en Argentina

VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, con información notificada hasta el día 31 de marzo de 2025.

Para el análisis de las **notificaciones agrupadas**, se consideraron los datos de los grupos de eventos “embarazadas - primer control” y “embarazadas - controles sin especificar”. En ambos casos, se incluyó el siguiente evento: “Chagas por dos técnicas (E)”.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Chagas en embarazadas” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología” y “Caso Descartado”. También, se excluyeron aquellos casos que tuvieran menos de 15 años de edad y aquellos mayores de 49 años al momento del diagnóstico. Se consideraron casos confirmados de Chagas en embarazadas aquellos cuya clasificación manual fue “Caso Confirmado” y “Caso de Chagas en embarazadas”. Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la “Fecha de registro en papel”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta” y, en su defecto, la “Fecha de apertura”³¹. En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la variable

³¹ En una publicación posterior se analizará la diferencia entre la edad de diagnóstico de las embarazadas y el momento de la gestación. Dado que el Chagas es una enfermedad crónica, es posible que la embarazada haya sido diagnosticada antes del embarazo. En el sistema de vigilancia, la fecha de toma de muestra puede corresponder a distintos momentos,

“Provincia de residencia”; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga”.

Para el cálculo de las razones y tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre³².

VII.2.B. SITUACIÓN DE CHAGAS EN EMBARAZADAS EN ARGENTINA

- Caracterización a partir de la notificación agrupada de laboratorio

El presente apartado analiza la situación de Chagas en embarazadas en Argentina durante el año 2025, a partir de los datos de notificación agrupada provenientes de laboratorio. Dado que la información corresponde a un año en curso, los datos presentados son preliminares y están sujetos a modificaciones conforme se completen las notificaciones y se realicen ajustes en el sistema de vigilancia.

Durante el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 13, se han registrado 27.428 pruebas de tamizaje a nivel nacional, de las cuales 199 resultaron reactivas por dos técnicas, lo que representa una positividad preliminar de 0.73%. No obstante, este valor debe interpretarse con cautela, ya que se encuentra por debajo de las proporciones observadas en años anteriores. Por ejemplo, en el mismo período del año 2024 (SE 13), se notificaron 53.593 muestras estudiadas, con 582 resultados positivos, lo que representaba una positividad del 1.09%. Esta diferencia podría estar asociada a un retraso en la carga de datos, propio de los primeros meses del año, así como a variaciones en la oportunidad de notificación por parte de los efectores de salud. La carga oportuna y completa de la información al sistema de vigilancia es un componente clave para garantizar la calidad del análisis epidemiológico. En este sentido, resulta fundamental mantener el monitoreo y análisis a lo largo del año con el fin de alcanzar una estimación más precisa y representativa del comportamiento epidemiológico.

por lo que en este análisis se tomaron variables que permiten aproximar la afectación durante la gestación. Sin embargo, en futuros análisis se realizará un análisis más exhaustivo para ajustar esta relación con mayor precisión.

³² Información disponible en el siguiente enlace:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/boletin_numero_171_172024.pdf

Tabla 1. Pruebas de tamizaje para Chagas en embarazadas por jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 13. Año 2025. (n=27.627)

Jurisdicción	2025		
	Estudiadas	Positivas	% de positividad
Buenos Aires	4843	19	0,39%
CABA	1202	9	0,75%
Córdoba	2263	11	0,49%
Entre Ríos	520	2	0,38%
Santa Fe	2785	20	0,72%
Total Centro	11613	61	0,53%
San Luis	751	4	0,53%
San Juan	166	0	0%
Mendoza	1743	23	1,32%
Total Cuyo	2660	27	1,02%
Chaco	120	8	6,67%
Corrientes	41	0	0%
Formosa	271	17	6,27%
Misiones	2627	8	0,30%
Total NEA	3059	33	1,08%
Catamarca	0	0	0%
Jujuy	424	2	0,47%
La Rioja	19	0	0%
Salta	1665	26	1,56%
Santiago del Estero	1861	29	1,56%
Tucumán	4121	13	0,32%
Total NOA	8090	70	0,87%
Chubut	357	1	0,28%
La Pampa	309	3	0,97%
Neuquén	377	2	0,53%
Río Negro	811	2	0,25%
Santa Cruz	83	0	0%
Tierra del Fuego	69	0	0%
Total Sur	2006	8	0,40%
Total País	27428	199	0,73%

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

Al desagregar los datos por región, se observan diferencias que permiten caracterizar el comportamiento epidemiológico de la infección por *T. cruzi* en embarazadas en distintos territorios del país.

En primer lugar, se destaca el comportamiento de las provincias de la región del Noreste argentino (NEA), que presentan la mayor positividad regional (1,08%). En particular las provincias de Chaco (6,67%) y Formosa (6,27%) registran los valores más elevados a nivel nacional, lo cual sugiere una mayor carga de infección en mujeres en edad fértil. Esta situación refuerza la necesidad de sostener estrategias de tamizaje sistemático durante el embarazo como así también asegurar el acceso al diagnóstico, seguimiento clínico y tratamiento oportuno de mujeres en edad fértil, embarazadas luego del parto y recién nacidos hijos de embarazadas con Chagas.

Por otra parte, en la región de Cuyo, la positividad general alcanza el 1,02%, siendo Mendoza la provincia con mayor proporción de resultados reactivos (1,32%). Si bien estos valores son elevados, podrían estar vinculados con dinámicas de movilidad poblacional, como la migración

interna desde regiones endémicas del país. Esto pone de manifiesto la necesidad de mantener una vigilancia activa en todo el territorio nacional, más allá de los patrones históricos de endemidad.

En la región del Noroeste Argentino (NOA), la positividad registrada se ubica en 0,87%, destacándose Salta y Santiago del Estero con los valores más elevados dentro de la región, ambos con una positividad de 1,56%. Estos datos evidencian la persistencia de casos en personas embarazadas y reafirman el rol del tamizaje prenatal como herramienta clave para la prevención de la transmisión vertical de *T. cruzi*.

Por su parte, la región Centro presenta una positividad de 0,53%, con valores relativamente homogéneos entre las distintas provincias. Sin embargo, se observan cifras levemente superiores al promedio regional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (0,75%) y en la provincia de Santa Fe (0,72%). En estos contextos urbanos, el tamizaje prenatal adquiere especial relevancia, ya que puede captar casos vinculados a procesos migratorios desde otras jurisdicciones.

Finalmente, en la región Sur del país se muestra la menor positividad registrada (0,40%), con una distribución limitada de casos en algunas provincias, mientras que otras no han reportado casos positivos a la fecha. Aunque estos valores indican una menor proporción de infección en comparación con otras regiones, la detección de casos confirma la importancia de sostener el tamizaje sistemático en todo el territorio nacional. Garantizar el diagnóstico oportuno resulta clave para la detección temprana y el acceso al tratamiento, contribuyendo a la prevención de la transmisión vertical.

En síntesis, el análisis regional confirma que el Chagas en embarazadas continúa siendo un evento de distribución nacional, con patrones diversos entre regiones. Las diferencias en la positividad podrían estar asociadas a factores estructurales, sociales y demográficos. Por ello, el tamizaje en embarazadas constituye una herramienta clave para el abordaje integral de la enfermedad, con impacto directo en la salud materno-infantil.

- Comparación entre la notificación nominal y la notificación agrupada.
Evento Chagas en embarazadas

El análisis de la notificación de Chagas en embarazadas evidencia diferencias relevantes entre los casos reportados mediante la modalidad agrupada y aquellos registrados de forma nominal durante el año 2025. En las primeras 13 semanas epidemiológicas, se notificaron a nivel nacional 199 casos por modalidad agrupada y 233 casos por modalidad nominal, lo que representa una diferencia porcentual del 17%.

Este valor debe interpretarse con precaución, ya que podría reflejar, al menos en parte, demoras en la carga de los datos agrupados al momento del corte, más que una mejora efectiva en la nominalización de los casos. La notificación nominal es individual e inmediata, mientras que la agrupada se realiza de forma semanal y refleja un acumulado de casos reactivos informados por los laboratorios. Esta diferencia en la lógica de carga puede generar desfasajes temporales, especialmente en los primeros meses del año.

Por ello, más allá de cuál modalidad presente un mayor número de casos en un momento dado, resulta fundamental asegurar la integración y consistencia entre ambas modalidades. Nominalizar a todas las embarazadas con diagnóstico de Chagas es indispensable para

garantizar la trazabilidad de los casos, su seguimiento clínico y la prevención efectiva de la transmisión vertical.

Cabe señalar que este análisis corresponde a datos preliminares y que el agrupado correspondiente a la semana 13 aún podría no estar completamente consolidado. Por lo tanto, los resultados finales deberán ser revisados al momento del cierre del año, cuando ambos sistemas hayan completado sus respectivas cargas.

- Caracterización a partir de la notificación nominal. Evento Chagas en embarazadas

Durante las primeras 13 semanas epidemiológicas de 2025 se notificaron 233 casos nominales de Chagas en embarazadas, mientras que en el mismo período de 2024 se habían registrado 429 casos. Esto representa una reducción absoluta de 195 casos a nivel nacional. Esta caída equivale a una disminución porcentual del 45,9%, lo cual resulta significativo y requiere un análisis cuidadoso. Si bien esta diferencia podría sugerir una mejora en la situación epidemiológica, también es posible que refleje retrasos en la carga de datos, menor cobertura del tamizaje o variaciones en las estrategias de vigilancia implementadas en las distintas jurisdicciones. Por ello, es necesario continuar el seguimiento para determinar si esta tendencia se mantiene a lo largo del año o si responde a factores operativos y contextuales.

Tabla 3. Comparación de casos nominales de Chagas en embarazadas por jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 13. Periodo 2024-2025 (n=662)

Jurisdicción	2024	2025	Dif. Absoluta	Dif. Porcentual
Buenos Aires	64	35	-29	-45,3%
CABA	16	16	0	0,0%
Córdoba	39	29	-10	-25,6%
Entre Ríos	3	3	0	0%
Santa Fe	42	29	-13	-31,0%
Total Centro	164	112	-52	-31,7%
San Luis	0	5	5	0%
San Juan	6	3	-3	-50%
Mendoza	20	15	-5	-25%
Total Cuyo	26	23	-3	-11,5%
Chaco	82	36	-46	-56,1%
Corrientes	0	2	2	0%
Formosa	20	0	-20	-100%
Misiones	5	7	2	40%
Total NEA	107	45	-62	-57,9%
Catamarca	1	3	2	200%
Jujuy	5	6	1	20%
La Rioja	4	4	0	0%
Salta	19	15	-4	-21,1%
Santiago del Estero	89	16	-73	-82,0%
Tucumán	2	4	2	100%
Total NOA	120	48	-72	-60,0%
Chubut	5	0	-5	-100%
La Pampa	2	2	0	0%
Neuquén	3	1	-2	-66,7%
Río Negro	1	1	0	0%
Santa Cruz	1	0	-1	-100%
Tierra del Fuego	0	1	1	0%
Total Sur	12	5	-7	-58,3%
Total País	429	233	-196	-45,7%

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

Para caracterizar la magnitud del evento en la población, se estimó la razón de casos confirmados de Chagas en embarazadas por cada 1.000 nacidos vivos. Este enfoque permite detectar una tendencia al aumento dado que los casos aumentan al tiempo que disminuye la cantidad de embarazadas producto de la disminución del número de nacidos vivos. A su vez se registran diferencias jurisdiccionales y regionales en estos indicadores que pueden observarse en la Tabla 4.

Para el año analizado, la razón nacional de casos de Chagas en embarazadas fue de 0,51 por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en el mismo período de 2024 había sido de 0,93 por 1.000. Esta disminución relativa del 45,2% en la razón nacional representa una caída sustancial en la carga del evento respecto al año anterior. Esta diferencia podría estar influenciada por diversos factores. Por un lado, puede reflejar un retraso en la carga de datos nominales correspondiente al año en curso, algo habitual en los primeros meses del año. Por otro lado, también podrían incidir variaciones en la cobertura del tamizaje, cambios en las estrategias de captación de embarazadas o diferencias en la intensidad de búsqueda activa por parte de los equipos de salud.

Tabla 4. Casos confirmados y razón de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos. Argentina, SE 1 a SE 13, periodo 2024-2025 (n = 662).

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	Razón	Casos	Razón
Buenos Aires	64	0,39	35	0,22
CABA	16	0,67	16	0,67
Córdoba	39	1,02	29	0,76
Entre Ríos	3	0,21	3	0,21
Santa Fe	42	1,12	29	0,77
Centro	164	0,59	112	0,41
San Luis	0	0	5	1,01
San Juan	6	0,61	3	0,31
Mendoza	20	1,00	15	0,75
Cuyo	26	0,75	23	0,66
Chaco	82	4,89	36	2,15
Corrientes	0	0	2	0,14
Formosa	20	2,42	0	0
Misiones	5	0,26	7	0,37
NEA	107	1,84	45	0,77
Catamarca	1	0,24	3	0,71
Jujuy	5	0,68	6	0,81
La Rioja	4	0,96	4	0,96
Salta	19	1,12	15	0,88
Sgo. del Estero	89	7,50	16	1,35
Tucumán	2	0,11	4	0,22
NOA	120	1,90	48	0,76
Chubut	5	0,92	0	0
La Pampa	2	0,62	2	0,62
Neuquén	3	0,44	1	0,15
Río Negro	1	0,14	1	0,14
Santa Cruz	1	0,32	0	0
T. del Fuego	0	0	1	0,69
Sur	12	0,44	5	0,18
Total País	429	0,93	233	0,51

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

El análisis regional de la razón de casos confirmados de Chagas en embarazadas por cada 1.000 nacidos vivos muestra, en términos generales, una tendencia al descenso entre los años 2024 y 2025, aunque con particularidades según cada jurisdicción.

En el NEA, la razón desciende de 1,84 a 0,77, con una reducción significativa en provincias como Chaco y Formosa. No obstante, se observa un aumento en Misiones, que pasa de 0,26 a 0,37 casos por 1.000 nacidos vivos. En el NOA también se registra una caída importante, de 1,90 en 2024 a 0,76 en 2025, principalmente debido a los descensos observados en Santiago del Estero (de 7,50 a 1,35) y Salta (de 1,12 a 0,88).

La región Centro presenta una reducción más moderada, pasando de 0,59 a 0,41, con disminuciones en todas sus provincias. En Cuyo, la razón baja levemente de 0,75 a 0,66, aunque se destaca el caso de San Luis, que pasa de no haber registrado casos en 2024 a alcanzar una razón de 1,01 en 2025. Por su parte, el Sur mantiene las tasas más bajas del país, con una razón estable que desciende ligeramente de 0,44 a 0,18.

A pesar de esta tendencia general a la baja, algunas provincias muestran incrementos interanuales, como Catamarca, San Luis, Misiones y Tierra del Fuego. Estas variaciones podrían

estar asociadas a mejoras en la carga de información, así como a diferencias en las estrategias locales de tamizaje y captación diagnóstica durante el embarazo.

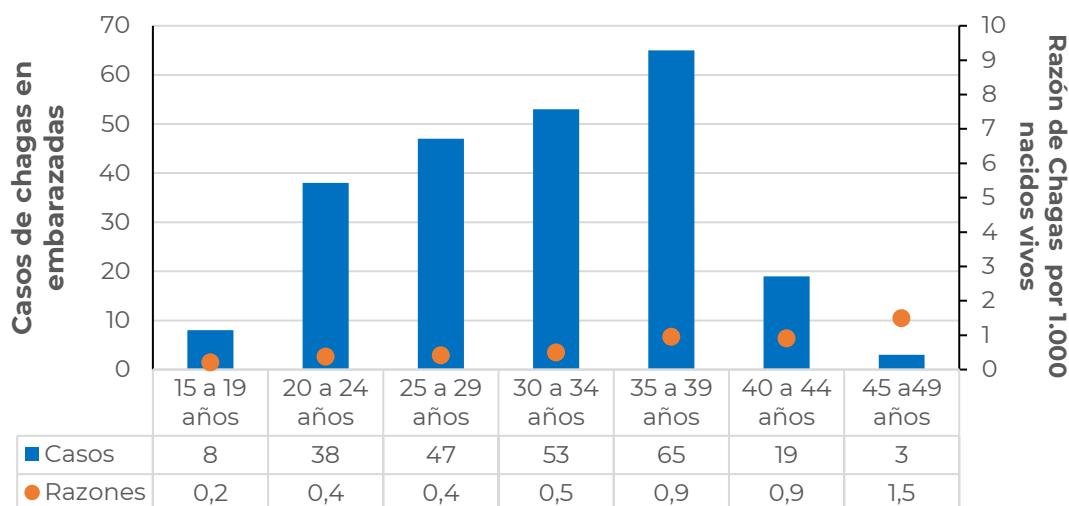
Si bien los datos correspondientes a 2025 aún se encuentran en proceso de consolidación y podrían modificarse en los próximos reportes, los resultados preliminares refuerzan la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de tamizaje sistemático y vigilancia activa, en particular en aquellas regiones con antecedentes de mayor carga histórica de la enfermedad.

En cuanto a la distribución por edad, el mayor número de casos de Chagas en embarazadas se registró en el grupo de 35 a 39 años (65 casos), seguido por los grupos de 30 a 34 años (53 casos) y 25 a 29 años (47 casos). Estos tres grupos reúnen más del 70% de los casos notificados en el año analizado.

Al observar las razones por 1.000 nacidos vivos según grupo de edad, se evidencia un comportamiento distinto al de la distribución de casos. La razón más alta se encuentra en el grupo de 45 a 49 años, con 1,5 por 1.000 nacidos vivos, pese a que solo se notificaron 3 casos en esa franja etaria. Este valor elevado se explica por el muy bajo número de nacimientos registrados en ese grupo. Le siguen los grupos de 35 a 39 años y 40 a 44 años, ambos con razones de 0,9 por 1.000 nacidos vivos. En los grupos de 15 a 34 años, las razones se mantienen en niveles bajos, entre 0,2 y 0,5 por 1.000, con un leve incremento progresivo conforme avanza la edad.

Desde una perspectiva programática, estos resultados subrayan la importancia de sostener el tamizaje universal durante el embarazo en todos los grupos de edad, sin segmentación, para garantizar la detección y atención oportuna de la infección por *T. cruzi*.

Gráfico 5. Distribución de casos y razones de Chagas en embarazadas por grupo de edad. Argentina, SE 1 – 13, año 2025 (n= 233).



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

- Características clínico-epidemiológicas de las embarazadas notificadas

En relación con los distintos componentes del registro en la ficha nominal de casos de Chagas del SNVS 2.0, se destaca que, del total de 233 casos notificados en 2025, el 88% (206) cuenta con información consignada en la sección de laboratorio, mientras que sólo el 0,4% (1) presenta antecedente de tratamiento registrado. En cuanto a los antecedentes epidemiológicos, se observa que el 0,4% (1) refiere antecedentes familiares con serología reactiva para Chagas, el

0,4% (1) consigna antecedentes de serología reactiva en embarazos previos, y el 3% (6) registra residencia o antecedente de residencia en zona endémica.

VII.3. Chagas congénito

VII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, con información notificada hasta el día 31 de marzo de 2025.

Para el período analizado se incluyó el evento “Chagas congénito” notificado por modalidad nominal. Para el análisis de las notificaciones nominales del evento se excluyeron aquellos casos que se reportaron clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”. Se consideraron casos confirmados de Chagas congénito a todos aquellos casos con muestras de laboratorio que confirmen la infección según algoritmo diagnóstico vigente para la edad del caso o aquellos casos en los cuales se hayan consignado dichos estudios en la sección “Diagnóstico referido o constatado”. Para poder determinar el año del diagnóstico, se consideró la fecha de nacimiento. Para poder determinar la procedencia del caso, se consideró la variable “Provincia de residencia” y en caso de no contar con la misma se utilizó en reemplazo la “Provincia de Carga”.

Para calcular la pérdida de seguimiento, se restó del total de casos notificados (excluyendo los invalidados por epidemiología) la cantidad de casos confirmados y descartados, es decir, aquellos cuyo seguimiento fue completado.

Para el cálculo de las tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre³³.

VII.3.B. SITUACIÓN DE CHAGAS CONGÉNITO EN ARGENTINA

Durante las primeras 13 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia un total de 175 casos de Chagas congénito, en comparación con 333 casos notificados en el mismo período de 2024. En cuanto a los casos confirmados, se reportaron 11 en 2025 y 13 en 2024.

A nivel regional, en 2024, las proporciones de confirmación fueron bajas en todas las regiones, sin superar el 5%. En 2025, se observa un aumento en Cuyo (13%) y en el NOA (9%), mientras que en la región Centro la proporción se mantiene estable en torno al 5%. En contraste, el NEA no presenta ningún caso confirmado en 2025, pese a haber registrado 12 notificaciones, lo que representa un descenso respecto a 2024 (3%).

³³ Información disponible en el siguiente enlace:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/boletin_numero_171_172024.pdf

Tabla 3. Proporción de Casos Confirmados de Chagas Congénito. Argentina. SE 1 a SE 13. Periodo 2024-2025. (n= 508)

Jurisdicción	2024			2025		
	Casos Notif	Confirmados	% confirmados	Casos Notif	Confirmados	% confirmados
Buenos Aires	56	3	5%	38	2	5%
CABA	17	0	0%	12	0	0%
Córdoba	27	3	11%	30	2	7%
Entre Ríos	5	0	0%	1	0	0%
Santa Fe	38	0	0%	32	2	6%
Total Centro	143	6	4%	113	6	5%
San Luis	4	0	0%	4	0	0%
San Juan	4	0	0%	0	0	0%
Mendoza	36	1	3%	11	2	18%
Total Cuyo	44	1	2%	15	2	13%
Chaco	25	1	4%	5	0	0%
Corrientes	5	0	0%	2	0	0%
Formosa	0	0	0%	0	0	0%
Misiones	7	0	0%	5	0	0%
Total NEA	37	1	3%	12	0	0%
Catamarca	3	0	0%	1	0	0%
Jujuy	0	0	0%	2	0	0%
La Rioja	6	0	0%	0	0	0%
Salta	53	3	6%	16	2	13%
Sgo del Estero	6	0	0%	0	0	0%
Tucumán	16	1	6%	4	0	0%
Total NOA	84	4	5%	23	2	9%
Chubut	5	0	0%	2	0	0%
La Pampa	4	0	0%	2	0	0%
Neuquén	8	1	13%	5	1	20%
Río Negro	3	0	0%	0	0	0%
Santa Cruz	2	0	0%	1	0	0%
T. del Fuego	3	0	0%	2	0	0%
Total Sur	25	1	4%	12	1	8%
Total País	333	13	4%	175	11	6%

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

En cuanto al análisis jurisdiccional, se destacan Mendoza (18%), Salta (13%) y Neuquén (20%) como las provincias con mayor proporción de confirmación en 2025, aunque en contextos de bajo volumen absoluto. Por otro lado, varias jurisdicciones, como Formosa, Misiones, Corrientes, CABA, San Juan y La Pampa, muestran notificaciones sin ningún caso confirmado en ninguno de los dos años.

Es importante tener en cuenta que los datos correspondientes a 2025 se encuentran aún en proceso de carga y consolidación. Dado que el seguimiento clínico y de laboratorio de los recién nacidos expuestos puede extenderse en el tiempo, la confirmación o el descarte del diagnóstico puede demorarse. Por este motivo, tanto las proporciones de confirmación de 2025 como las de 2024 deben considerarse preliminares y sujetas a modificación en los próximos reportes, a medida que se completen los circuitos de carga y seguimiento.

Desde el punto de vista de la vigilancia, la baja proporción de confirmación en relación con los casos notificados pone en evidencia la necesidad de fortalecer los circuitos de seguimiento, diagnóstico y carga oportuna de información. Asimismo, la variabilidad regional observada puede reflejar diferencias en el acceso al diagnóstico confirmatorio, en la organización de los servicios o en la continuidad del seguimiento clínico.

Para el año 2025, la tasa preliminar de Chagas congénito en Argentina fue de 0,02 casos confirmados por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en el mismo período de 2024 había sido de 0,03 por 1.000. Esta diferencia representa una leve disminución en la tasa nacional, aunque los valores se mantienen bajos en ambos períodos. Para el cálculo de la tasa correspondiente al año en curso se utilizaron los nacidos vivos del año 2024 como denominador, dado que los datos de nacimientos de 2025 aún no se encuentran disponibles.

Tabla 4. Casos y tasas cada 1.000 nacidos vivos. Chagas congénito. Argentina. SE 1 a SE 13. Periodo 2024-2025. (n=24)

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Buenos Aires	3	0,02	2	0,01
CABA	0	0	0	0
Córdoba	3	0,08	2	0,05
Entre Ríos	0	0	0	0
Santa Fe	0	0	2	0,05
Total Centro	6	0,02	6	0,02
San Luis	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0
Mendoza	1	0,05	2	0,10
Total Cuyo	1	0,03	2	0,06
Chaco	1	0,06	0	0
Corrientes	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0
Total NEA	1	0,02	0	0
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0
Salta	3	0,18	2	0,12
Sgo del Estero	0	0	0	0
Tucumán	1	0,05	0	0
Total NOA	4	0,06	2	0,03
Chubut	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	1	0,15	1	0,15
Río Negro	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0
T. del Fuego	0	0	0	0
Total Sur	1	0,04	1	0,04
Total País	13	0,03	11	0,02

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

A nivel regional, las tasas de Chagas congénito se mantienen bajas en todo el país. Ninguna región supera los 0,06 casos por cada 1.000 nacidos vivos, y algunas, como el NEA, no presentan hasta el momento casos confirmados. En comparación con el mismo período de 2024, se observa un leve descenso en la mayoría de las regiones, aunque con variaciones mínimas y sin cambios significativos en la carga del evento.

Estas diferencias deben interpretarse con cautela, ya que se trata de datos preliminares

correspondientes a las primeras 13 semanas epidemiológicas. En este sentido, las tasas presentadas son provisionales y su comportamiento deberá ser reevaluado en futuros reportes, una vez consolidada la información.

- Características clínico-epidemiológicas de chagas congénito

Del total de los 11 casos confirmados de Chagas congénito notificados en 2025, sólo 3 (27%) presentan diagnóstico referido, y 5 (45%) tienen registrado el tratamiento en el sistema. En relación con los antecedentes epidemiológicos registrados, en 6 casos (55%) se consigna madre con serología reactiva para Chagas, y en 1 caso (9%) se indica antecedente de residencia o haber vivido en zona endémica.

VII.4. Conclusiones

Durante el primer tramo del año 2025, los datos de vigilancia muestran una continuidad en la tendencia descendente del Chagas en embarazadas, tanto en el número de casos notificados como en las tasas estimadas por 1.000 nacidos vivos. Esta evolución sugiere avances en las acciones de control, especialmente en las regiones con antecedentes de mayor endemidad. No obstante, persisten desafíos en relación con la calidad y oportunidad de los datos, en particular en lo referido al seguimiento de casos sospechosos de Chagas congénito y su confirmación diagnóstica.

El análisis realizado refuerza la necesidad de consolidar la vigilancia nominal como herramienta para mejorar la trazabilidad de los casos y orientar las acciones de tamizaje, confirmación y seguimiento clínico. Las diferencias entre regiones y la baja proporción de confirmaciones en relación con las notificaciones resaltan la importancia de fortalecer los circuitos de articulación entre los servicios de atención, los laboratorios y los equipos de salud encargados del seguimiento.

La continuidad de las acciones destinadas a mejorar la captación temprana, el diagnóstico oportuno y el registro completo de la información es clave para seguir avanzando en el control del Chagas congénito y en la planificación de estrategias sanitarias más eficaces.

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control disponible en Argentina

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Fichas de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_chagas_snvs_2024_1642024.pdf

Instructivos:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_chagas_snvs_2024_1642024.pdf

VIII. Leishmaniasis Cutánea y Mucosa - Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades antropozoonóticas causadas por diferentes parásitos del género *Leishmania*. Son transmitidas a mamíferos susceptibles -entre ellos los seres humanos- por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebotomíneos (subfamilia *Phlebotominae*), lo que da lugar a distintos complejos vector-parásito-reservorio/hospedero.

En Argentina, se registran ciclos de transmisión autóctona de las siguientes variantes clínicas: leishmaniasis visceral (LV), que representa la forma de mayor gravedad, y leishmaniasis tegumentaria (LT), que incluye, entre otras, las formas cutáneas (LC) y mucosa (LM).

Aunque dinámica, la transmisión está delimitada a focos naturales donde coexisten vector, reservorio y parásito, condicionados por factores ecológicos como clima, temperatura, humedad y cobertura vegetal. Se han caracterizado tres ciclos de transmisión: selvático, doméstico-rural y doméstico-urbano, a diferencia del ciclo de la leishmaniasis visceral, las LT suele ocurrir en el ciclo selvático que, en nuestro medio, corresponden a tres regiones fitogeográficas (Yungas, Chaqueña y Paranaense) de 11 provincias del centro y norte del país. La transmisión silvestre en áreas de vegetación primaria o residual representa un riesgo principalmente asociado a actividades laborales, recreativas o extractivistas desarrolladas en esos ambientes. Ocasionalmente, se registran brotes de transmisión en los ciclos doméstico-rural y doméstico-urbano –vinculados a asentamientos ubicados en zonas contiguas a áreas de vegetación primaria o parches residuales urbanos– donde tanto los vectores como los reservorios (animales vertebrados de vida silvestre) pueden perpetuar la transmisión en el entorno peridomiciliario.

VIII.2. Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis cutánea y mucosa

La leishmaniasis cutánea es una enfermedad infecciosa que afecta la piel. Su espectro clínico es muy variado y depende de la interacción de varios factores: edad, estado nutricional, respuesta inmunológica, susceptibilidad genética del huésped, especie infectiva, vector, dosis y sitio de inoculación. La presentación cutánea es la más frecuente de todas las leishmaniasis y genera gran morbilidad pero raramente puede comprometer la vida.

En la región de las Américas se han descrito al menos 15 especies de los subgéneros *Leishmania* (L.) y *Viannia* (V.) vinculados a esta presentación. siendo en Argentina *Leishmania* (V.) *braziliensis* el agente etiológico, aunque hay reportes de aislamientos en pacientes también en el Chaco salteño de *L.* (*L.*) *amazonensis* y *L.* (*V.*) *guyanensis*. Tanto el agente etiológico, como los vectores y los reservorios son diferentes a lo descrito en leishmaniasis visceral (Ver BEN 750/SE13)³⁴. La transmisión ocurre cuando una hembra infectada de un flebotomíneo se alimenta de un

³⁴ Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°750, SE 13. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_750_se_13_vff.pdf

vertebrado. En Argentina, la principal especie involucrada en la transmisión de *Leishmania braziliensis* es *Nyssomyia neivai*; también se han involucrado a *Migonemyia migonei* y al complejo *Evandromyia cortezezzii*. *Nyssomyia whitmani* solamente se la involucró, hasta el momento, en Puerto Iguazú- Misiones. Múltiples reservorios (animales vertebrados que mantienen al parásito en la naturaleza y perpetúan el ciclo de transmisión) han sido incriminados en el ciclo de vida del parásito, algunos de los identificados son marsupiales (especies de *Didelphis*), el oso perezoso (especies de *Choloepus* y de *Bradypus*), el oso hormiguero menor (*Tamandua tetradactyla*), el zorro (*Cerdocyon thous*) y a roedores (especies de *Rattus*, *Proechimys*, *Nectomys* y *Oryzomys*, entre otros). En cada foco de transmisión hay distintos reservorios principales, siendo una interacción entre los reservorios y los parásitos es compleja, multifactorial, circunstancial y dinámica.

La leishmaniasis cutánea localizada es la presentación más habitual de la LC y las lesiones pueden ser únicas o múltiples (hasta 10 lesiones) de localización en zonas expuestas a picaduras, principalmente en las extremidades. La lesión comienza como una pápula que evoluciona a un nódulo, redondeado e indoloro, que aumenta de tamaño de forma progresiva y se ulcerá hasta conformar una úlcera característica de bordes elevados y definidos, con un fondo granuloso que puede o no tener un exudado en su fondo y es indolora. Pueden aparecer lesiones secundarias, nodulares y/o ulceradas y en ocasiones se sobreinfectan, pudiendo presentar exudado purulento y generar dolor. Existen otras presentaciones infrecuentes de leishmaniasis tegumentarias como la cutánea diseminada, la leishmaniasis cutánea difusa anérgica, la leishmaniasis cutánea atípica y la cutánea crónica recurrente. La presentación mucosa es una lesión crónica y mutilante que compromete, inicialmente, la mucosa nasal y a continuación la orofaríngea y de las vías respiratorias altas. Está principalmente asociada a la especie *L. V. braziliensis*, y en la mayoría de los casos se cuenta con el antecedente de lesiones cutáneas o lesiones concomitantes, por lo que se considera una diseminación hematogena o por contigüidad de la misma. Se considera multicausal, consecuencia de la interacción variable de los factores dependientes del parásito (especie, tropismo, virulencia, capacidad patógena, infección con LRV 1 [*Leishmania RNA virus 1*]) y del huésped (inmunidad, genética), donde se desarrolla una respuesta inflamatoria exagerada con participación de la reacción inmunitaria innata y de las células TCD4+ y TCD8+ que no es modulada por los mecanismos reguladores por lo que ocurre el daño tisular y el desarrollo de la enfermedad.

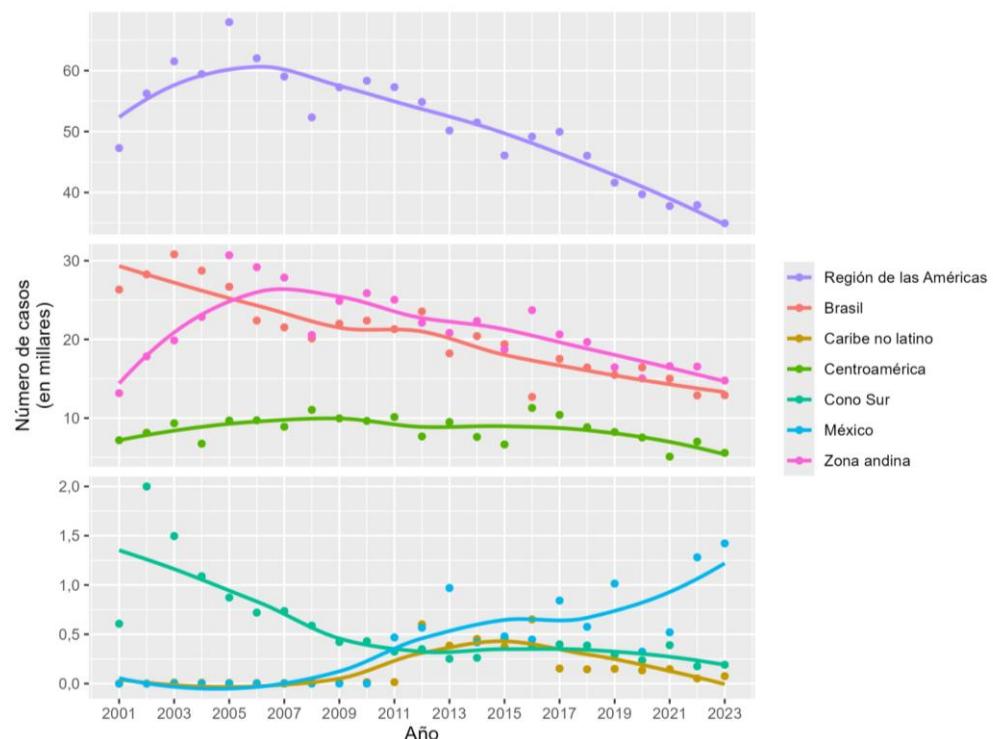
VIII.3. Situación regional

En el período 2001-2023, 17 países de la Región notificaron a la OPS 1 105 545 casos de leishmaniasis cutánea (LC) y mucosa (LM), con un promedio de 52 645 por año. La tendencia de esta enfermedad sigue en disminución desde el 2005, con 34 954 casos notificados en el 2023, la menor cifra observada en el período.³⁵ En el 2023, la tasa de incidencia por 100.000 habitantes de la Región fue de 15,4. Los países con las mayores incidencias (por cada 100 000 habitantes) fueron Suriname (80,8 casos), Guatemala (43,8 casos), Perú (37,8 casos), Panamá (36,9 casos), Bolivia (Estado Plurinacional de) (35,6 casos) y Nicaragua (32,8 casos). Los países con tasas más bajas por cada 100 000 habitantes fueron Argentina (2,7 casos), Ecuador (8 casos), Paraguay (4,5 casos) y Venezuela (República Bolivariana de) (8,8 casos). Se mantiene el patrón de transmisión

³⁵ Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis: informe epidemiológico de las Américas [Internet]. Núm. 13, diciembre de 2024. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51742>.

selvático, con un 51% de los casos en el grupo de personas con 20 a 50 años, y una relación 3:1 para hombres y mujeres con la enfermedad. El grupo etario de menores de 10 años es un importante indicador para la vigilancia epidemiológica y entomológica de la LC, una vez que sugiere transmisión domiciliaria o peridomiciliaria. (Ver Gráfico 1 y Mapa 1)

Gráfico 1. Casos de leishmaniasis cutánea en las Américas. 2001-2023.



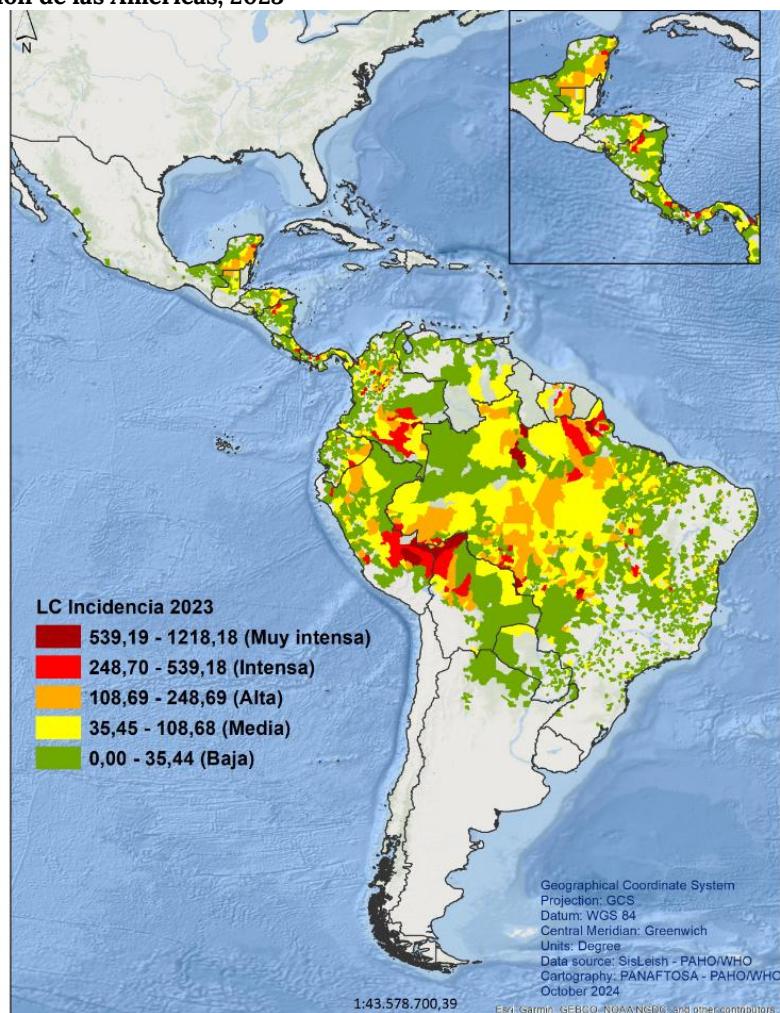
Nota: Datos notificados por los programas de leishmaniasis y los servicios de vigilancia de los países correspondientes a 17 países de la Región de las Américas en los que la enfermedad es endémica.

Los puntos graficados corresponden a recuentos de casos reales. Las líneas corresponden a tendencias a corto plazo, calculadas mediante regresión local.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Información Regional de las Leishmaniasis en las Américas (SisLeish). Washington, DC: OPS; 2024 (consultado el 8 de octubre del 2024).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. SisLeish. Washington, DC: OPS; 2024 (consultado el 8 de octubre del 2024).

Mapa 1. Incidencia de leishmaniasis cutánea por 100.000 habitantes, segundo nivel administrativo subnacional, Región de las Américas, 2023



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. SisLeish. Washington, DC: OPS; 2024 (consultado el 8 de octubre del 2024).

VIII.4. Leishmaniasis Cutánea y Mucosa en Argentina

VIII.4.A. NOTA METODOLÓGICA

En nuestro país, las leishmaniasis están incluidas como eventos de notificación obligatoria, según lo establecido por la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022. En concordancia al Programa Regional de Leishmaniasis instituido por la OPS desde el año 2011, que actualizó en el 2024 su “Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030”.³⁶

La modalidad de vigilancia es nominal, consiste en la vigilancia universal e inmediata ante la sospecha de casos de Leishmaniasis Cutánea y Leishmaniasis Mucosa.

³⁶ Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030. Pan American Health Organization; 2024. doi:10.37774/9789275328781

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, desde el 1 de enero de 2019 hasta el día 31 de marzo de 2025. Para el análisis temporal de los casos se utilizó la fecha mínima registrada³⁷ y se excluyeron aquellos casos correspondientes a fechas previas a 2019.

En cuanto a la distribución geográfica, se consideró la jurisdicción de residencia de los casos (o la de notificación, si la de residencia no se encontraba registrada).

Se considera como probable recaída cutánea a la notificación de un nuevo evento luego de 3 meses del primer evento para LC y 6 meses para LM. En los casos notificados tanto como cutáneas y mucosas, se identificó como probable recidiva mucosa si hubo 6 meses de diferencia entre la notificación el caso cutáneo y mucoso, en caso de ser menor aparece en ambas bases y como concomitante. Debido a las características de los datos recabados en el SNVS 2.0, no se pudo constatar tratamiento y/o cura realizado por la baja completitud de dichas variables.

VIII.4.B. HISTÓRICO

En nuestro país, el área endémica de LT es de aproximadamente 500.000KM² abarca algunas regiones de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Chaco, Catamarca, Corrientes, Misiones, Formosa, y norte de Santa Fe, con tres regiones fitogeográficas (Yungas, Chaqueña y Paranaense). Entre los meses de octubre y mayo existe mayor riesgo de transmisión. Si bien, se han encontrado flebótomos en las provincias de Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos, en las mismas no han ocurrido casos humanos autóctonos.

Hay reportes de casos desde comienzos del siglo XX, cuando se realizó el primer censo en la década de 1920. Siendo una enfermedad de notificación obligatoria desde la implementación de la Ley 15465. Desde la década de 1980 se ha reportado un aumento de los casos vinculado principalmente a brotes de transmisión silvestre y peridoméstica en Formosa, Catamarca, Salta, Chaco, Tucumán, Misiones, Corrientes y Jujuy.³⁸

VIII.4.C. SITUACIÓN ACTUAL DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA

Entre 2019 y 2024 se registraron en Argentina 990 casos confirmados de Leishmaniasis cutánea. El 59,3% de los casos fueron en el NOA, donde Salta y Jujuy notificaron 385 y 165 casos, respectivamente. El NEA es la siguiente región con mayor cantidad de notificaciones (35,5% del total), principalmente en Misiones (135 casos) y Chaco (131 casos) (Ver Tabla 1 y Mapa 2)

La tendencia temporal se encuentra en descenso, a expensas de la situación epidemiológica en la región del NOA, mientras se encuentra estable en la región NEA, donde hubo un aumento en Chaco y Formosa en los últimos años (Ver Gráfico 2). Estas regiones probablemente presentan diferente estacionalidad, con picos en Julio en el NOA y Noviembre-Enero en NEA posiblemente relacionados a picos de transmisión en las estaciones de Otoño y Primavera respectivamente. (Ver Gráfico 3). Fueron 12 los casos notificados que presentaron como antecedente un viaje a otro país de Latinoamérica y 5 casos referían residencia en otro país. Durante el presente año

³⁷ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

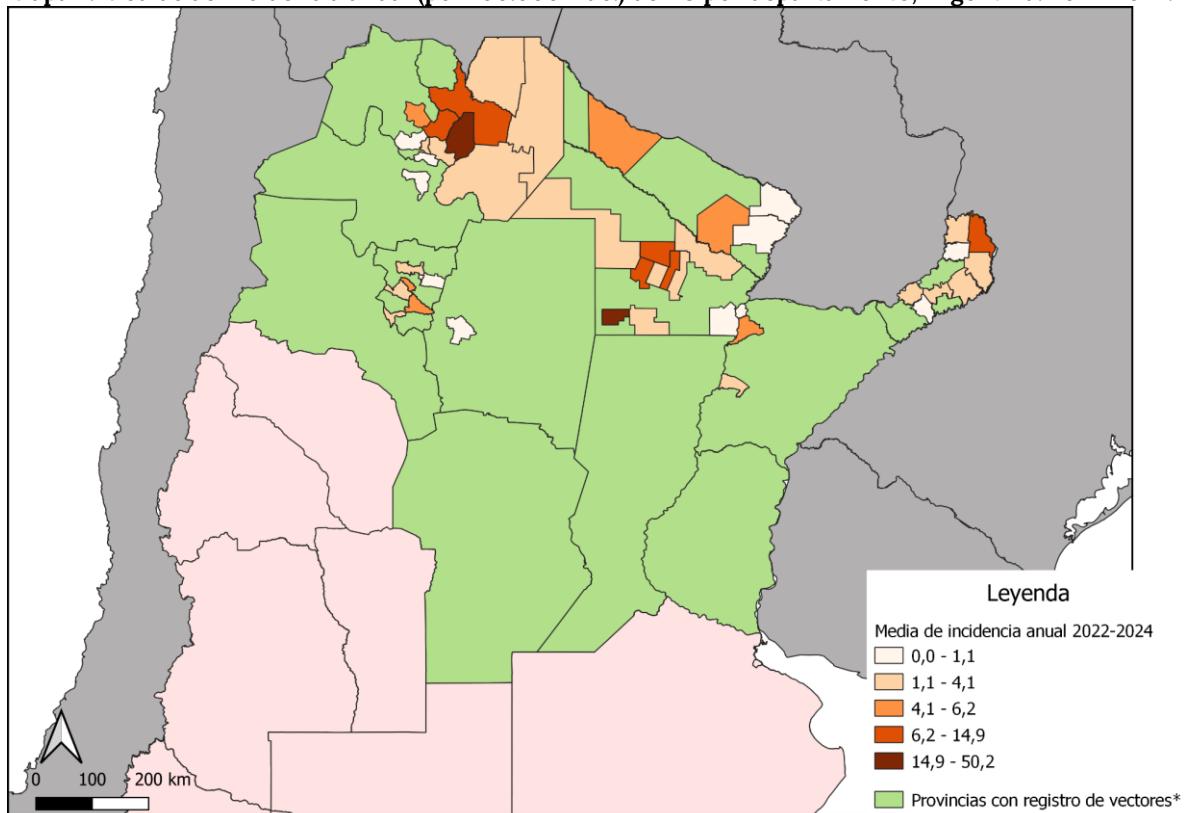
³⁸ Salomon, Oscar & Quintana, María & Rosa, Juan. (2008). Eco-epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Argentina. Salud(i)Ciencia. 16. 514-520.

hasta la SE 14 se han notificado 13 casos confirmados, el 53,7% en Salta, siendo todos los casos en mayores de 18 años.

Tabla 1. Casos confirmados de leishmaniasis cutánea por año y jurisdicción de residencia. Argentina, 2019-2024

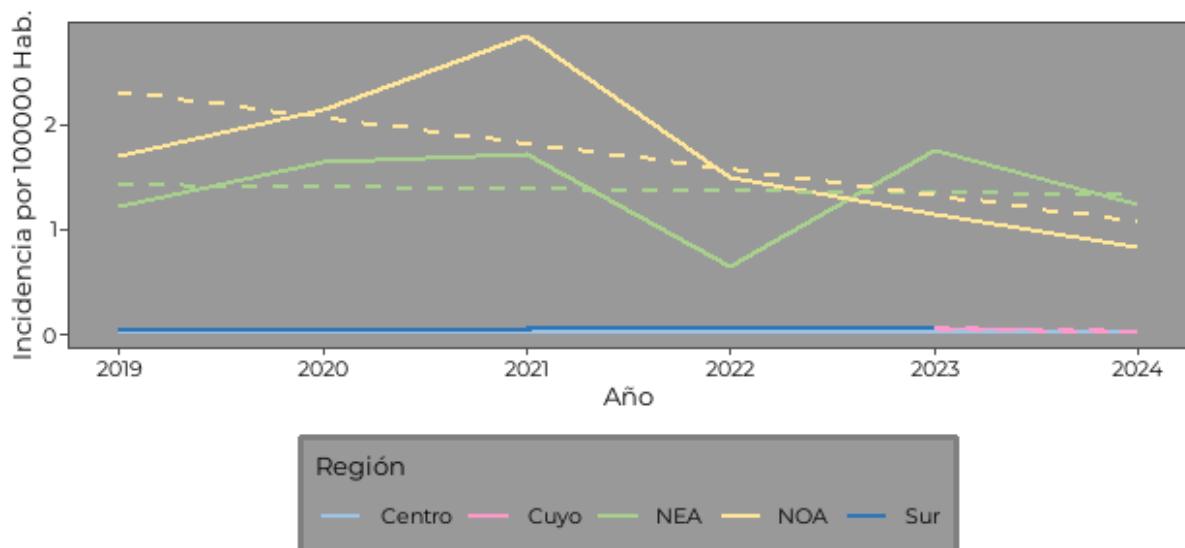
Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Buenos Aires	4	7	4	6	4	3
CABA	1	1	0	2	2	1
Córdoba	1	0	1	0	0	1
Santa Fe	1	0	0	1	1	0
Entre Ríos	0	0	0	0	1	1
Total Centro	7	8	5	9	8	6
San Juan	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	1	0
Mendoza	0	0	0	0	1	1
Total Cuyo	0	0	0	0	2	1
Chaco	14	10	16	4	53	34
Corrientes	4	9	6	3	0	2
Formosa	2	16	14	3	14	12
Misiones	31	34	37	18	9	6
Total NEA	51	69	73	28	76	54
Catamarca	1	0	0	0	0	0
Jujuy	37	31	39	29	14	15
Salta	50	87	118	56	46	28
Sgo. del Estero	0	3	2	1	0	0
Tucuman	8	1	4	1	8	7
Total NOA	96	122	163	87	68	50
Chubut	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	1	0	0	0	0	0
Rio Negro	0	1	2	0	2	0
Total Sur	1	1	2	0	2	0
Total País	156	200	243	124	156	111

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

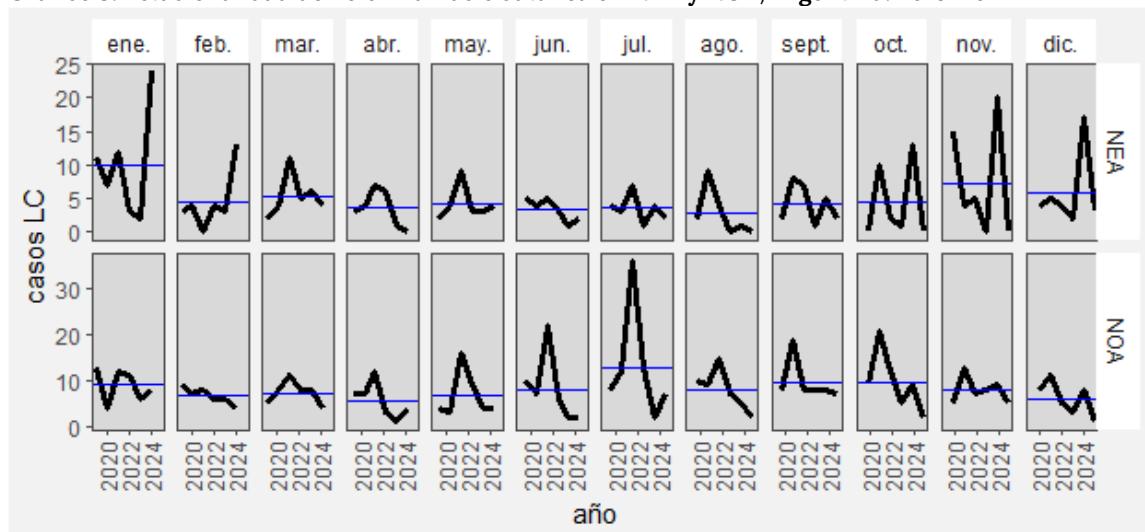
Mapa 2. Medias de incidencia anual (por 100.000 Hab.) de LC por departamento, Argentina. 2022-2024.

* Moya SL, Szleg EA, Manteca-Acosta M, Quintana MG, Salomón OD. Update of the Phlebotominae Fauna with New Records for Argentina and Observations on Leishmaniasis Transmission Scenarios at a Regional Scale. *Neotrop Entomol*. 2022;51(2):311-323. doi:[10.1007/s13744-021-00934-7](https://doi.org/10.1007/s13744-021-00934-7)

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

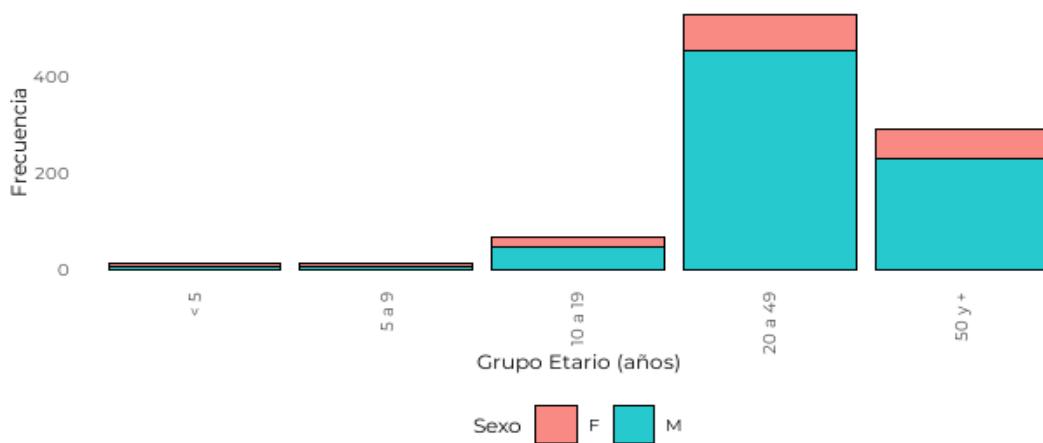
Gráfico 2. Serie temporal de incidencia acumulada anual y la tendencia temporal por región. Argentina, 2019-2024

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

Gráfico 3. Estacionalidad de Leishmaniasis cutánea en NEA y NOA, Argentina. 2019-2024

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

En los casos cutáneos que se pudo recabar, la media de días de evolución hasta el diagnóstico fue de 77,65 días, siendo menor en el NOA (50,89 días) y mayor en la zona Centro (180,78 días). En LC la mayoría de los casos fueron en personas de sexo masculino (80,8%) y entre 20 y 49 años (58,5% del total) (Gráfico 4). Se identifican 49 casos cutáneos tuvieron posibles recaídas, 37 con compromiso cutáneo y 12 con compromiso mucoso. En 54 casos se identifican profesiones asociadas como agricultores, forestales, guardaparques y militares, estos últimos vinculados a un brote ocurrido en Misiones.³⁹

Gráfico 4. Casos acumulados de Leishmaniasis cutánea por sexo y edad. Argentina 2019-2024

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

³⁹ Lamattina D, Couto EM, Moya SL, et al. The perfect storm: Cutaneous leishmaniasis in troops deployed in the Atlantic forest of Argentina. *Zoonoses and Public Health*. 2024;n/a(n/a). doi:[10.1111/zph.13115](https://doi.org/10.1111/zph.13115)

VIII.4.D. SITUACIÓN ACTUAL DE LEISHMANIASIS MUCOSA

Entre 2019 y 2024 se registraron en Argentina 111 casos confirmados de Leishmaniasis cutánea, 12 fueron notificados son probables recidivas mucosas y 10 tuvieron de forma concomitante presentaciones cutáneas. El 49,5% de los casos fueron en Salta (Ver Tabla 2). La media de evolución fue de 282,23 días. El 80,7% de los casos de LM fueron en personas de sexo masculino y la media de edad fue de 50 años. De los casos mucosos, 14 casos sufrieron 1 o más probable recaída.

Tabla 2. Casos confirmados de leishmaniasis mucosa por año y jurisdicción de residencia. Argentina, 2019-2024

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Buenos Aires	1	3	2	8	1	0
CABA	1	2	2	0	1	0
Córdoba	0	0	0	1	0	0
Total Centro	2	5	4	9	2	0
Salta	13	5	9	11	7	10
Tucumán	2	0	1	0	0	0
Jujuy	0	1	2	0	1	0
Santiago del Estero	0	1	0	1	0	1
Catamarca	0	0	0	0	1	1
Total NOA	15	7	12	12	9	12
Mendoza	0	1	1	1	0	0
Total Cuyo	0	1	1	1	0	0
Corrientes	0	2	1	1	2	2
Formosa	0	1	3	0	4	0
Chaco	0	0	0	1	0	0
Total NEA	0	3	4	2	6	2
Río Negro	0	0	1	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	1
Total Sur	0	0	1	0	0	1
Total País	17	16	22	24	17	15

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

VIII.5. Objetivos de la vigilancia de la Leishmaniasis Cutánea y Mucosa

- Alertar en forma temprana a los distintos actores involucrados ante la sospecha clínica de casos de leishmaniasis y facilitar la información necesaria para realizar las acciones de control.
- Identificar tempranamente los casos humanos para procurar la atención adecuada
- Registrar el estudio por laboratorio de todas las formas de leishmaniasis en humanos, así como la confirmación de casos.
- Registrar la ocurrencia de los casos y las áreas de dispersión de la enfermedad para direccionar las acciones de prevención y control

VIII.6. Recomendaciones

VIII.6.A. PREVENCIÓN

A nivel individual:

- Evitar exponerse en horas vespertinas y nocturnas en los sitios de alta transmisión (ambiente selvático primario, selvático intervenido, rural o periurbano)
- Cubrir con ropa la mayor superficie posible, especialmente brazos, piernas, cuello.
- Uso de repelentes N-N dietil toluamida (DEET) en concentraciones de 25% al 35% en forma apropiada.
- Uso de mosquiteros o toldillos de punto fino con o sin impregnación con insecticidas, así como telas en puertas y ventanas de las viviendas o zonas de trabajo que se encuentren en el monte o al borde del mismo.

A nivel comunitario:

- Información, educación y comunicación a la población sobre la existencia de leishmaniasis y el vector, modo de transmisión y los métodos de prevención antes mencionados.
- Programar las actividades laborales o comunales a fin de evitar la exposición en los sitios focales, horarios y períodos de mayor riesgo.
- En zonas de transmisión potencial de LC se sugiere mantener un rango de seguridad de 400 m a 500 m entre las viviendas y las zonas de cobertura vegetal densa.

Las medidas de prevención de la LM son las mismas que las mencionadas para la LC debido a que el compromiso mucoso se produce por contigüidad o metástasis de una lesión primaria. También es importante la consulta con el equipo de salud en forma precoz para un diagnóstico adecuado ante un cuadro clínico compatible con una leishmaniasis mucosa.

VIII.6.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- Control clínico del paciente: El tratamiento de la leishmaniasis en Argentina está normado con el esquema terapéutico sugerido por la OPS/OMS. Consultar recomendaciones vigentes.
- Control de personas o convivientes expuestos al mismo riesgo: Detección de casos sospechosos mediante difusión y búsqueda activa.
- Ambiente inmediato: No se recomienda la fumigación basada en aproximaciones empíricas.

- Se recomienda realizar una estimación de riesgo ambiental antes de llevar a cabo las

modificaciones del entorno (desmonte, construcciones en zona de borde, viviendas, etc.) en áreas endémicas y realizar las medidas de mitigación correspondientes.

- En zonas de transmisión potencial de LC se sugiere mantener un rango de seguridad de 400 m a 500 m entre las viviendas y las zonas de cobertura vegetal densa

VIII.6.C. MEDIDAS ANTE BROTES

Se define como brote a la presencia de casos de leishmaniasis en un área sin transmisión/silenciosa o el incremento de casos en relación con el número esperado, en áreas con transmisión o endémicas.

Ante un brote se debe realizar un estudio de brote donde se debe investigar factores de riesgo para caracterizar e identificar el patrón de edad y género, sitio y época probable de infección (persona, lugar y momento) actividades de riesgo, y distribución en tiempo y espacio de las diferentes especies de vectores, identificar los probables reservorios y la circulación parasitaria. En caso de modificaciones de patrón clínico o epidemiológico se recomienda identificar la especie de Leishmania circulante. Existen una serie de condiciones para llevar a cabo la tipificación: situación de brote, nuevos focos de transmisión, focos endémicos sin previo conocimiento de especies circulantes o situación epidemiológica atípica y situaciones en particular que en donde orienta el manejo clínico (ej inmunosuprimidos).

En las zonas de fronteras se debe mantener el contacto entre países y se deben compartir los datos disponibles de casos atendidos a ambos lados de la frontera.

VIII.7. Conclusiones

La leishmaniasis cutánea es la presentación clínica más común de las leishmaniasis en nuestro país. Compromete principalmente a población de áreas endémicas que se vinculan con zonas silvestres, pero el aumento repentino de casos y el compromiso en niños debe alertar sobre posibles brotes y/o transmisión periurbana. Estas regiones aparentan tener estaciones de mayor riesgo diferenciadas y la tendencia actual es en descenso. Estas últimas conclusiones deben tomarse con cautela, ya que los brotes de magnitud, en nuestro medio, pueden tener influencia en el análisis temporal y deberá profundizar con datos entomológicos. El análisis de morbilidad, asociado a características clínicas, evolución y respuesta a los tratamientos no es posible realizar a la fecha con los datos considerados.

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

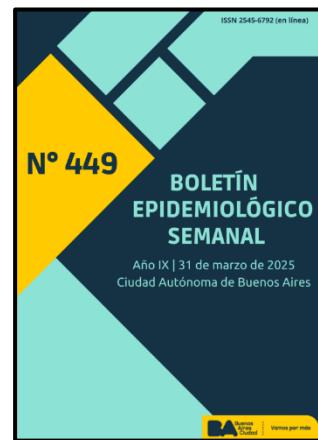
IX. Boletines jurisdiccionales

IX.1. CABA: Dengue

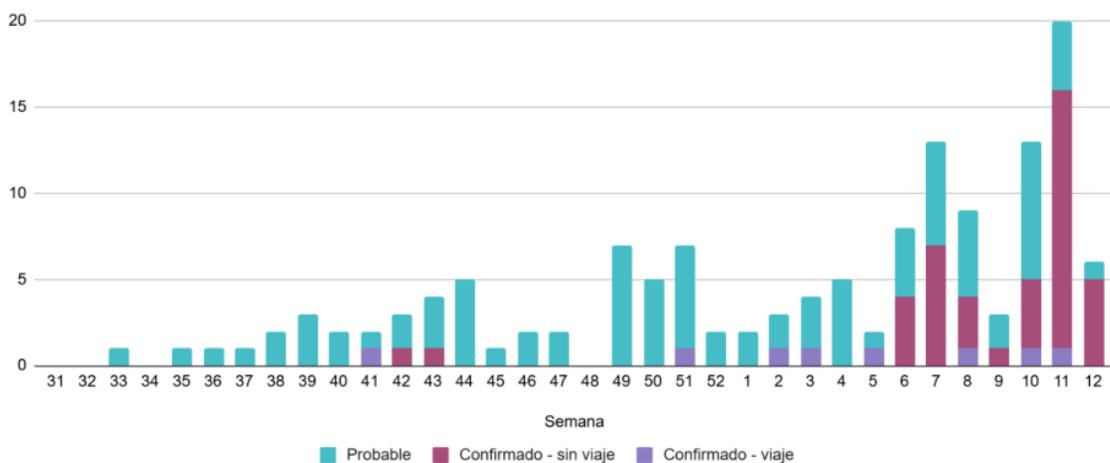
De acuerdo a los escenarios teóricos de riesgo que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, según la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, actualmente nos encontramos en el Escenario 3, caracterizado por la presencia de huevos del vector, actividad larvaria y eventuales casos asociados a viaje, y también con ausencia de éste. Este escenario se asocia con la cuarta etapa de acciones del Plan de Dengue de la Ciudad. A partir de la SE 42 DE 2024, hasta la SE 12 de 2025 (finalizada el 22 de marzo) se detectaron 49 casos confirmados, con y sin viaje. Se está monitoreando activamente la evolución de la situación, y realizando acciones de búsqueda activa y control de focos.

Se han detectado, hasta la fecha de confección del presente, 49 casos de dengue confirmado en CABA en la actual temporada, así 90 casos probables.

A diferencia de lo ocurrido en temporadas anteriores, se ha observado un predominio, hasta la SE10/2025, de los casos probables



Casos confirmados y probables notificados Dengue notificados en el SNVS desde SE-31 hasta SE-12 según FIS, detalle. Residentes CABA. Temporada 2024/25 (N = 139)



Fuente. Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0.

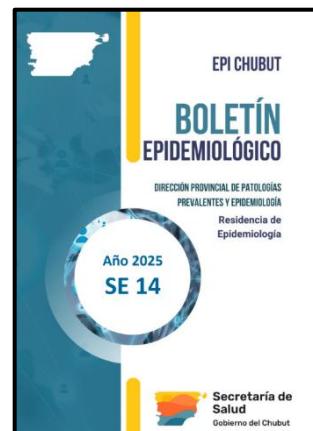
Para más información: <https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024-2025>

IX.2. Chubut: Diarreas

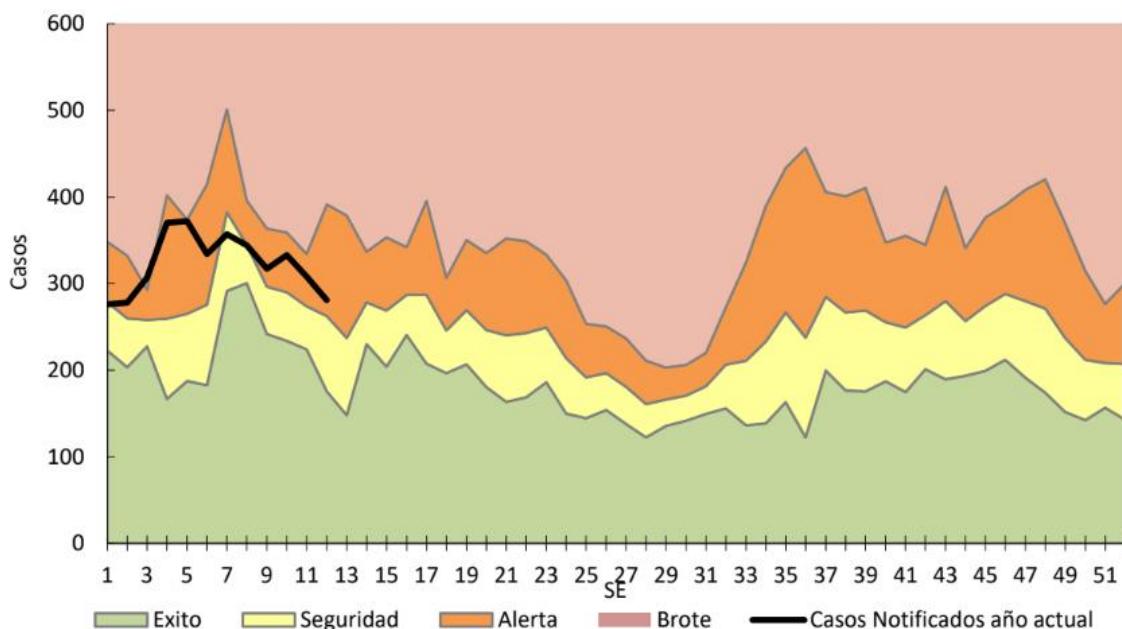
En las primeras 12 semanas del año 2025 se identificaron los siguientes agentes etiológico: Rotavirus (DV) (n=4), STEC O157 (n=3), Salmonella spp. (n=3), Shigella sonnei (n= 1), Shigella spp. (n= 1) y Adenovirus 40-41 (DV) (n=2).

A la SE 12 del año 2025 se estudiaron en total 501 muestras, de las cuales 14 fueron positivas. Del total de muestras positivas 8 corresponden a diarreas bacterianas y 6 a diarreas virales.

El corredor endémico en las últimas 4 semanas del 2025 se ubica en zona de seguridad y alerta.



Corredor endémico semanal de Diarrea. Provincia del Chubut. SE1-12 2025. N=3877



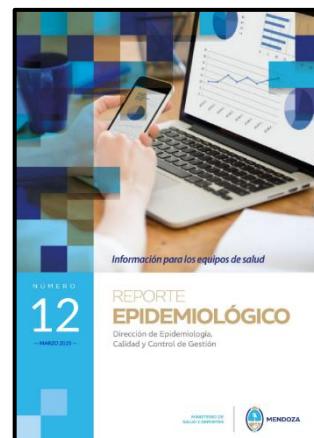
Fuente. Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0-Agrupado de laboratorio

Para más información: https://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

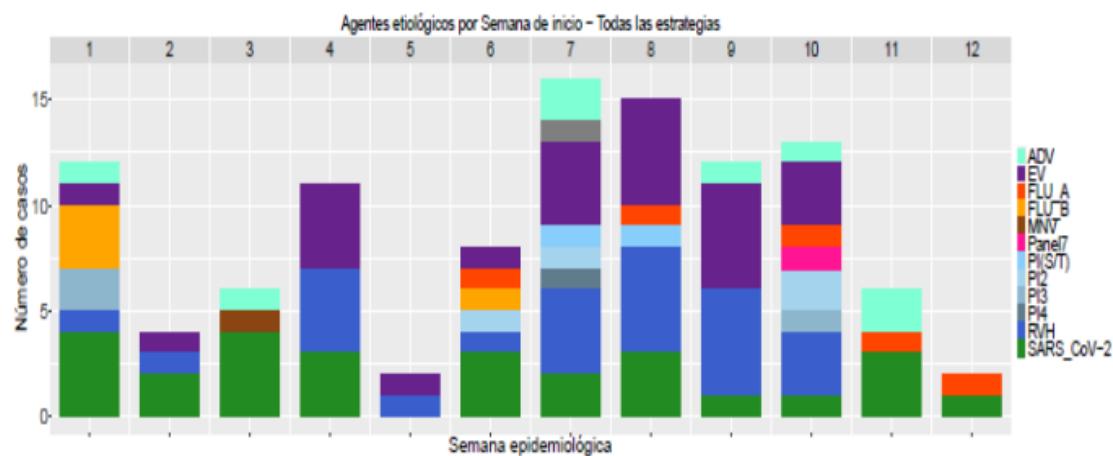
IX.3. Mendoza: Virus respiratorios

A SE12 (22/03) de 2025, se estudiaron y notificaron en la provincia un acumulado de 624 muestras de las cuales 107 resultaron positivas para los virus estudiados, lo que representa un 17,1% del total de las muestras estudiadas. Con respecto a la distribución proporcional de las 107 muestras positivas, se aisló SARS CoV2 en 27 casos (25,2%), 25 casos (23,4%) de RVH y 25 casos (23,4%) de EV. Se aislaron 8 muestras positivas de ADV (7,5%), 5 muestras positivas de Influenza A (4,6%), 4 de Influenza B (3,7%).

En relación a la edad, las muestras positivas corresponden en un 34,6% (37) a mayores de 15 años y el 65,4% (70) a población pediátrica menor de 15 años. De las muestras positivas en mayores de 15 años, en el 66,7% se detectó SARS CoV2.



Vigilancia Virus Respiratorios por SE. SE 1 a SE 12/2025. Mendoza



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos- 26/03/2025

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

IX.4. Salta: Hepatitis A

Hasta la SE13 del año 2025, se notificaron un total de 31 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 6 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico. Los mismos tienen residencia en los departamentos de Gral. San Martín, Rivadavia y Capital.

En cuanto a la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE13 del año 2025. Se observa en el gráfico un pico epidémico en 2014, con 79 casos y una tasa de incidencia de 6,00 por 100.000 habitantes. A partir de ese año, la tendencia muestra un descenso sostenido en el número de casos. Durante el periodo 2017-2024, la mediana de casos fue de 4,5 con un mínimo de 1 caso en 2021 y un máximo de 6 casos en 2018.



Casos confirmados de hepatitis A y tasa cada 100mil hab. Periodo 2010 hasta se 13/2025. Provincia de Salta.

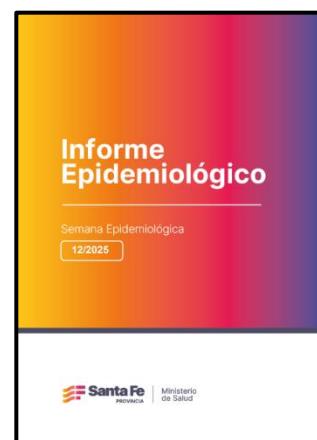


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas “Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018”.

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

IX.5. Santa Fe: Dengue

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 14/2025), se notificaron un total de 7602 casos al evento “dengue” y “dengue en la gestación”. Se confirmaron 3331 casos para el evento “dengue” y 32 casos en el evento de “Dengue en la gestación”, haciendo un total de 3383 casos confirmados, 1328 casos más que lo informado en el boletín de SE13/2025. De esos 3383 casos confirmados, 3281 casos son “sin antecedente de viaje”, 54 “con antecedente de viaje” (India, Maldivas, Colombia, Brasil y otras provincias de Argentina) y 48 se encuentran en investigación. Los 32 casos confirmados en el evento “dengue durante la gestación” son autóctonos y todos tienen residencia habitual en el departamento Rosario.



Casos de Dengue confirmados por laboratorio y criterio clínico epidemiológico desde SE 31/2024 hasta SE 14/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 3383.



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) hasta el 05/04/2025.

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)

IX.6. Tierra del fuego: Respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 14 en 2025 se notificaron 556 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 6.1% de los casos registrados a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas 2024 y 2025

	SE 14 / Año 2024	SE14 / Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	255	222	 -12.9
Tolhuin	78	87	 11.5
Ushuaia	259	247	 -4.6
Tierra del Fuego	592	556	 -6.1

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS con datos del SNVS 2.0.

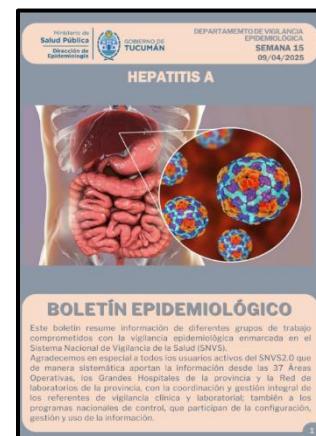
Para más información:

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

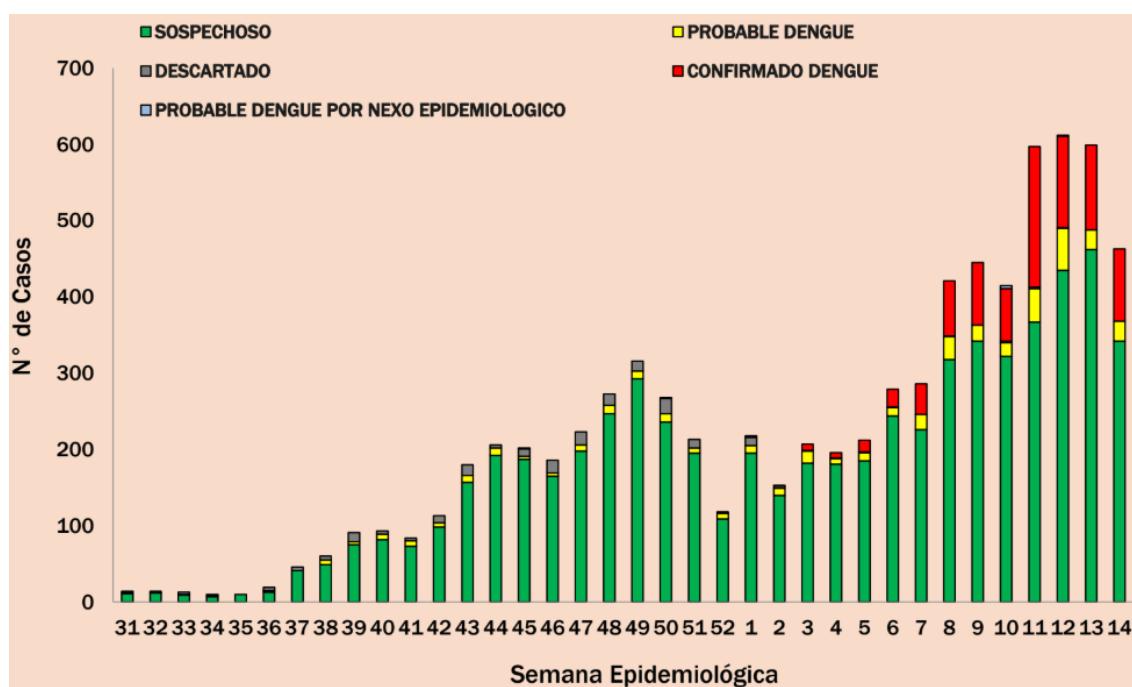
IX.7. Tucumán: Síndrome Febril Agudo Inespecífico

Entre la SE 31 del 2024 y la SE 14 del 2025 se notificaron 7861 casos de SFAI, de los cuales 6.400 son sospechosos (entre los cuales hay 32 casos sospechosos de dengue con antecedente de vacunación menor o igual a 30 días y 223 sospechosos no conclusivos) 832 confirmados, 422 son probables, 5 son probables por nexo, 196 descartados, 4 sospechosos de ZIKAV/ CHIKV, 1 probable flavivirus y 1 caso confirmado de CHIKV.

En la SE 14/2025 se notificaron 528 casos de SFAI en total: 382 casos sospechosos, 35 casos probables y 111 casos confirmados.



Curva epidémica de SFAI desde la SE 31 del 2024 hasta la SE 14 del 2025 (n=7861)



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Marzo	Carbunco cutáneo	Laboratorio	Determinación	Se modificó la opción "Genoma viral de B. anthracis" por "Genoma de B. anthracis". Se adicionó la opción "Detección de toxina de B. anthracis" asociado a la técnica de PCR.
Cambio contemplado para ser utilizado únicamente por el Laboratorio Nacional de Referencia				
Marzo	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)	Laboratorio	Técnica	Se adicionó la opción "ELISA de Captura (SOLO LNR)" asociada a la determinación "IgM anti sarampión"

I.1. Información relevante: enteroparásitos

A continuación, se presenta el listado de enteroparásitos, que deben ser notificados, en el orden en el que se encuentran configurados en el sistema.

1. Pacientes estudiados para el diagnóstico de enteroparásitos
2. Ascaris lumbricoides
3. Balantidium Coli
4. Blastocystis
5. Chilomastix mesnili
6. Dientamoeba fragilis
7. Difilobótridos
8. Endolimax nana

9. Entamoeba coli
10. Entamoeba histolytica/dispar/moshkovski/bangladeshi
11. Fasciola hepatica
12. Giardia duodenalis
13. Trichostrongylus sp.
14. Taenia sp.
15. Trichuris trichiura
16. Uncinarias
17. Schistosoma mansoni
18. Cystoisospora belli
19. Hymenolepis nana
20. Strongyloides stercoralis
21. Iodamoeba bütschli
22. Hymenolepis diminuta
23. Entamoeba hartmanni
24. Dipylidium caninum
25. Enterobius vermicularis
26. Entamoeba histolytica por métodos moleculares
27. Cryptosporidium sp. (por coloración o métodos moleculares)
28. Cyclospora cayetanensis (por coloración o métodos moleculares)
29. Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)
30. Anisákidos (Anisakis, Pseudoterranova, Hysterothelium, Contracaecum)

Los eventos mencionados a continuación se mantienen habilitados sin disponibilidad para la carga. Esto permite mantener el registro en las bases de datos de lo cargado previamente a la SE 38 de 2023:

- Histórico - Subfamilia Anisakinae (incluye Anisakis y Pseudoterranova)
- Histórico - Cryptosporidium sp.
- Histórico - Cyclospora sp.
- Histórico - Diphyllobothrium latum
- Histórico - Microsporidios
- Histórico - Cyclospora cayetanensis
- Histórico - Blastocystis hominis

XI. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.

La Residencia en Epidemiología es un programa remunerado de formación de posgrado a tiempo completo y con dedicación exclusiva, perteneciente a las residencias del equipo de salud. Se orienta a la producción de información para describir, comprender y explicar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de la población, detectar y priorizar problemas, proponer estrategias de intervención, apoyar la toma de decisiones y contribuir al monitoreo de políticas, programas y servicios de salud.

XI.1.A. INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LA RESIDENCIA:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/ingresoaresidencia>

XI.1.B. CHARLAS INFORMATIVAS:

2da Charla - 8 de abril a las 14 horas.

3ra Charla - 15 de abril a las 14 horas.

4ta Charla - 21 de abril a las 13:30 horas.

XI.1.C. PROFESIONES HABILITADAS A CONCURSAR:

Medicina; Veterinaria; Lic. en Bioquímica; Bioquímica; Lic. en Ciencia y Tecnología de Alimentos; Lic. en Ciencias Biológicas; Lic. en Biotecnología; Lic. en Ciencias Matemáticas; Lic. en Ciencias Químicas; Farmacia; Lic. en Enfermería; Lic. en Fonoaudiología; Lic. en Kinesiología/Fisiatría; Lic. en Nutrición; Lic. en Obstetricia; Odontología; Lic. en Estadística; Lic. en Sociología; Lic. en Trabajo Social; Lic. en Ciencias Antropológicas; Prof. Universitario en Antropología; Lic. en Psicología; Lic. en Ciencias de la Comunicación.

XI.1.D. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DEFINITIVA DEL CONCURSO UNIFICADO:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/concurso-unificado>

XII. 1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”

Destinado a personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Modalidad Virtual Autoadministrada

Plataforma Virtual de Salud: <https://pvs.msal.gov.ar>

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

XIII. 4° Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”

The poster is for the XIII. 4° Edición del Curso Virtual “Introducción al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0”. It features the SNVS 2.0 logo (a white lighthouse silhouette on a blue background) and the text: CURSO VIRTUAL, Introducción al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0, 4° Edición. Below this, it states: Este curso brinda herramientas a los equipos de salud sobre el manejo del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0. The modalidad is Virtual Autoadministrada on the Plataforma Virtual de Salud. A large oval highlights the start and end dates: Inicia: 10 de febrero and Finaliza: 30 de junio 2025. The inscription process is indicated by a QR code and the email: cursos.direpinacion@gmail.com. The seal of the Ministerio de Salud de la República Argentina is at the bottom left.

CURSO VIRTUAL
Introducción al Sistema Nacional de
Vigilancia de Salud SNVS 2.0
4° Edición

Este curso brinda herramientas a los equipos de salud sobre el manejo del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud
SNVS 2.0

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud

Inicia: 10 de febrero
Finaliza: 30 de junio 2025

INSCRIPCIONES EN:

Consultas:
cursos.direpinacion@gmail.com

Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica o con interés en la temática.

Duración: 25 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/SyywXdyd8ocSh2XU6>