



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 758

Semana epidemiológica 21
AÑO 2025
Desde 18/05 al 24/05
Fecha de publicación
02/06/2025

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

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín

EVENTOS PRIORIZADOS

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

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Karina Chaves¹, Esteban Couto², Julieta Siches³, Lucía Maffey³, Julián Antman¹, Cintia Fabbri⁴, Victoria Luppó⁴, María Alejandra Morales⁴, Gonzalo Díaz⁵, Carolina Cerrudo⁵, Gabriela Anahí Chiavetta⁵, Lorena Ferreira⁵.

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

Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado: Yasmin El Ahmed¹, Julián Antman¹, Cecilia González Lebrero¹, Carlos Giovacchini⁹, Alejandra Corso¹⁰, Fernando Pasteran¹⁰, Juan Manuel de Mendieta¹⁰, Paulina Marchetti¹⁰, Alejandra Menocal¹⁰, Diego Faccone¹⁰, Ezequiel Alborno¹⁰, Celeste Lucero¹⁰, Melina Rapoport¹⁰, Belén Sanz¹⁰, Nahir Gattoni¹⁰, Sonia Gomez¹⁰, Tomas Poklepovich¹¹, María Sol Haim¹¹, Mónica Prieto¹², Ariel Gianecini¹², y Lucia Cipolla¹².

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Fibrosis Quística en Argentina – Actualización informe epidemiológico: Juan Carlos Bossio⁸, Magalí Cabral⁸, David Patiño⁸, Lucio Roldán Difilipo⁸, Gustavo Armando⁸.

Intento de Suicidio - Informe de la implementación del Sistema de Vigilancia y situación epidemiológica: Yasmin El Ahmed¹, Cecilia González Lebrero¹, Julián Antman¹, Antonella Vallone¹, Barbara Alter⁶, Ariadna Vázquez⁶, Mariana Di Pace⁶, Luciana Chinchilla⁶, Agustina Garate⁶, Martin Cagide⁶, Carolina Interlandi⁷, Sabrina Arrillaga⁷, Guillermo Pujadas⁷.

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

Ignacio Di Pinto¹.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Irene Oks¹.

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, Guillermina Pierre¹, Juan Pablo Ojeda¹, Julio Tapia¹.

Compilación: Sebastián Riera¹, Franco Ormeño Mazzochi¹.

Coordinación General: Cecilia González Lebrero¹, 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”.

⁵ Servicio Meteorológico Nacional.

⁶ Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental.

⁷ Equipo de Epidemiología en Salud Mental, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental.

⁸ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, “Emilio Coni”, INER- ANLIS “Carlos G. Malbrán”.

⁹ Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

¹⁰ Servicio de Antimicrobianos, INEI-ANLIS “Carlos G. Malbrán”.

¹¹ Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

¹² Servicio Bacteriología Especial, INEI-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:

Latrodectus Sp. (Viuda Negra), Es una araña de tamaño pequeño, muy fáciles de identificar, ya que son de coloración negra con alguna parte de color rojo. Están distribuidas por toda la Argentina desde Salta hasta Tierra del Fuego y se las encuentra normalmente fuera de las casas. En Argentina los accidentes se pueden producir entre los meses de noviembre a abril, de acuerdo a las temperaturas, ya que estas se encuentran prácticamente inactivas en los meses fríos. Si bien la picadura de esta araña podría ser letal, cabe mencionar que son animales poco y nada agresivos. Foto aportada por el Instituto Nacional de Producción de Biológicos, miembro de la red de la ANLIS “Carlos G. Malbrán”.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°758, SE 21.

I. Editorial del BEN 756

En el marco de un proceso sostenido de transformación, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) consolida una nueva etapa editorial. Desde el lanzamiento de su versión renovada en el BEN N.º740, cada edición ha buscado profundizar no sólo el acceso y la calidad de los datos, sino también el sentido estratégico de la información producida para la toma de decisiones en salud.

En esta edición, el BEN se publica en un contexto de creciente visibilidad pública. No sólo es tomado por todas las jurisdicciones del país o ámbitos académicos y referencias en espacios de formación profesional, sino que, en particular, se ha tomado en numerosas notas en medios de comunicación. Este hecho da cuenta del interés que despierta la herramienta. Desde la Dirección de Epidemiología celebramos esa expansión como un avance relevante, no sólo por el reconocimiento, sino porque reafirma el valor de una epidemiología pública, situada y comprometida con la transformación. Al mismo tiempo, esa visibilidad nos interpela sobre la forma en que circula la información y la necesidad de fortalecer narrativas rigurosas, técnicamente válidas, éticamente responsables y profesionalmente honestas.

Desde la incorporación de la nueva estética y la presentación de los ENO seleccionados con alertas frente a la mediana 2020-2024, hasta la creación de la sección "Actualización periódica de eventos", esta etapa del BEN ha permitido la publicación de 24 informes epidemiológicos específicos: 17 de ellos corresponden a eventos abordados por primera vez y 7 a actualizaciones que profundizan análisis previamente presentados. Estos informes representan una apuesta concreta por problematizar los fenómenos de manera constante, caracterizando su evolución en el tiempo y su distribución territorial, y proponiendo medidas técnicas integradas.

En esta línea, el boletín se sigue construyendo como una herramienta en tensión: entre la técnica y la política, entre la comunicación y la gestión, entre la necesidad de síntesis y la complejidad de los fenómenos. Nos interesa promover una mirada crítica sobre los problemas sanitarios, entendiendo que lo que definimos como tales surge de arduos procesos de identificación, evaluación y priorización. Estos procesos implican múltiples actores y perspectivas, y reclaman respuestas que no se reduzcan a recetas únicas ni a lecturas fragmentadas.

Frente a abordajes lineales o simplistas, el BEN aspira a tejer un entramado colectivo de conocimiento y acción. Cada edición aporta un hilo a esa trama, combinando datos, contextos y propuestas que nos permitan no sólo describir lo que sucede, sino también entender sus sentidos y orientar intervenciones con mayor profundidad, responsabilidad y compromiso. Esa tarea es la que asumimos desde la DIREPI en conjunto con todos los equipos jurisdiccionales, convencidos de que la información epidemiológica debe ser una herramienta compartida para comprender mejor y actuar con mayor eficacia sobre los procesos de salud que atraviesan a nuestras comunidades.

¡Hasta la próxima!



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional N° 758, correspondiente a la Semana Epidemiológica 21 (18 al 24 de mayo de 2025), continúa fortaleciendo la estrategia de vigilancia mediante la publicación sistemática y contextualizada de eventos priorizados, junto a informes específicos que abordan problemáticas emergentes o persistentes con impacto sanitario relevante.

En esta edición se actualiza la situación de sarampión, dengue e infecciones respiratorias agudas. Dentro de este último grupo, se destaca la información sobre vigilancia centinela, vigilancia universal por laboratorio y, como se propone de manera mensual, la caracterización genómica de SARS-CoV-2, que permite identificar las variantes circulantes a nivel mundial y nacional, en un contexto de inicio de circulación activa de los virus respiratorios, en particular influenza, en distintas regiones del país.

Se incorpora también un nuevo informe sobre los avances de la investigación del ahora denominado “brote de enfermedad invasiva asociado a fentanilo contaminado”. El texto detalla los hallazgos clínicos, epidemiológicos y bacteriológicos, con la intención de dimensionar y caracterizar de manera dinámica el brote en curso, en articulación con distintas áreas técnicas y jurisdicciones involucradas en su abordaje.

En la sección de actualización periódica de eventos, se incluye una actualización de la situación de fibrosis quística en Argentina, presentando un segundo informe en lo que va del año. Junto con fibrosis quística, se presenta un informe exhaustivo sobre la implementación de la vigilancia de intentos de suicidio y su situación epidemiológica a nivel nacional. Este informe permite, por primera vez, contar con datos sistemáticos que visibilizan el evento, sus características clínicas y epidemiológicas, y los desafíos operativos que plantea su vigilancia desde una perspectiva de salud pública comprometida con el cuidado de la vida y el fortalecimiento de redes de acompañamiento.

En el apartado de Alertas y Comunicaciones Internacionales, se presentan las novedades sobre COVID-19 a nivel global, actualizaciones sobre fiebre amarilla en la región y el monitoreo de variantes virales de interés para la región de las Américas, como parte del seguimiento permanente de los eventos de importancia internacional.

Finalmente, se continúa promoviendo el desarrollo de capacidades en vigilancia a través de herramientas normativas y formativas. En esta edición, se destaca la mención a la reciente actualización de la normativa nacional sobre hantaviriosis y la publicación de nuevos cursos: la primera edición sobre vigilancia y notificación de dengue, junto con nuevas ediciones de los cursos virtuales “Introducción al SNVS 2.0” y “Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud”.

Con cada entrega, el BEN refuerza su papel como herramienta pública, situada y técnicamente rigurosa, que acompaña los procesos de análisis y toma de decisiones en salud desde una perspectiva integral. Su construcción colectiva, sostenida por los aportes de equipos de todo el país, sigue marcando un camino posible para la consolidación de una vigilancia que no solo registra, sino que interpreta y orienta.

Contenido

I. Editorial del BEN 756	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	9
III. Tablas de ENO seleccionados	10
III.1. Nota metodológica	10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.2. Eventos nominales confirmados	11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	12
III.4. Eventos agrupados clínicos	13
III.5. Eventos agrupados laboratoriales	15
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla	15
EVENTOS PRIORIZADOS	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. Descripción de los casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025	20
IV.3.B. Indicadores para la vigilancia epidemiológica	22
I.1. Recomendaciones para la comunidad	26
IV.4. Recomendaciones para los equipos de salud	26
IV.5. Vigilancia epidemiológica	26
IV.6. Medidas de prevención	27
IV.7. Medidas ante casos y contactos	28
IV.7.A. Medidas ante casos SOSPECHOSOS y/o CONFIRMADOS:	28
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	40
V.2.F. Situación epidemiológica del evento "dengue durante el embarazo"	41
V.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue	42
V.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue	43
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus	45
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina	46
V.4. Vigilancia entomológica	46
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	47
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)	47
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	51
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	53
VI.1. Nota Metodológica	53
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	53
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada	54
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	54
VI.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	54
VI.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	55
VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	55
VI.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	55
VI.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	58
VI.5. Casos fallecidos con diagnóstico de Influenza	61
VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios	63
VI.6.A. Recomendaciones para la población general	63
VI.7. Vacunación antigripal	64
VI.8. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2	65
VI.8.A. Situación mundial	65
VI.8.B. Situación nacional	65
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado	68
VII.1. Introducción	68
VII.1.A. Antecedentes	68
VII.1.B. Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso	69

VII.2.	Situación epidemiológica	70
VII.3.	Vigilancia epidemiológica	72
VII.3.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	72
VII.3.B.	Objetivos de la vigilancia	72
VII.3.C.	Definiciones de caso	73
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS.....		74
VIII.	Fibrosis Quística en Argentina – Actualización informe epidemiológico	75
VIII.1.	Introducción	75
VIII.2.	Situación epidemiológica	76
VIII.2.A.	Caracterización general de la notificación	76
VIII.2.B.	Muertes por fibrosis quística	79
IX.	Intento de Suicidio – Informe de la implementación del Sistema de Vigilancia y situación epidemiológica	82
IX.1.	Introducción	82
IX.2.	Sobre la implementación de la vigilancia de los intentos de suicidio	83
IX.2.A.	Antecedentes	83
IX.2.B.	Jurisdicciones y establecimientos participantes	83
IX.2.C.	Total de Notificaciones en el período de implementación	85
IX.2.D.	Síntesis de la implementación	85
IX.3.	Situación de Intentos de Suicidio en Argentina	86
IX.3.A.	Situación Epidemiológica intentos de suicidio con y sin resultado mortal	86
IX.3.B.	Situación Epidemiológica intentos de suicidio con resultado mortal	90
IX.3.C.	Síntesis de la situación epidemiológica	91
IX.4.	Recomendaciones para el equipo de salud	92
IX.4.A.	Medidas preventivas	92
IX.4.B.	Medidas ante casos y contactos	92
IX.5.	Conclusiones	92
IX.6.	Vigilancia epidemiológica	93
IX.6.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	93
IX.6.B.	Definiciones de caso	94
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES.....		95
X.	Introducción	96
X.1.	COVID-19 – Situación global	97
X.1.A.	Evolución y circulación de variantes del SARS-CoV-2	97
X.1.B.	COVID-19: actualización sobre la vacunación	98
X.1.C.	Panorama de regiones seleccionadas de la OMS	99
X.2.	Evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas	103
X.2.A.	Declaración general del Riesgo	103
X.2.B.	Información del contexto	104
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....		108
XI.	Boletines Jurisdiccionales	109
XI.1.	Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	109
XI.2.	Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dengue	110
XI.3.	Salta: Hepatitis A	111
XI.4.	Santa Fe: Dengue	112
XI.5.	Tierra del Fuego: Diarrea aguda	113
XI.6.	Tucumán: Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI)	114
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....		115
XII.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	116
XIII.	Información relevante	118
XIII.1.	Candidiasis sistémica	118
XIII.2.	Actualización de la normativa de Hantavirus	118
XIV.	Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.	119
XIV.1.	Información detallada sobre la residencia:	119
XIV.1.A.	Profesiones habilitadas a concursar:	119
XIV.1.B.	Publicación de información definitiva del Concurso Unificado:	119
XV.	1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”	120
XVI.	4º Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”	121
XVII.	7º Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud	122

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-21. 2020-2025. Argentina.

EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-21	2025 Acumulados SE 1-21	Diferencias 2025 con mediana 2020- 2024	
			Absoluta	%
Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Rabia animal	82	77	-5	-6%
Accidente potencialmente rábico (APR)	3.645	7.157	3.512	96%
Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	177	234	57	32%
Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	67	81	14	21%
Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	4	5	1	25%
Cisticercosis	3	4	1	33%
Escorpionismo o Alacranismo	2.474	4.176	1.702	69%
Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	255	466	211	83%
Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	16	30	14	88%
Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	13	8	160%
Brucelosis	45	44	-1	-2%
Hantavirusosis	27	31	4	15%
Legionelosis	3	12	9	300%
Intoxicación medicamentosa	590	611	21	4%
Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	5	6	1	20%
Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	14	13	N/A
Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	20	20	N/A
Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	4.425	4.425	N/A
Intento de Suicidio con resultado mortal	0	342	342	N/A
Lesiones graves por mordedura de perro	0	239	239	N/A
Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis	5.279	6.823	1.544	29%

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

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los

mismos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-21. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024		2025		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Mediana acumulados SE 1-21		Acumulados SE 1-21		Notif.	%	Conf.	%
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	412	1	3.988	31	3.576	868%	30	3000%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	412	0	3.988	0	3.576	868%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	847	346	1.122	364	275	32%	18	5%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	49	0	45	0	-4	-8%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	76.597	48.089	53.987	16.720	-22.610	-30%	-31.369	-65%
	Encefalitis de San Luis	140	4	210	0	70	50%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	101	0	124	0	23	23%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	25	0	49	0	24	96%	0	N/A
	Zika	1.343	0	737	0	-606	-45%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	136	41	126	32	-10	-7%	-9	-22%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.236	35	1.264	105	28	2%	70	200%
	Psitacosis	148	29	429	91	281	190%	62	214%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	587	25	616	22	29	5%	-3	-12%
	Sífilis Congénita	1.285	328	376	366	-909	-71%	38	12%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	2	0	2	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.008	965	768	638	-240	-24%	-327	-34%
	Sífilis en embarazadas	4.249	3.583	4.763	4.212	514	12%	629	18%
	Hepatitis B en embarazadas	0	24	53	11	53	N/A	-13	-54%
Hepatitis virales	Hepatitis A	63	13	126	61	63	100%	48	369%
	Hepatitis B	1.095	261	1.279	263	184	17%	2	1%
	Hepatitis C	966	443	918	506	-48	-5%	63	14%
	Hepatitis E	20	2	9	1	-11	-55%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	12.742	9.359	20.482	16.444	7.740	61%	7.085	76%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	151	99	324	252	173	115%	153	155%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	2	1	105	28	103	N/A	27	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.4. Eventos agrupados clínicos

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

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

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción.

Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-21. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-21	2025 Acumulados SE 1-21	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	317.394	316.895	-499	0%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	817	761	-56	-7%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	240	263	23	10%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin	25.498	16.940	-8.558	-34%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	382.461	312.226	-70.235	-18%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	21.645	18.786	-2.859	-13%
	Neumonía (sin especificar)	26.177	21.616	-4.561	-17%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	2.173	2.173	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	0	1.557	1.557	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	11.188	11.188	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	728	728	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	2.747	2.747	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	2	2.542	2.540	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	39	13.291	13.252	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	2.626	2.625	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.105	1.102	N/A
	Lesiones por electrocución	0	278	278	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	339	339	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	29.469	29.468	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	10.619	10.619	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	14.537	14.531	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	271	271	N/A
Otras lesiones en el hogar	2	10.881	10.879	N/A	

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

III.5. Eventos agrupados laboratoriales

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

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

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-21. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-21		2025 Acumulados SE 1-21		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	1.626	91	1.380	72	-246	-15%	-19	-21%
	Infección por Mycoplasma genitalium	267	5	278	6	11	4%	1	20%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.027	103	1.163	157	136	13%	54	52%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	6.560	233	2.035	148	-4.525	-69%	-85	-36%
	Infección por Trichomonas vaginalis	10.109	1.109	6.075	788	-4.034	-40%	-321	-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.

EVENTOS
PRIORIZADOS

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. Su gravedad es mayor 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, encefalomiелitis 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**.

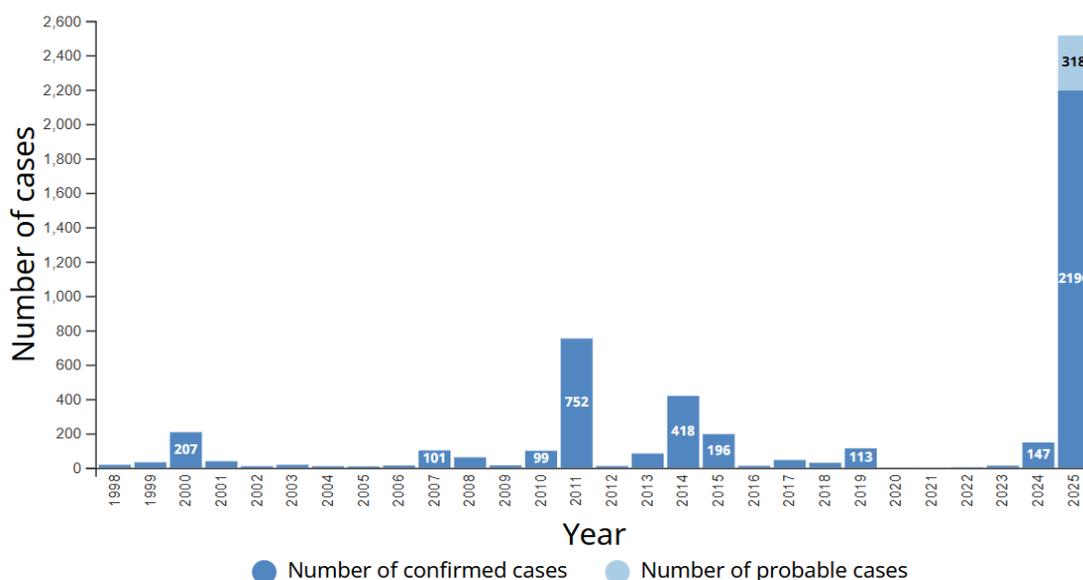
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

Canadá⁵

En 2025, se han notificado un total de 2.515 casos de sarampión (2.197 confirmados, 318 probables) en 9 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 17 de mayo de 2025**.

En la semana 20 (del 11 al 17 de mayo de 2025), se notificaron 354 nuevos casos de sarampión (309 confirmados y 45 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario, Saskatchewan).

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 17 de mayo de 2025.



⁵ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

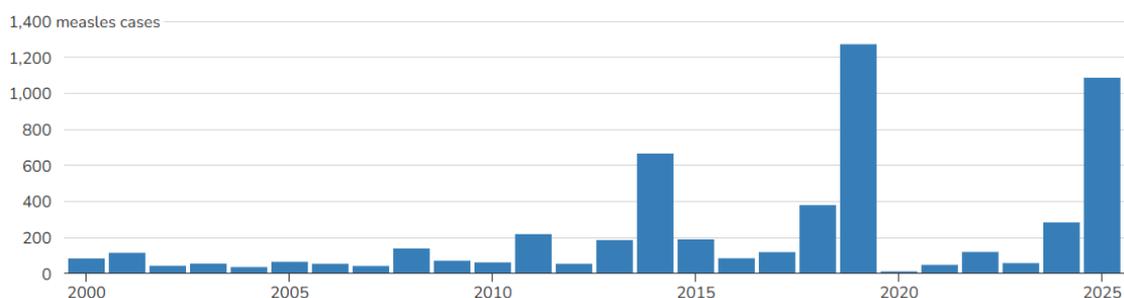
Estados Unidos de América⁶

Al 29 de mayo de 2025, se notificaron un total de 1.088 casos confirmados de sarampión en 33 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Vermont, Virginia y Washington.

En 2025 se han notificado 14 brotes, y el 90% de los casos confirmados (977 de 1.088) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 ha habido 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos anuales de sarampión. Estados Unidos de América. 2023-2025 (hasta 29/05/25).

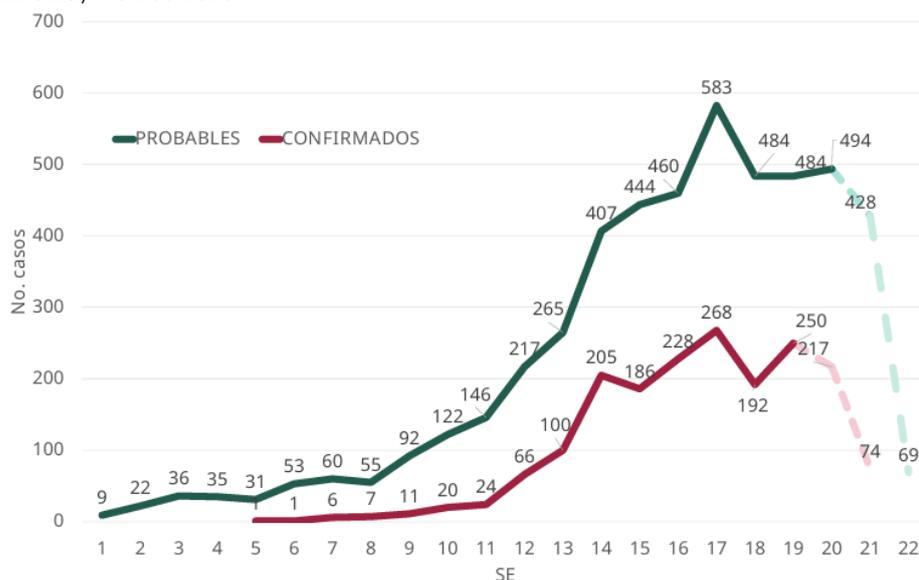
**México**⁷

Al 20 de mayo, se han reportado 1.856 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 26 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 17 estados y 57 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 4 fallecimientos.

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

⁷ <https://shorturl.at/KUEqZ>

Gráfica 1. Casos probables y confirmados de sarampión por semana epidemiológica y fecha de inicio de exantema, México 2025.**Perú⁸**

El Ministerio de Salud emitió la alerta epidemiológica a los servicios de salud del Perú ante el riesgo de importación de casos de sarampión al país, a fin de que se intensifique la vigilancia epidemiológica y las actividades de vacunación.

Esto debido a la confirmación de un (1) caso importado de sarampión en un niño de 11 años con antecedente de viaje a EE.UU., donde uno de sus familiares fue diagnosticado con esa enfermedad.

Detectado el caso, se está realizando el cerco epidemiológico y vacunación a los contactos del menor. Hasta el momento no se han reportado casos sospechosos.

IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2038 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 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 las semanas 12 y 13.

A la fecha, se han confirmado 32 casos de sarampión en el país, de los cuales 18 corresponden a la provincia de Buenos Aires, 13 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 1 caso a la provincia de San Luis.

De los 32 casos confirmados, 6 fueron importados: 2 provenientes de Rusia (Genotipo B3 DSID 9240), 1 de Tailandia (Genotipo D8 DSID 5963 linaje Patán), 1 de México (Genotipo D8 DSID 9171 linaje Ontario) y 2 de Inglaterra (genotipo B3 DSID 6418 linaje Quetta).

De los 26 casos restantes, en el momento actual de la investigación, la situación es la siguiente:

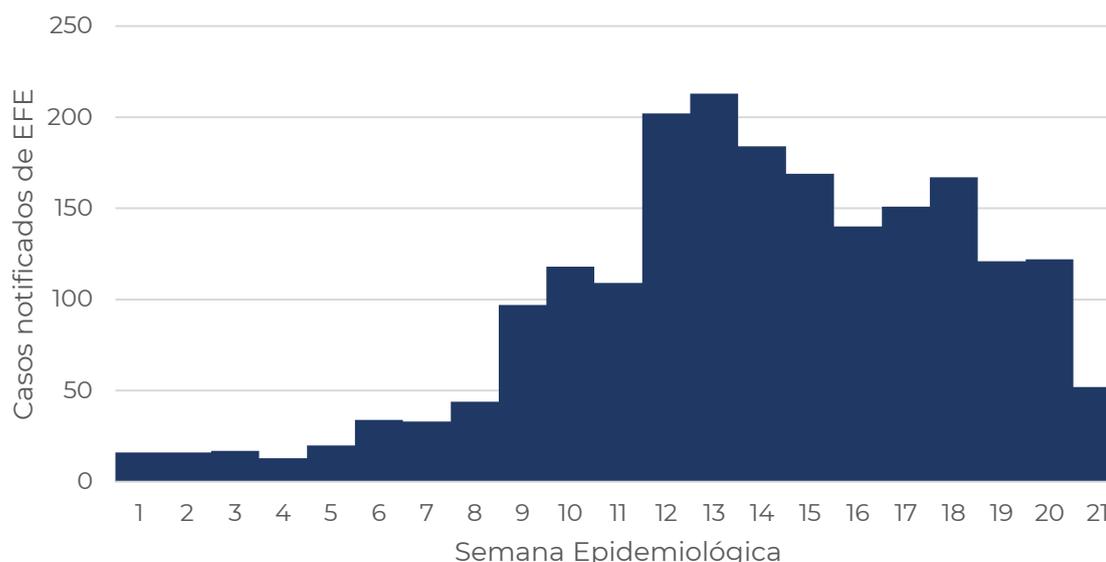
⁸ <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias>

En 3 de ellos existe un vínculo estrecho con los casos importados provenientes de Rusia, ya que vivían en el mismo lugar, 2 trabajaban en un comercio de cercanía y 1 reside a pocos metros del edificio.

En 17 casos, la investigación epidemiológica y/o la genotipificación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), permitió inferir que pertenecen a la misma cadena de transmisión de los casos importados de Rusia, considerándolos entonces relacionados con la importación.

Por último, 3 casos continúan en investigación para determinar su posible relación con las cadenas vinculadas a casos confirmados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE21 de 2025. N= 2038



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

IV.3.A. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN ARGENTINA - 2025

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

Se han confirmado un total de 13 casos. Hay cuatro casos importados, dos de los cuales fueron detectados en febrero de este año, y 8 relacionados con los mismos, ya sea por vínculo directo (tres de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14, y uno en un edificio a pocos metros) o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una sala de espera hospitalaria. De los dos casos importados restantes, detectados en mayo de este año, se encuentra pendiente la genotipificación. De acuerdo con la investigación epidemiológica, los otros casos pertenecen a las comunas 1, 2, 14 y 12.

En uno de los casos confirmados no se pudo establecer vínculo epidemiológico con el resto y no se pudo obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas relacionadas a la importación.

Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, con una mayor frecuencia en el sexo femenino (9 mujeres y 4 varones).

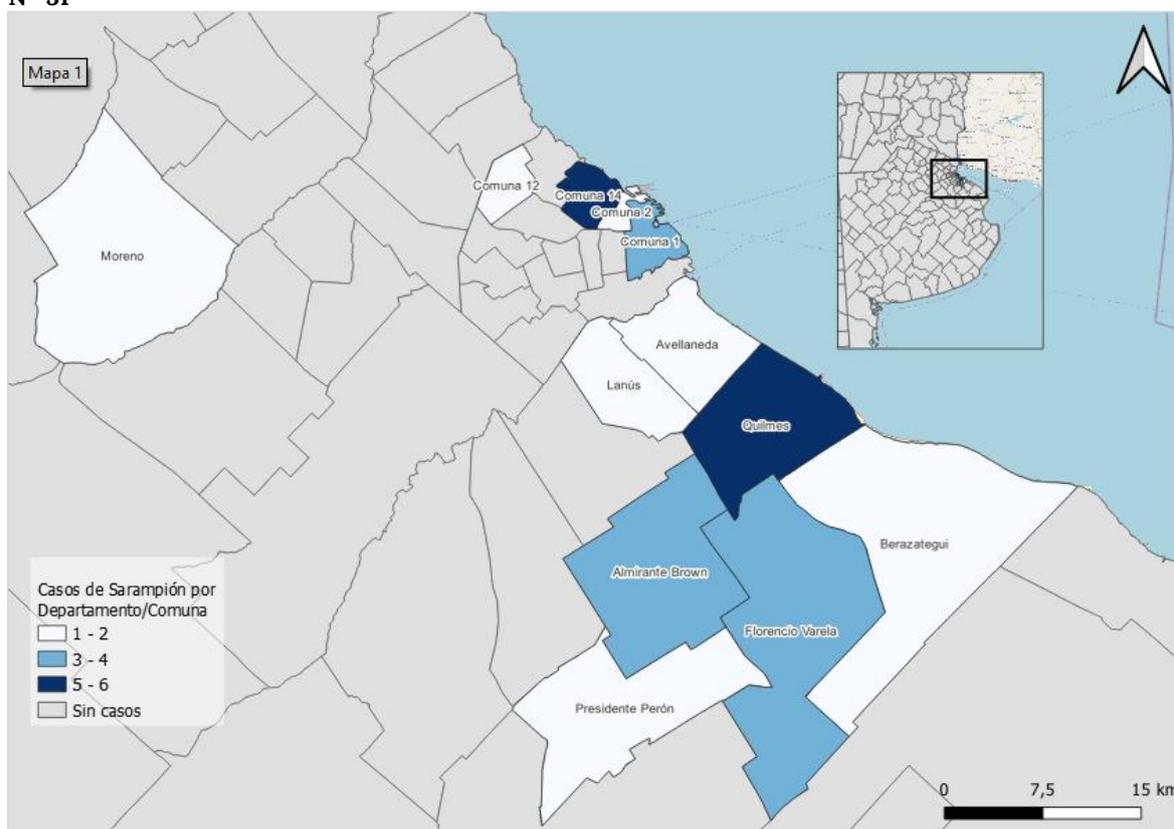
Provincia de Buenos Aires (PBA):

Se han confirmado 18 casos. De éstos, 15 presentan vínculos epidemiológicos con los casos de CABA o entre sí y/o el LNR ha permitido constatar que corresponden a la misma cadena de transmisión a partir de la genotipificación.

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.

En dos de los casos, aún no ha sido posible determinar el nexo con las cadenas de transmisión conocidas por lo que aún permanecen en investigación.

Los casos se distribuyen en un rango etario de 6 meses a 37 años, con predominio del sexo masculino (3 mujeres y 15 varones).

Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 31

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

Provincia de San Luis:

Se ha confirmado 1 caso importado en una beba de ocho meses, que no contaba con vacunación para el evento por no corresponder por la edad. Presenta antecedente de viaje a México, al Estado de Chihuahua.

Mapa 2. Caso confirmado de Sarampión durante el 2025. San Luis. Argentina. N= 1.

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

IV.3.B. INDICADORES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018–2023* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece como línea estratégica de acción N.º 2 el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para estas enfermedades.

En el marco de esta línea, se define el Objetivo 2.1, orientado a *monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita*. Para su evaluación, se proponen los siguientes indicadores:

2.1.1: Número de países que cumplen con la **tasa mínima anual esperada** de casos sospechosos de sarampión/rubéola (al menos 2 casos por cada 100.000 habitantes), y que además cumplan con al menos tres de los siguientes cinco indicadores:

1. Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben una investigación adecuada.
2. En al menos 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. Se alcanza una tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita de al menos 1 por cada 10.000 nacidos vivos.

A continuación, se presenta una tabla con la distribución de casos confirmados y sospechosos por provincia, la tasa esperada por jurisdicción y el grado de cumplimiento de cada una hasta la fecha de corte del informe.

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 SE21 de 2025⁹.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	18	1192	6,5	146	367
CABA	13	520	16,8	25	62
Catamarca		11	2,5	3	9
Chaco		20	1,6	10	25
Chubut		19	2,8	5	13
Córdoba		52	1,3	31	79
Corrientes		5	0,4	9	23
Entre Ríos		32	2,2	11	29
Formosa		1	0,2	5	13
Jujuy		26	3,2	6	16
La Pampa		17	4,6	3	7
La Rioja		1	0,2	3	8
Mendoza		45	2,2	17	42
Misiones		6	0,5	11	27
Neuquén		3	0,4	6	14
Río Negro		6	0,8	6	16
Salta		9	0,6	12	30
San Juan		10	1,2	7	16
San Luis	1	6	1,1	4	11
Santa Cruz		6	1,5	3	8
Santa Fe		34	0,9	29	73
Santiago del Estero		3	0,3	8	21
Tierra del Fuego		1	0,5	2	4
Tucumán		13	0,7	14	36
Total	32	2038	4,3	377	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 3 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 24 de mayo 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

⁹ Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE21, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

actualidad cumplir con al menos 146. Por este motivo, las 1192 que se constatan en esta 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, Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Santa Fe. La provincia de Río Negro presenta 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 Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Salta, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán.

A continuación, se presentan las líneas temporales de los casos confirmados a partir del caso 22, detectado durante el mes de abril¹⁰. Las líneas temporales que se presentan juntas corresponden a la misma cadena de transmisión, mientras que las que están separadas corresponden a nuevas cadenas de transmisión.

Al cierre de este informe, 2 casos permanecen en investigación para determinar su posible fuente de infección, y los últimos 2 casos confirmados se encuentran en estudio en el Laboratorio Nacional de Referencia para identificar genotipo. Cinco casos permanecen en la fase de probable aparición de casos secundarios y seguimiento de contactos.

Veintiún casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del **genotipo B3 DSID 9240**, mientras que el caso con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del **genotipo D8 DSID 5963**, **linaje Patán** y el caso notificado con antecedente de viaje a México se identificó el **genotipo D8 DSID 9171**, **linaje Ontario** coincidente con la circulación en el estado de Chihuahua. Los últimos dos casos con antecedentes de viaje a Londres se identificaron con el **genotipo B3 DSID 6418**, **Quetta**.

¹⁰ Para mayor información de los casos previos se pueden consultar los boletines epidemiológicos anteriores.

Medidas ante brotes

Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48hs., 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 24hs. Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral según indicación dentro de las 72hs. o gammaglobulina dentro de los 6 días del contacto.

I.1.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.4. 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. 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 obligatoria¹¹.

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)¹² al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

¹¹ 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

¹² 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 epidemiologia@msal.gov.ar

IV.5.A. 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.6. 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

IV.7. Medidas ante casos y contactos

IV.7.A. 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.:**
 1. 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.
 2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
 3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampiñoso.
 4. Contactos menores de 6 meses de edad, gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina 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](#)

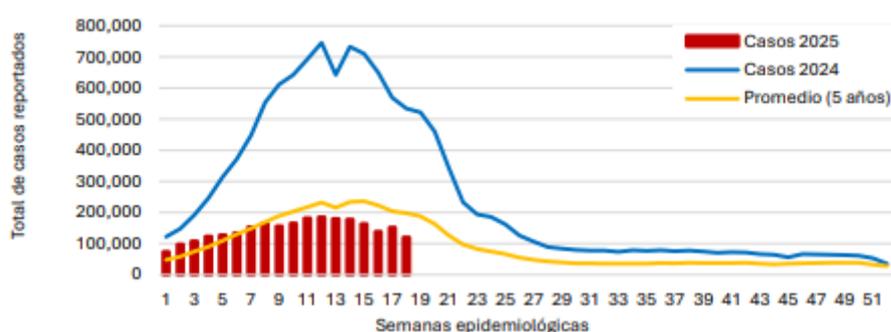
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

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 18, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 22 de mayo.

A la semana epidemiológica (SE) 18 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 2,595,424 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 255 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 71% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 13% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 18 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



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

De los 2,595,424 casos de dengue reportados en las Américas, 1,031,598 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 3,267 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,083 muertes por dengue, para una letalidad del 0.042%.

Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 18. Estos países registran en conjunto 119,867 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 18.

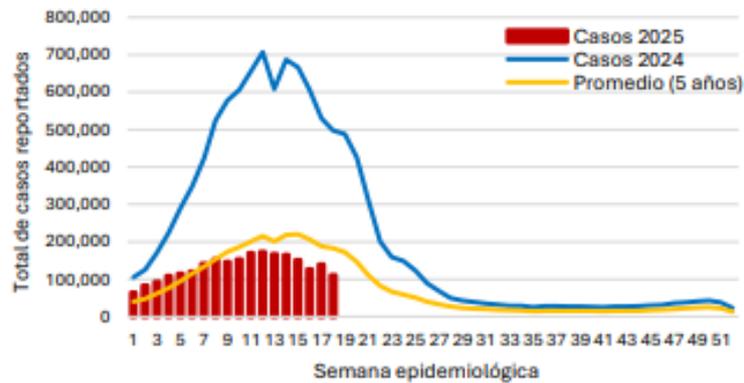
Del total de casos registrados en la SE 18, 102 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 16 muertes para una letalidad de 0.013%.

Trece 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 110,674 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 18. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 72% en comparación con la misma semana del 2024 y de 13% con respecto al promedio de los últimos 5 años

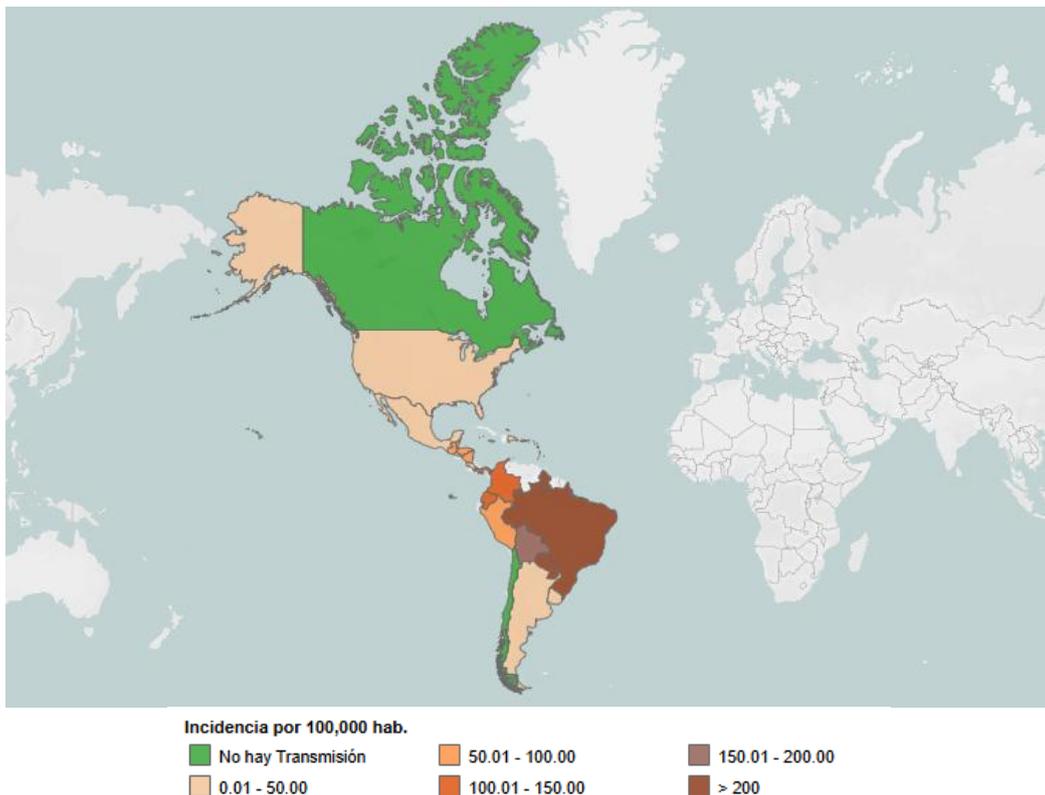
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 18, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.¹³

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.

¹³ <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html>

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹⁴ y el ARBO-portal¹⁵ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 29/05/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 21/2025, se han reportado 2.592.272 casos de dengue, con 1.013 fallecimientos asociados, lo que representa un 70% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 150.419 casos, un 57% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 79 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 19/2025 se reportaron 11.592 casos, un 63% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin fallecimientos registrados. Acerca de Oropouche, hasta la SE 20/2025 se han confirmado 10.076 casos, un 51% más que lo registrado en el mismo período de 2024, sin fallecimientos por este evento.

Bolivia: hasta la SE 20/2025, se han reportado 19.945 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 46% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 1.240 casos, lo que representa un aumento del 62% en comparación con el año previo. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 348 casos de zika, el doble de lo registrado durante el mismo período de 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos para este evento.

Paraguay: hasta la SE 18/2025, se han reportado 16.033 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 13 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 18/2024 se habían reportado 3 casos.

Perú: hasta la SE 19/2025, se han notificado 33.778 casos de dengue, un 85% menos que el mismo periodo de 2024, con 41 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2025 se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, a la SE 14/2025 se han registrado 3 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se había notificado un caso. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025, se confirmaron 233 casos para este evento, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. En cuanto a la chikungunya, se observa un descenso en Paraguay y Brasil, mientras que en Bolivia se ha reportado un aumento de casos. Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución en Brasil, un incremento en Bolivia y, hasta la fecha, no se han notificado casos en Paraguay.

Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

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

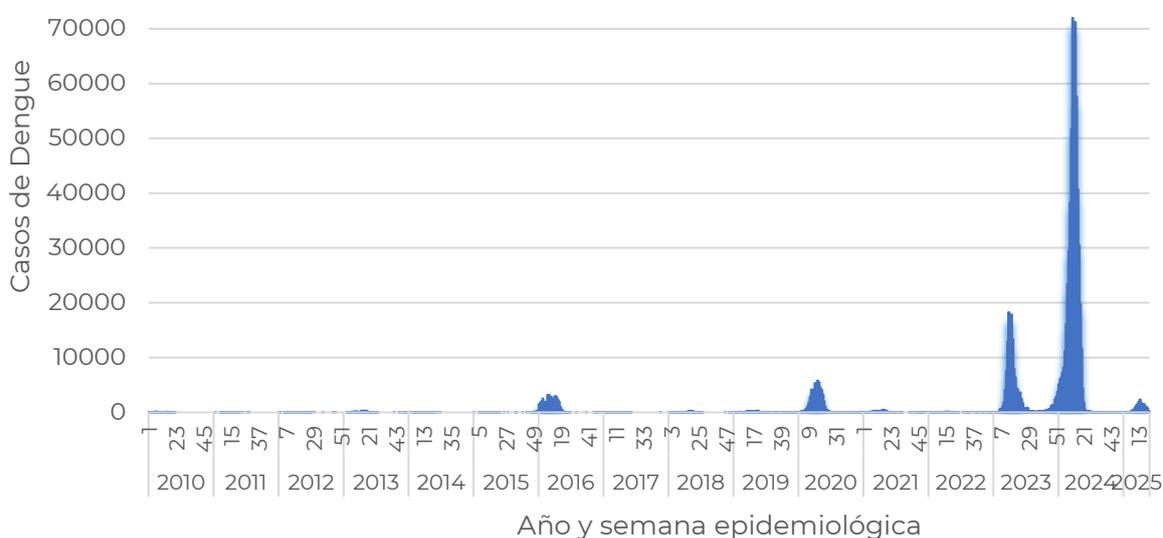
V.2. Situación de dengue en Argentina

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 1997, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 82% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

Gráfico 3. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE21/2025. Argentina. N=862.893

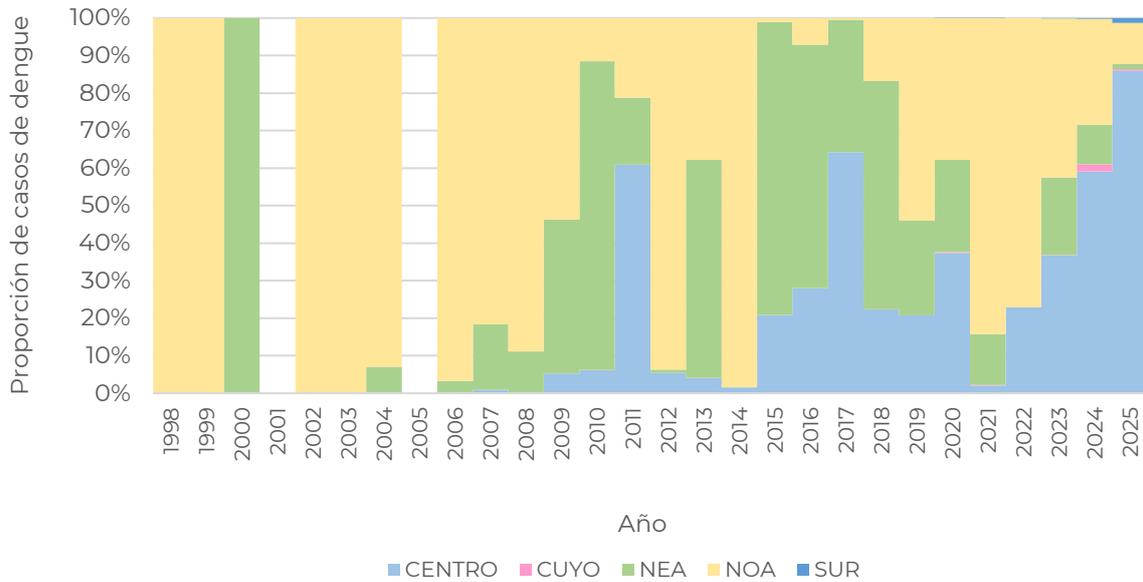


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

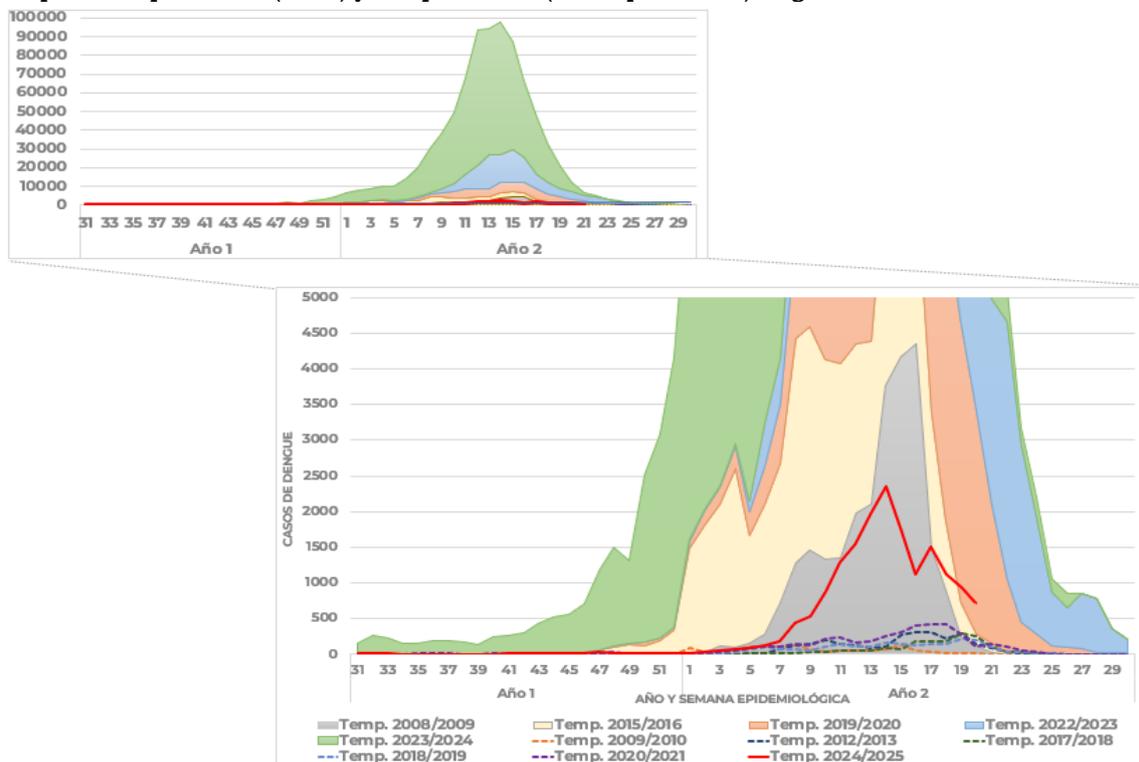
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 5. 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 5 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 SE20/2025. 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 SE4, 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). A partir de la SE15, se registra un descenso sostenido en el número de casos, manteniéndose por debajo del pico observado en la temporada 2008/2009, aunque aún por encima de los casos correspondientes a todas las temporadas no epidémicas.

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 ARBOVIROSIS

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 SE21/2025), se notificaron en Argentina 72921 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8022 fueron confirmados por laboratorio y 9104 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 17.126 casos de dengue**. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 7791 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 153 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹⁶. Se

¹⁶ 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

confirmaron 231 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y República Dominicana.

Durante la SE21/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁷), se notificaron 2210 casos sospechosos¹⁸ de los cuales 224 se confirmaron y 126 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad se encuentra 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 36 casos cada 100.000 habitantes¹⁹. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 48 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 31, NEA con 10, Sur con 7 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 11%, NEA con el 3%, Sur con el 1% 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 notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se observa un aumento progresivo en la incidencia de casos, alcanzando su punto máximo en la SE14. A partir de la SE15 se evidencia un cambio en la tendencia, con un descenso progresivo en el número de casos notificados. El promedio de casos hasta la SE20 es 802.
- 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.

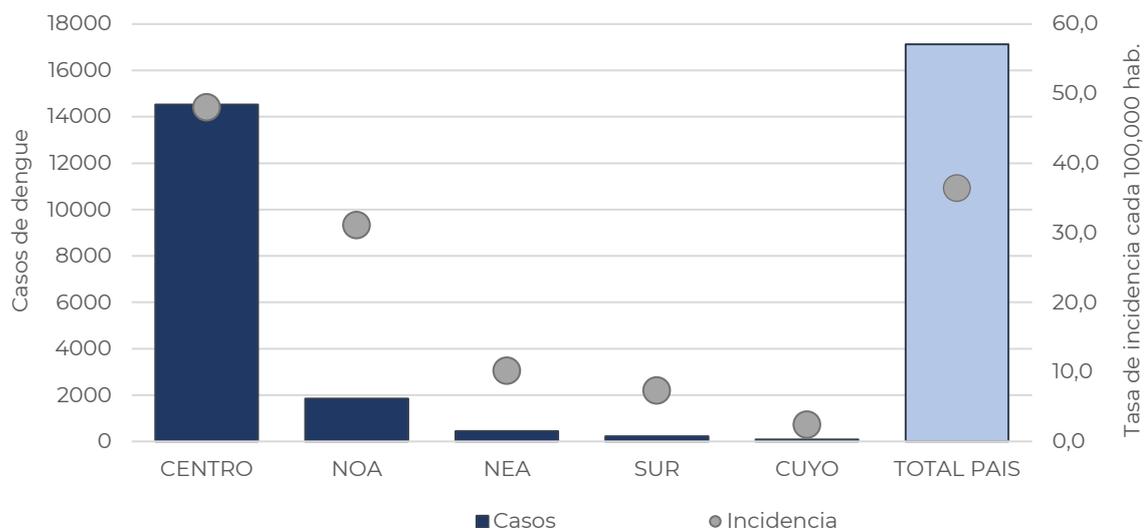
realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

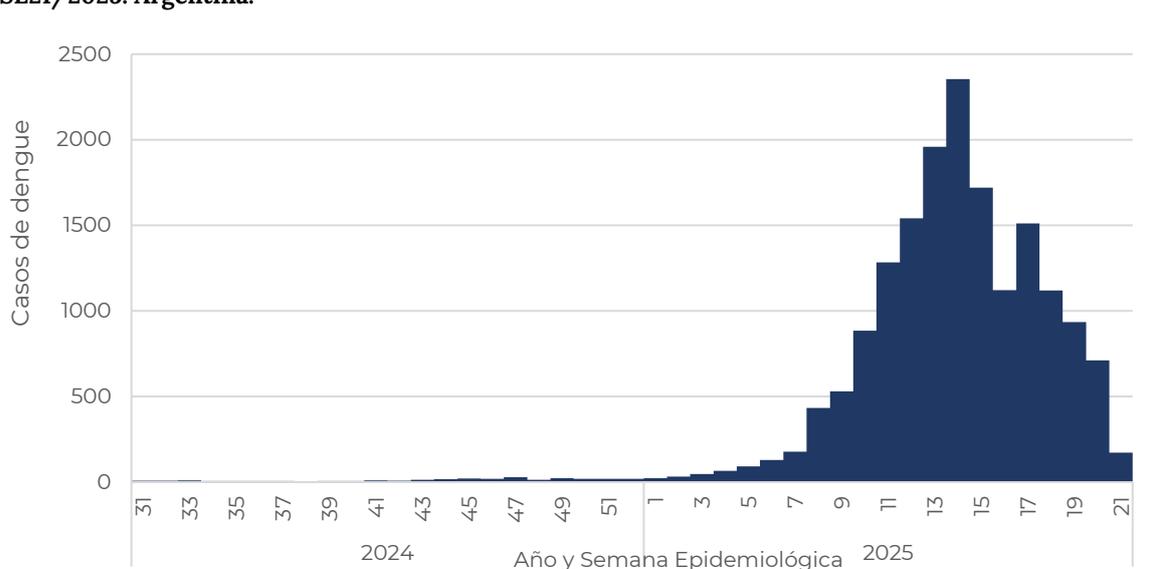
¹⁷ Fecha de apertura

¹⁸ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

¹⁹ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE21/2025. 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 7. Dengue: Casos de dengue²⁰ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE21/2025. 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.

²⁰Incluye casos de dengue 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 SE21/2025. 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	438	533	24	14	43	505	5464	1080	7596
CABA	147	133	17	2	0	164	2195	748	3242
Córdoba	2386	1327	8	3	1556	3950	8597	751	14628
Entre Ríos	106	104	9	7	6	121	850	11	1093
Santa Fe	2788	496	118	11	6887	9793	3469	1175	14944
Total Centro	5865	2593	176	37	8492	14533	20575	3765	41503
Mendoza	11	35	5	3	0	16	1662	98	1814
San Juan	1	1	1	1	0	2	354	10	368
San Luis	57	19	7	4	0	64	277	33	397
Total Cuyo	69	55	13	8	0	82	2293	141	2579
Chaco	7	212	1	0	0	8	2429	122	2771
Corrientes	54	30	1	0	0	55	456	79	620
Formosa	374	4	0	0	0	374	6382	58	6818
Misiones	2	20	2	4	0	4	1166	3	1197
Total NEA	437	266	4	4	0	441	10433	262	11406
Catamarca	9	11	8	5	1	18	871	3	908
Jujuy	0	1	0	0	0	0	1160	13	1174
La Rioja	116	49	0	0	0	116	1310	6	1481
Salta	18	58	6	12	2	26	2155	92	2343
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1104	299	1444
Tucumán	1110	391	0	1	571	1681	6274	641	8988
Total NOA	1253	547	16	20	574	1843	12874	1054	16338
Chubut	0	0	7	3	0	7	29	2	41
La Pampa	167	33	9	2	38	214	607	67	923
Neuquén	0	1	4	1	0	4	39	4	49
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	51	5	58
Tierra del Fuego	0	0	1	2	0	1	15	2	20
Total Sur	167	34	22	10	38	227	744	80	1095
Total País	7791	3495	231	79	9104	17126	46919	5302	72921

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 según las fases propuestas.

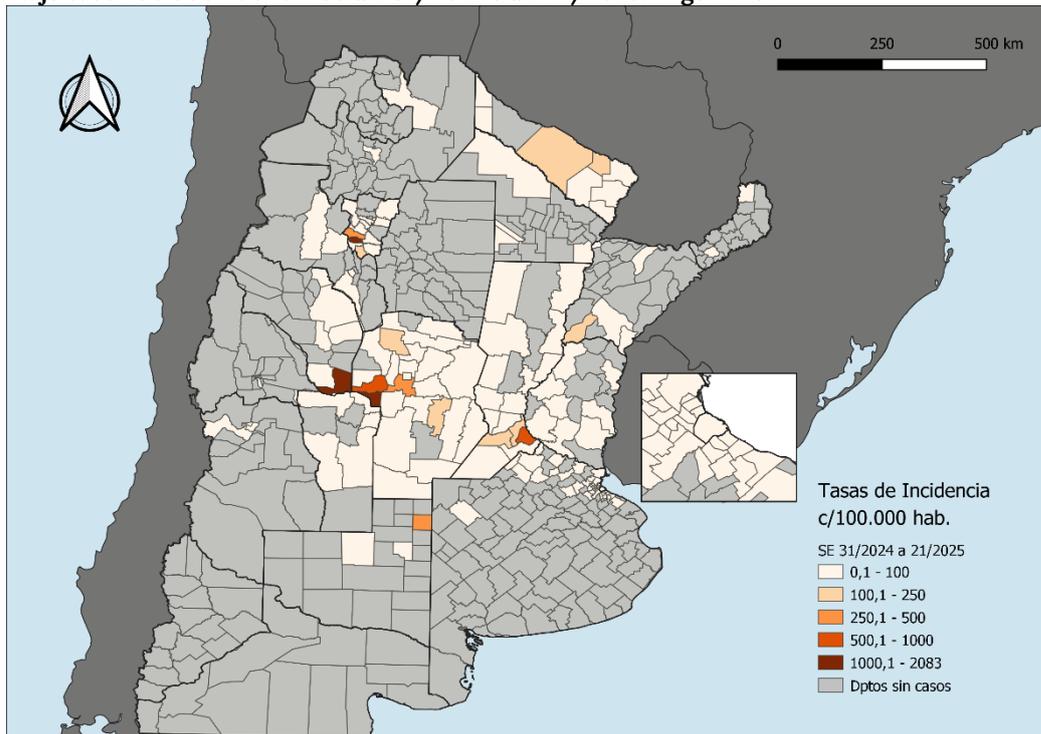
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE21/2025. Argentina.

Jurisdicción	Fases					
	Alerta temprana		Respuesta a epidemia		Recuperación	
	Departamento	SE	Departamento	SE	Departamento	SE
Buenos Aires	General San Martín	9				
	Vicente López	11				
	Ituzaingó	11				
	Lanús	11				
	Tres de Febrero	12				
	La Matanza	13				
	Malvinas Argentinas	15				
Córdoba	Capital	4				
	San Javier	5	San Javier	7	San Javier	16
	Gral. San Martín	5	Gral. San Martín	9	Gral. San Martín	11
	Colón	5				
	San Alberto	8	San Alberto	11	San Alberto	14
	Santa María	8	Santa María	11	Santa María	11
	Ischilín	11	Ischilín	13	Ischilín	14
	Marcos Juárez	11				
	San Justo	11				
Tortoral	13					
Formosa	Patiño	34				
	Capital	46				
	Pilcomayo	50				
La Pampa	Maracó	7	Maracó	13	Maracó	16
La Rioja	Rosario Vera Peñaloza	10				
Salta	Capital	10				
Santa Fe	Rosario	1	Rosario	11		
	San Lorenzo	7	San Lorenzo	13	San Lorenzo	18
	Caseros	10	Caseros	12	Caseros	14
	San Cristóbal	13				
Tucumán	Río Chico	7	Río Chico	9		
	Chicligasta	11	Chicligasta	13		

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 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 21/2025. 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).

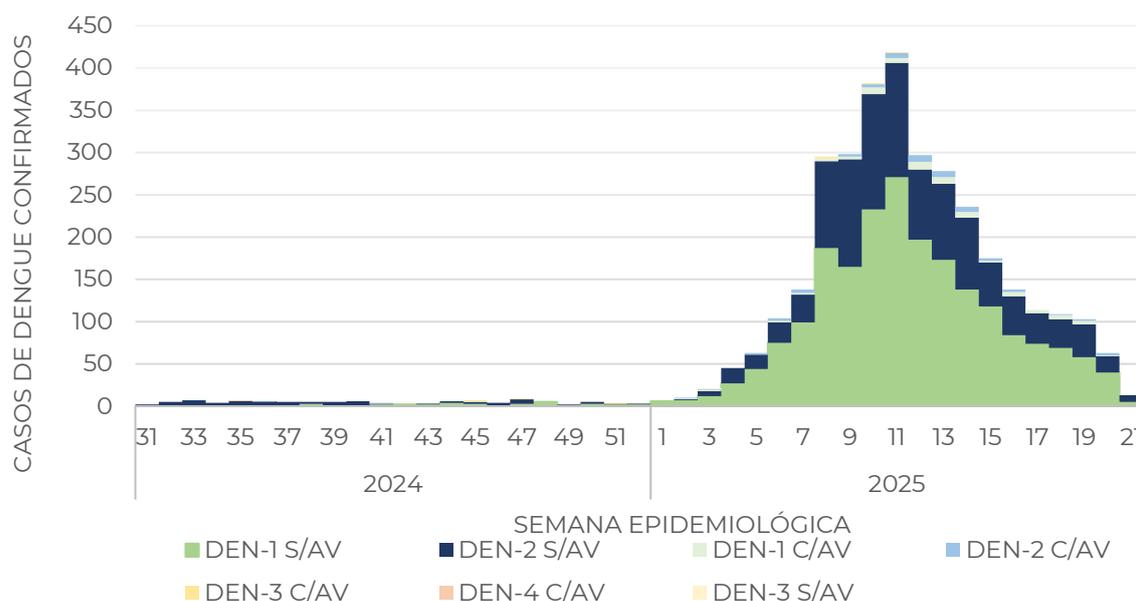
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,2%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,5%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe. Menos del 1% corresponden a serotipos DEN-3 y DEN-4.

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 (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 7. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE21/2025. 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=3415) según provincia. SE31/2024 a SE21/2025. 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 409 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 105 casos ha sido confirmados, 15 casos probables, 251 cuentan con laboratorio negativo y 38 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 la provincia de Santa Fe se notificaron 65 casos confirmados de dengue; de los cuales 31 correspondieron al serotipo DEN-1, 25 al serotipo DEN-2, mientras que los restantes no cuentan con serotipificación. El 97% corresponden a la Ciudad de Rosario.

En la provincia de Córdoba se han registrado 33 casos confirmados con residencia en los siguientes departamentos San Javier (DEN-1), Colón (DEN-2), Capital (DEN-1), General San Martín (DEN-1), María (DEN-2), San Alberto, Marcos Juárez (DEN-1) y Villa Dolores (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 cuatro en la Provincia de Buenos Aires.

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 21/2025 se notificaron 33 casos de dengue grave de los cuales 8 fallecieron. Las jurisdicciones que reportaron casos graves fueron: Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa

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 INEVH-ANLIS.

²² Disponible en: [circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf](#)

²³ Disponible en: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](#)

María), La Rioja (Capital), Entre Ríos (Nogoyá), Mendoza (Las Heras), y Santa Fe (Rosario y San Lorenzo). Se registró en el SNVS 2.0 la recuperación con alta médica en 15 casos con criterio de gravedad. A partir de la implementación de los Comités jurisdiccionales de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue, el total de casos clasificados como graves o fatales puede estar sujeto a modificaciones, en función de la revisión y dictamen final emitido por dichos comités. Esto aplica en aquellos casos en que la autoridad jurisdiccional determine que el evento no presenta una asociación causal con el caso grave o fallecido reportado.

Con respecto a los casos fallecidos, desde la SE 31/2024 a la SE 21/2025 se han registrado **ocho óbitos vinculados al evento**. Cinco de los casos correspondieron a residentes del departamento Rosario y uno al departamento San Lorenzo, ambos pertenecientes a la provincia de Santa Fe. Los otros dos casos correspondieron a residentes de CABA (Comuna 11) y Córdoba (San Lorenzo). Los fallecimientos ocurrieron entre las SE 11 y 20 (considerando la fecha de inicio de síntomas). La mediana de edad es de 62 años, con un rango de edades entre 14 meses y 75 años. Cinco de los siete casos presentaban comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue y, por tanto, al fallecimiento: obesidad mórbida, diabetes, hipertensión, cardiopatía, enfermedad neurológica crónica y/o inmunocompromiso. Dos de los casos fallecidos correspondieron a personas adultas jóvenes (25 y 47 años) sin comorbilidades identificadas al momento del análisis. Ambos eventos continúan en proceso de evaluación por parte de los comités de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue, tanto a nivel jurisdiccional como nacional.

V.2.H. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil²⁴ en fiebre amarilla, se desarrolló un mapa de favorabilidad que permite identificar áreas geográficas con mayor predisposición a la ocurrencia de brotes. Su elaboración se realizó en un entorno de Sistemas de Información Geográfica, Quantum GIS²⁵ (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

Las fuentes de datos utilizadas fueron el Censo 2022 (INDEC), Instituto Geográfico Nacional (IGN), Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV), Servicio Meteorológico Nacional (SMN) y el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).

Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada

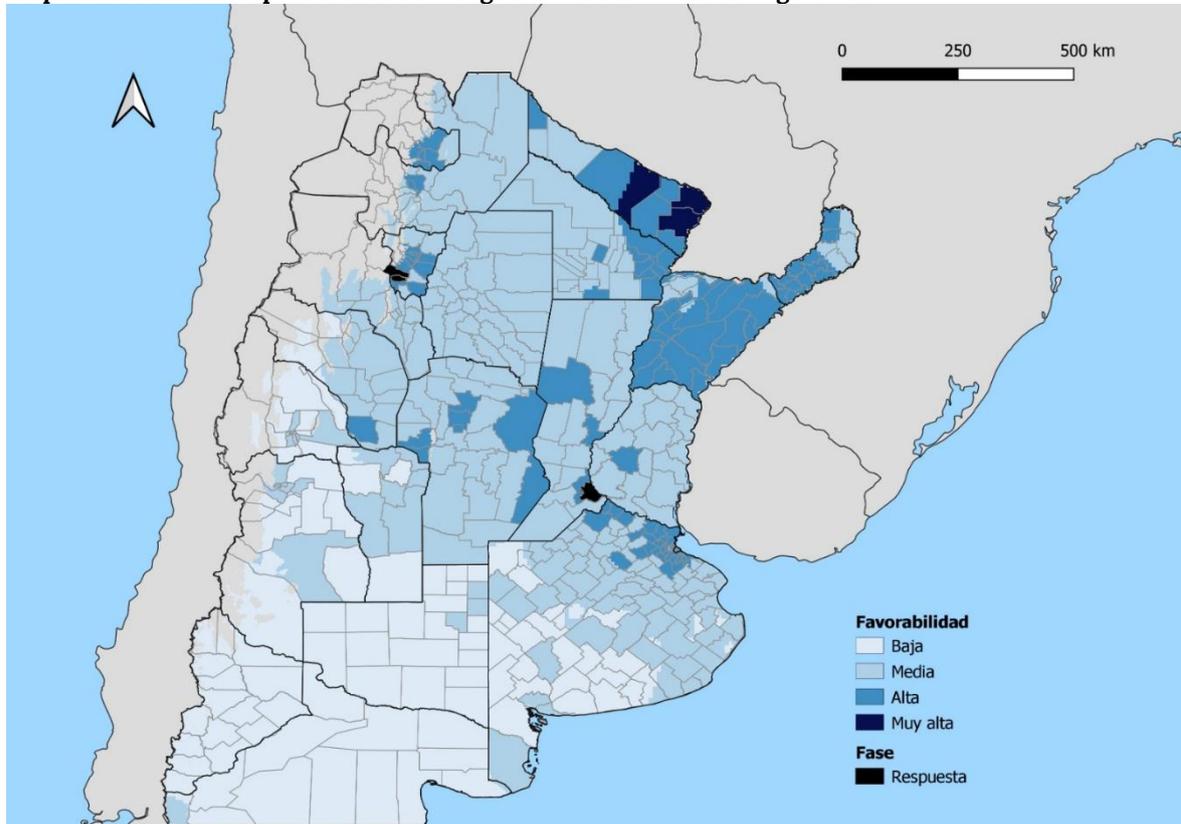
²⁴ Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa N° 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasília: Saude; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf>

²⁵ Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis²⁶.

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 21/2025, los departamentos de Patiño, Capital y Pilcomayo (provincia de Formosa), presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 21 2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de datos de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Servicio Meteorológico Nacional, la Dirección de Control de enfermedades transmitidas por Vectores y Zoonosis y datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. (SNSVS 2.0)

²⁶ Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

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 SE21/2025).

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 **2450** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE21/2025. Argentina.

Evento Jurisdicción	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	175	0	71	0	135	3	39	2	10
CABA	0	11	0	4	0	1	0	3	0	4
Córdoba	0	210	0	79	0	160	6	349	0	0
Entre Ríos	13	200	0	1	0	25	4	37	0	1
Santa Fe	0	1500	0	93	0	128	0	14	0	18
Total Centro	13	2096	0	248	0	449	13	442	2	33
Mendoza	0	336	0	88	0	69	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	5	0	8	0	0
Total Cuyo	0	337	0	92	0	76	0	12	0	1
Chaco	17	820	0	408	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	63	0	38	0	29	0	0	0	20
Total NEA	17	931	0	461	0	140	0	3	0	21
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	42	0	22	0	1	0	3	0	1
La Rioja	0	126	0	124	0	7	0	1	0	70
Salta	0	525	0	284	0	177	0	0	0	2
Santiago del Estero	0	45	0	26	0	8	0	4	0	4
Tucumán	1	13	0	14	0	201	0	0	0	1
Total NOA	1	767	0	483	0	395	0	8	0	91
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	31	4131	0	1284	0	1068	13	465	2	146

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 12 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 ha detectado un caso positivo en Tucumán con antecedente de viaje a Brasil.

Con respecto a los 2 casos positivos de Fiebre Amarilla corresponden a personas que han sido recientemente vacunadas.

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 Epidemiológica²⁷. 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 SE21/2025 se han estudiado 146 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 23 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones, Jujuy 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 nigrurus* (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.

²⁷ 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>

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 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) –SE15 (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 las regiones NEA, NOA y Centro del país aún 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 jurisdicciones, no se espera aún la interrupción total de la reproducción del vector y la negativización de los sensores. En la región Sur, se observó un descenso del IPO con negativización en algunas jurisdicciones asociado al descenso de las temperaturas mínimas durante las últimas semanas. Luego de aumento registrado durante la SE 18, en la SE19 se detectó un descenso en el IPO (Gráfico 1). El IDH presentó inicialmente un aumento más paulatino, con una recuperación en el número de huevos registrado desde la SE06 y un descenso relativo desde la SE 10. Durante las SE 19 y 20 se detectó un descenso en el IPO a nivel nacional, coincidente con la reducción observada en las regiones Sur, Centro y Cuyo. Si bien durante la actual SE se observa un repunte en dicho parámetro, obedece a una sobrerrepresentación de los datos provenientes de la región NOA y, parcialmente de NEA, donde las temperaturas aún no acumulan un descenso prolongado. Estos datos podrían verse afectados por la carga retrospectiva de datos.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 21 (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 dicha 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 observó un descenso hasta la SE12 a partir de lo cual volvió a aumentar hasta la SE14 (Gráfico 2). Durante las últimas 5 semanas se detecta un descenso sostenido del IPO, que mantiene a la región en riesgo entomológico bajo.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 21 (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, asociados a la oportunidad de las medidas de control implementadas y a variaciones en las variables climáticas. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto con valores del 79,27%, situación que se mantuvo durante las SE subsiguientes hasta la actualidad.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 21 (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. En el último período, el IPO de la región descendió con valores menores al 20%, correspondientes a riesgo entomológico bajo, situación que se mantiene hasta la actualidad (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 21 (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 con ciertas fluctuaciones desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE10 inclusive.

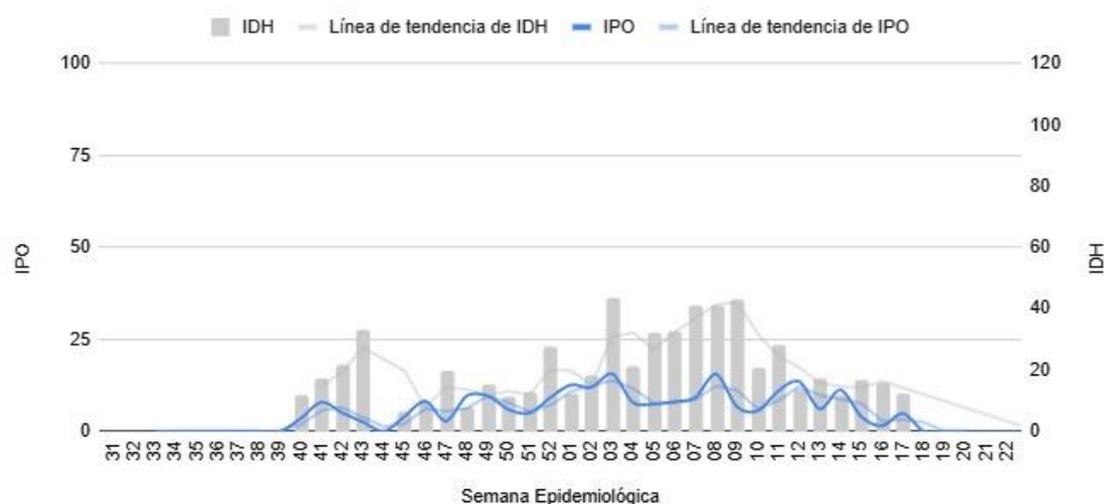
Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 últimas siete semanas, se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 hasta la actualidad (Gráfico 6). Para esta región los datos se presentan hasta la SE 20.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 20 (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.

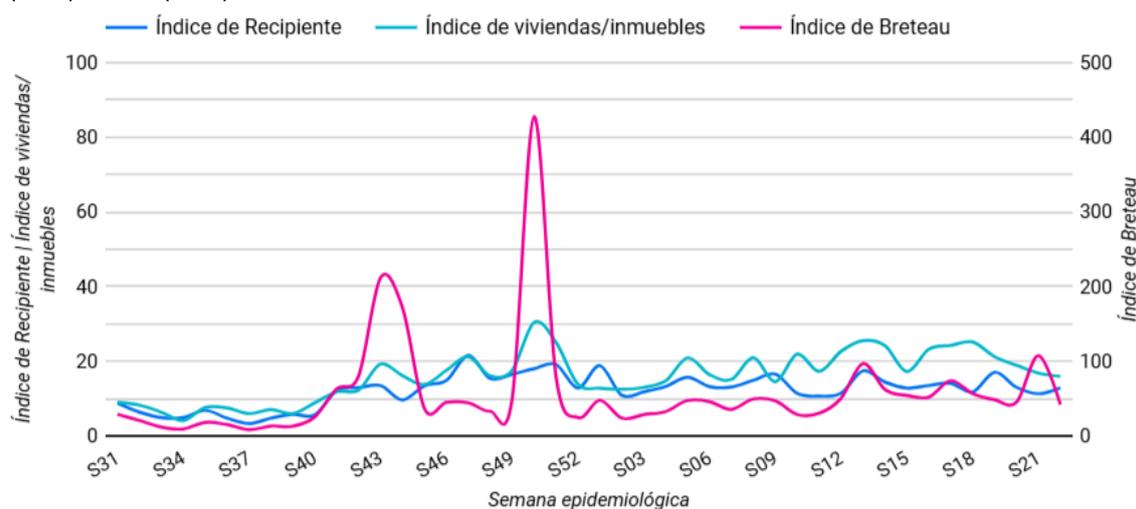
Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: etm.vectores@msal.gov.ar.

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 22 (2025).

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

A nivel nacional, los índices larvarios aélicos 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. Durante las SE 19 y 20, se registró un descenso en el IB, colocándose por primera vez desde la SE 11 en un nivel de riesgo entomológico medio. Durante la última SE21, el IB sufrió un aumento debido a la inclusión de datos de control focal en sitios críticos de la región NOA que presentan históricamente valores aélicos altos. Durante la actual SE, el IB descendió nuevamente y alcanzó el punto más bajo registrado desde la SE 11 de la actual temporada, con un valor de 42,08 correspondiente a riesgo entomológico moderado (Gráfico 7). Los IV e IR, por su parte, sufrieron un leve aumento, pero se mantuvieron dentro del rango de riesgo entomológico moderado (Gráfico 7).

Cuando se realiza la desagregación por región, se observan pocas variaciones en los índices relevados para las regiones de NOA y NEA (Tabla 1), manteniendo la tendencia previa. La región NEA presenta mayores IV e IR en relación a NOA aunque su IB es menor (Tabla 1). La región evidencia 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. 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. Media de índices larvarios aélicos por región acumulados a SE22 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,93	15,81	53,11
NOA	10,65	6,13	60,51

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

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios²⁸

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe continúan en el descenso de la actividad de influenza A(H1N1)pmd09 e influenza B. La actividad del VRS se encuentra en niveles interestacionales en América del Norte, y en el Caribe, se ha mantenido estable respecto a semanas epidemiológicas (SE) anteriores. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en América del Norte, sin embargo, en el Caribe muestra un incremento. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 mantiene su tendencia a la disminución en las últimas SE, registrando una positividad del 16,8%. La actividad de VRS se ha mantenido estable y SARS-CoV-2 se mantiene en baja circulación. La Subregión Andina mantiene una tendencia estable en la circulación de SARS-CoV-2 y un aumento en detección de Influenza A(H3N2), también se mantuvo el incremento en la circulación de VRS presentando una positividad del 13,4%. En Brasil/Cono Sur la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 se mantiene en niveles altos y tendencia estable en comparación a la SE anterior, presentando una positividad del 17,9%. En el caso de SARS-CoV-2 se mantiene su baja detección. El VRS presenta una tendencia estable y con una positividad del 2,8%. En la región disminuye la positividad (8,1%) de otros virus respiratorios (OVR), destacando Rinovirus en Norte América, así como en la región Andina, Brasil y el Cono sur. En el Caribe se ha detectado circulación de parainfluenza.

América del Norte: Los casos de ETI y las hospitalizaciones relacionadas con virus respiratorios mantienen su tendencia al descenso. La actividad de la influenza se mantiene en niveles epidémicos en Canadá, mientras que México desciende a niveles interestacionales. Influenza A(H1N1)pdm09 es la cepa predominante en México y en Canadá circula concurrentemente con Influenza B. La actividad del VRS, después de alcanzar máximos estacionales en SE previas, continúa disminuyendo. La circulación del SARS-CoV-2 se mantiene baja y con tendencia al aumento en Canadá (positividad del 2,8%), mientras que, en México, mantiene una tendencia ascendente y con una positividad del 19,2%.

Caribe: La actividad de influenza, principalmente A(H1N1)pdm09, disminuye para IRAG y se observó un aumento de casos ETI asociados a influenza, así como también a SARS-CoV-2. La circulación de VRS se mantiene baja pero con tendencia al incremento.

²⁸ Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Centroamérica: La actividad de influenza, con A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante, continúa su descenso. La actividad de VRS se ha mantenido estable en las últimas semanas. SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos de detección.

Países Andinos: La actividad de influenza aumenta en comparación a SE anterior, con circulación concurrente de influenza A(H3N2) e influenza A(H1N1)pmd09. La circulación del VRS aumenta en las últimas semanas alcanzando una positividad del 13,4%. La positividad de SARS-CoV-2 (3,9%) aumenta levemente en comparación a la SE anterior.

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG aumentan en las últimas semanas. Los casos de ETI se asocian principalmente a influenza A(H1N1)pmd09 que presenta una tendencia al aumento. La circulación de VRS se ha mantenido estable y en niveles bajos. Para los casos de IRAG, la detección de influenza muestra una tendencia a la disminución y los casos asociados a SARS-CoV-2 y VRS disminuyen.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 20 de 2025 se notificaron 315.551 casos de ETI, 45.096 casos de Neumonía y 27.528 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente desde SE11, ubicándose en SE12 en niveles de brote.

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

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza, en las últimas semanas se verifica tendencia ascendente tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1. En este sentido, en la última semana (SE21/2025), la positividad en UMA para virus influenza alcanza el 39,21%.
- Para VSR, se registraron 2 casos positivos entre las 100 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 20 y 21).
- 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 SE21/2025 se registró 1 caso positivo para SARS COV 2 entre las 70 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE21 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1985 internaciones con diagnóstico de IRAG y 760 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentan un aumento sostenido desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. En las últimas 4 semanas, entre 468 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 4

codetecciones de influenza y VSR, 132 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 34 casos de VSR.²⁹

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

- Desde la SE11 se observa un ascenso sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un total de 1436 detecciones de Influenza en las últimas 2 SE (19 y 20). Además, durante el año en curso se verifica un adelanto en el ascenso de casos de influenza en relación a lo observado en años anteriores.
- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 378 detecciones en las últimas 2 SE (19 y 20).
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. En las primeras 20 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con un promedio de 62 casos semanales en las últimas 4 semanas.
- Durante la SE20/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registra un ascenso de los casos en personas internadas, con 455 detecciones en las últimas 2SE (20 y 21). En el año 2025 se registraron 33 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas, en relación al máximo alcanzado en 2024, aunque con un aumento desde la SE 12. En las SE 20 y 21 se registraron 130 personas con este diagnóstico.
- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. En la SE 21/2025 se registraron 8 casos positivos con este diagnóstico y 1 caso fallecido.

VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

²⁹ 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 Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.³⁰

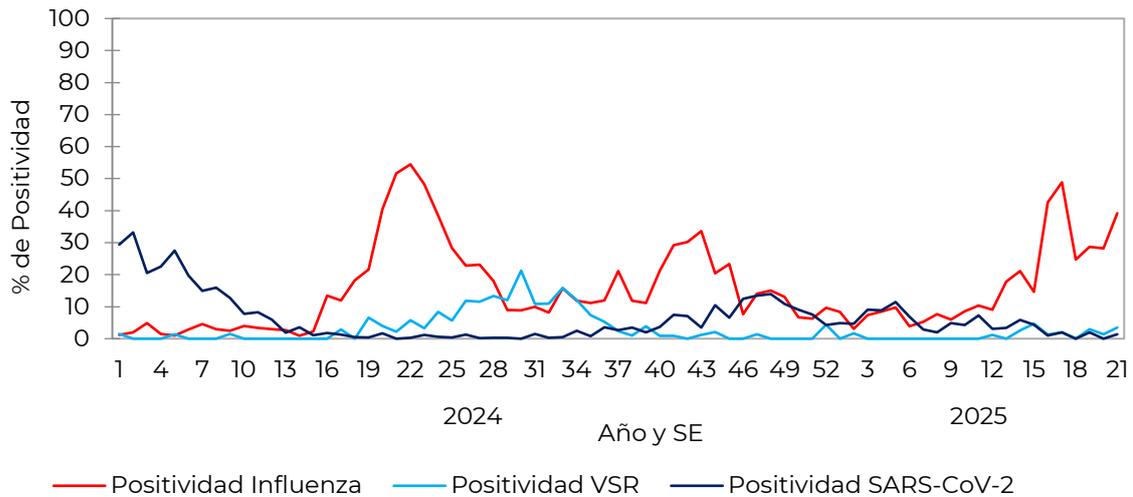
Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI): infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 21 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 2.088 muestras para SARS-CoV-2, de las que 83 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,98%. Además, en la última semana analizada, SE 21 del año 2025, se registró 1 caso confirmado de SARS-COV-2 entre las 71 muestras estudiadas por PCR.

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En las primeras 21 semanas de 2025, se registraron 332 detecciones entre 1.689 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 19,66%. En las últimas semanas, a partir de la SE11, se verifica tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad. En las SE20 y 21/2025 se notificaron 49 casos de influenza entre las 154 muestras estudiadas en UMA.

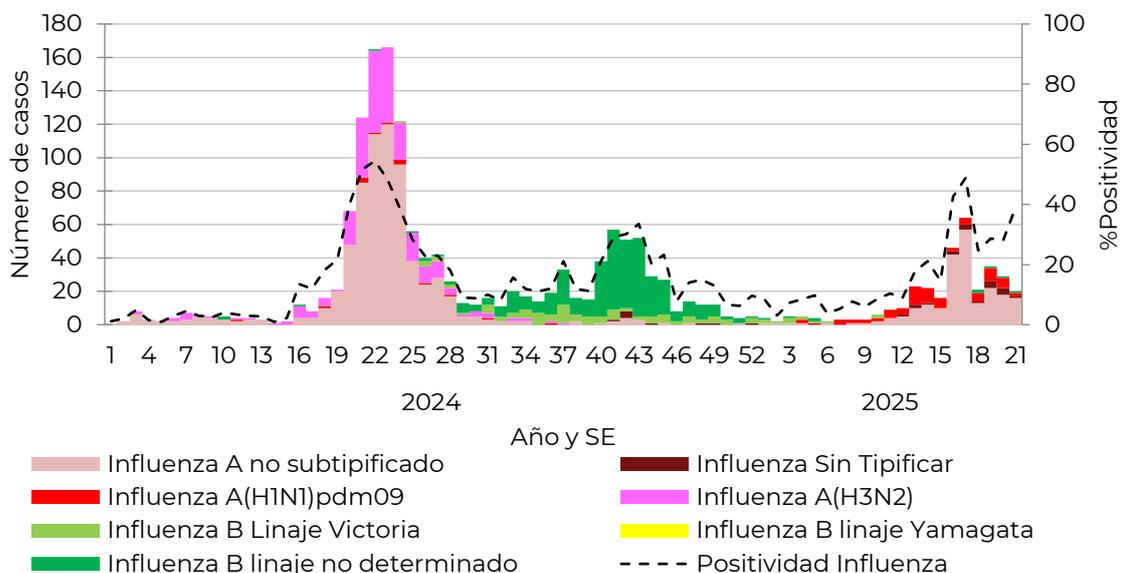
En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 21 de 2025, de las 1.324 muestras estudiadas, 16 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 1,21%. Se notificaron 2 casos de VSR entre las 100 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE20 y 21).

³⁰ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE21/2025

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

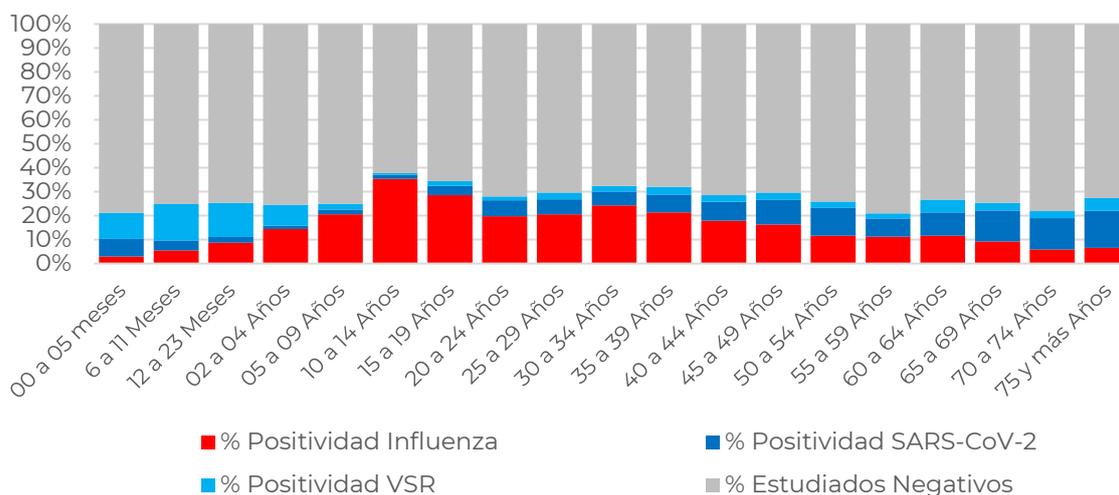
Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las primeras 21 SE de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 292), con un menor número de detecciones de influenza B (n=21). Entre los casos de influenza A, 74 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 12 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 19 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE21/2025. Estrategia UMA. Argentina.

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

En relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y adultos jóvenes, seguidos de niños mayores de 5 años y adultos de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos y adultos mayores. En relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE21/2025. Estrategia UMA. Argentina³¹.



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}

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 40 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.³²

Definiciones de caso Vigentes:

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y

³¹ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

³² Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

- Requerimiento de internación por criterio clínico³³.

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico³⁴.

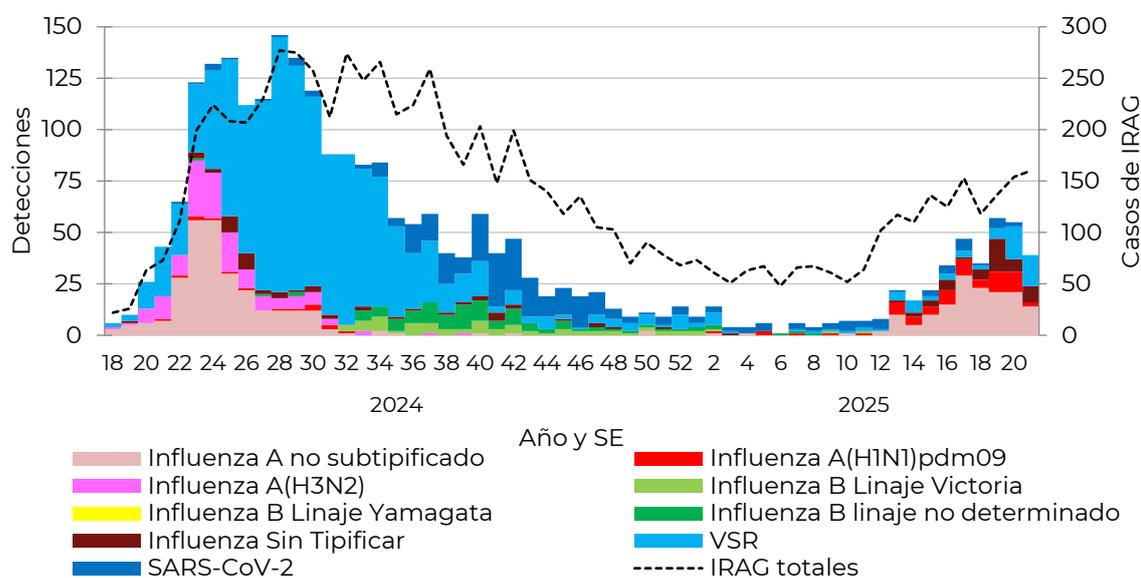
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia³⁵ y shock³⁶ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE21 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1.985 internaciones con diagnóstico de IRAG y 760 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG³⁷.

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, notificaciones de IRAG experimentan un aumento sostenido desde la SE 12, con un promedio de 142 casos semanales en las últimas 4 semanas.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 21/2025



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

³³ Pacientes con requerimiento de internación por indole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

³⁴ Pacientes con requerimiento de internación por indole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

³⁵ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

³⁶ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

³⁷ Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

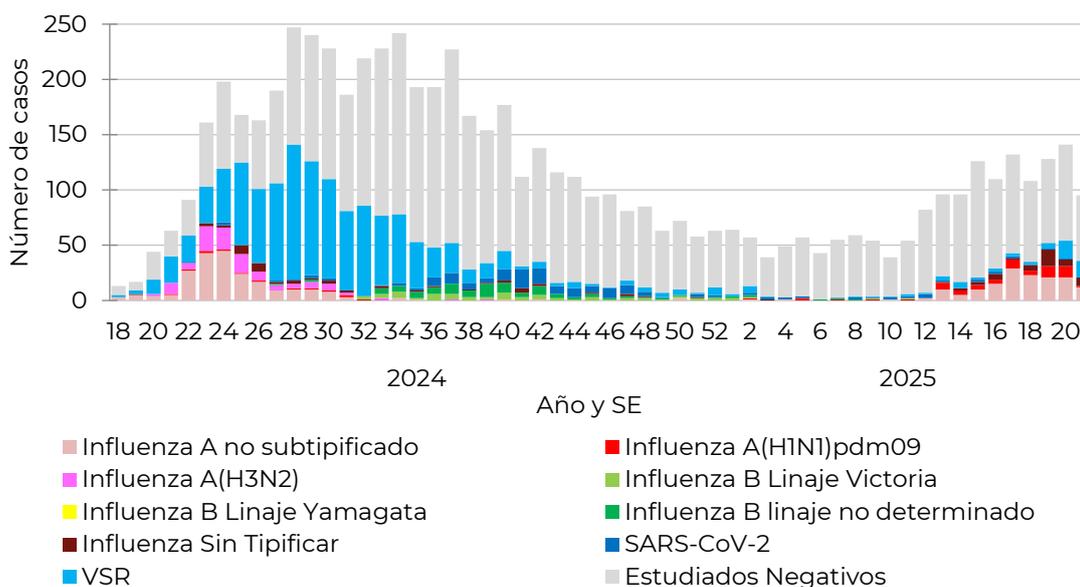
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

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

En lo que va de 2025, se verifica un ascenso de detecciones de influenza desde SE13. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 214 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=12). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 61 detecciones de H1N1 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024 hasta la actualidad, con un ligero aumento en las últimas 2 SE (20 y 21).

Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 21/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ³⁸.



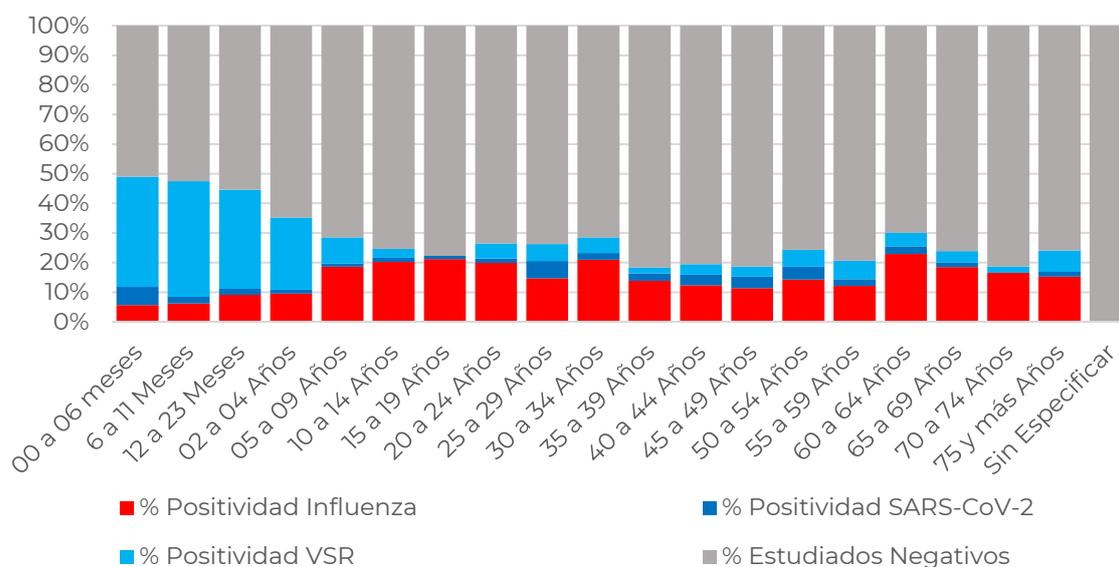
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

En las últimas 4 semanas, entre 468 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 4 codetecciones de influenza y VSR, 132 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 34 casos de VSR. Los restantes 295 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

³⁸ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

En relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en adultos mayores y los grupos de edad comprendidos entre 5 y 39 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en adultos y niños menores de 2 años. En relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 21/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina³⁹.



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}

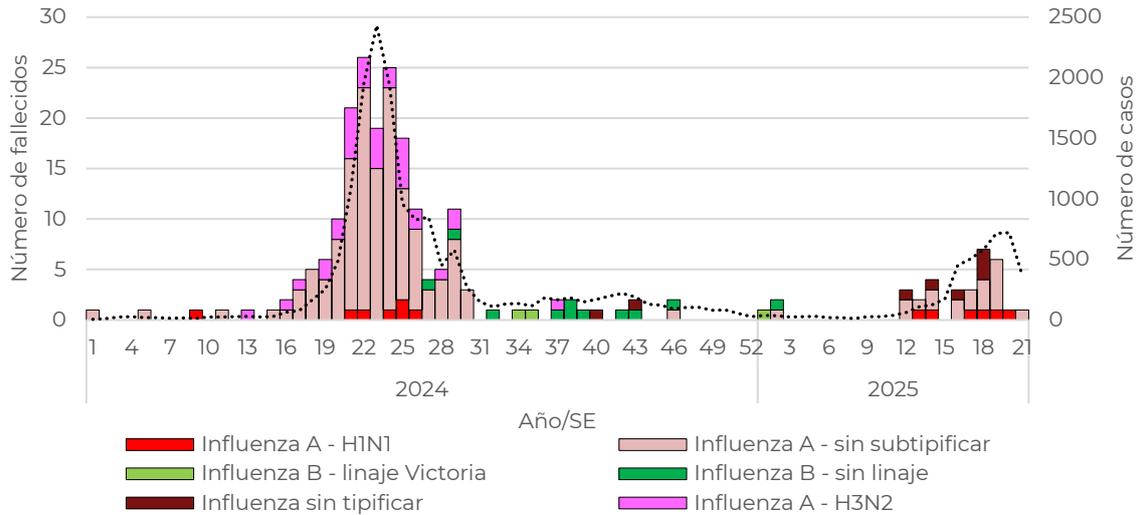
VI.5. Casos fallecidos con diagnóstico de Influenza

Entre las SE 01 a 21 del año 2025, se notificaron al SNVS 2.0 un total de 33 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. El 90,9% de estos casos se notificaron entre las SE 12 y 21, concentrándose en ese período la mayor parte de los fallecimientos

En cuanto a la distribución etiológica, 25 casos (75,8%) correspondieron a influenza A y 2 (6,1%) a Influenza B, las restantes permanecen sin tipificar. Entre las detecciones de influenza A, 6 detecciones fueron subtipificadas, todas identificadas como influenza A (H1N1). De los casos de influenza B, se detectó 1 con linaje Victoria.

³⁹ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

Gráfico 7. Fallecidos con diagnóstico de Influenza, según agente etiológico y SE. SE1/2024 a SE21/2025.

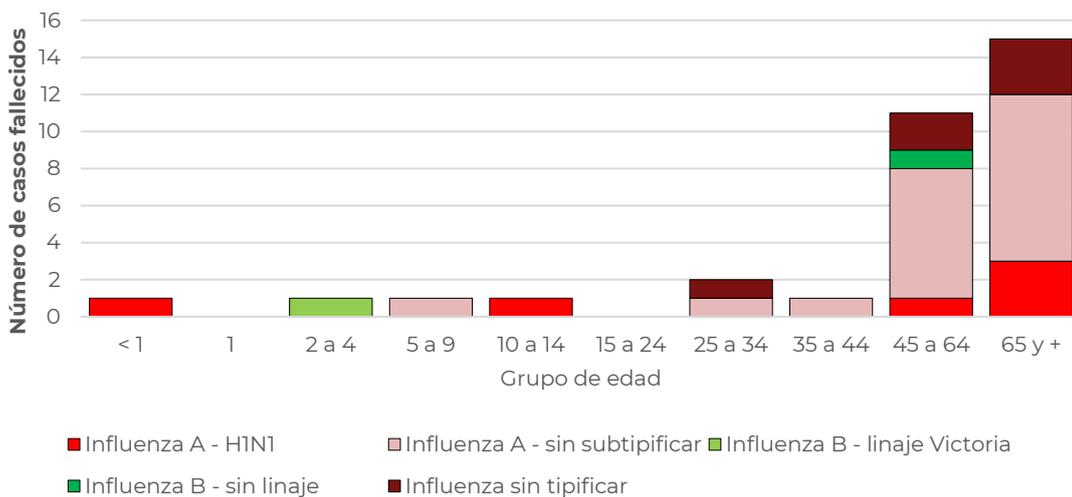


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

La mediana de edad de las personas fallecidas fue de 63 años. Los grupos de edad con mayor número de fallecidos fueron los de 65 años y más, y el de 45 a 64 años, en los cuales predominó la detección de influenza A no subtipificada e influenza A (H1N1). Se registraron 2 fallecimientos en menores de 5 años, 1 de ellos en una persona menor de 1 año, con diagnóstico de influenza A H1N1.

Respecto a la presencia de comorbilidades o factores de riesgo, el 90,1% (n=30) de los casos cuentan con información en el SNVS2.0. Entre ellos, la mayoría registran una o más comorbilidad o factor de riesgo para enfermedad grave (93,3%, n= 28).

Gráfico 8. Fallecidos con diagnóstico de Influenza, según agente etiológico y grupo etario. SE1/2025 a SE21/2025.



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

VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios

Ante el aumento de casos de influenza en el país, con co-circulación del virus influenza tipo A –predominantemente A(H1N1)–, SARS-CoV-2, virus sincicial respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios en distintas jurisdicciones, el Ministerio de Salud de la Nación insta a los equipos de salud a fortalecer las siguientes acciones fundamentales:

- Reforzar la vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas.
- Sostener un alto nivel de sospecha clínica para facilitar la detección precoz de casos.
- Aplicar y mantener medidas eficaces de prevención y control de infecciones.

VI.6.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

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

Para mayor información consultar:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf⁴⁰

⁴⁰ Última versión vigente. Se encuentra en proceso de actualización para el año 2025.

VI.7. Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

En el actual contexto epidemiológico, se insta a los equipos de salud a fortalecer la vacunación antigripal a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, que no hayan recibido la vacuna este año. **Recordar que la vacunación antigripal administrada en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.**

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas.

Para mayor información consultar:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf

VI.8. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2

VI.8.A. SITUACIÓN MUNDIAL

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 6 de enero de 2025 y el 2 de febrero de 2025, se compartieron 15.577 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. En comparación, en los dos períodos anteriores de 28 días, se compartieron 22.608 y 23.181 secuencias, respectivamente.⁴¹

Actualmente, se designaron 1 variante de interés (VOI), JN.1, y 6 variantes bajo monitoreo (VUM): KP.3, KP.3.1.1, LB.1, XEC, LP.8.1 y NB.1.8.1^{42,43}.

A nivel mundial, JN.1, informada por 149 países para marzo, representó el 11,3 % de las secuencias en la semana epidemiológica 17 de 2025, mostrando tendencia decreciente. La última evaluación de riesgo de JN.1 se publicó el 15 de abril de 2024, evaluada como de bajo riesgo para la salud pública global, según la evidencia disponible.

Las seis variantes bajo monitoreo enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1.

La variante NB.1.8.1, recientemente designada como Variante Bajo Monitoreo (VUM), presentó una proporción creciente a nivel mundial, alcanzando el 10,7 % en la semana 17 de 2025. De acuerdo a la evaluación de riesgo publicada el 23 de mayo de 2025, el riesgo adicional para la salud pública asociado a NB.1.8.1 se considera bajo a nivel global, de acuerdo con la evidencia disponible⁴⁴.

Respecto de las demás VUM, LP.8.1 es, según el último informe, la variante más reportada, con una prevalencia del 39,0 % en la semana 17; XEC, previamente la variante más prevalente, presenta una tendencia descendente, representando el 19,7 % en la semana 17. Además, KP.3.1.1 y KP.3 mantienen su tendencia descendente, con prevalencias del 8,5 % y 1,5 % para la semana 17, respectivamente.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2. Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad. Los niveles bajos y no representativos de vigilancia genómica de SARS-CoV-2 continúan representando un desafío para evaluar adecuadamente el panorama de variantes.

VI.8.B. SITUACIÓN NACIONAL

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, se verifica un predominio de las variantes XEC, KP.3.1.1, JN.1* y LP.8.1.

⁴¹ COVID-19 epidemiological update - 12 de marzo de 2025. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

⁴² OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

⁴³ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

⁴⁴WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under Monitoring: NB.1.8.1 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf

Notificación de Variantes de Interés y bajo Monitoreo al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0

La Variantes se encuentran incorporadas a las categorías en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dentro del listado de resultados de laboratorio en el **Evento “Vigilancia genómica de SARS-CoV-2”**:

- Omicron JN.1*
- Omicron KP.3 (VUM)
- Omicron KP.3.1.1 (VUM)
- Omicron LB.1 (VUM)
- Omicron XEC (VUM)
- Omicron LP.8.1 (VUM)

Informe elaborado en colaboración con Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, y Centro Nacional de Genómica y Bioinformática, CeNAGeM-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado

VII.1. Introducción

VII.1.A. ANTECEDENTES

El 7 de mayo de 2025 un establecimiento del subsector privado de salud de la provincia de Buenos Aires informa sobre un brote de *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia spp* en pacientes internados en UTI entre los meses de abril y mayo y que, en el marco de la investigación del brote, hallaron ambos patógenos en el cultivo de ampollas de Fentanilo en el establecimiento de origen.

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta⁴⁹ sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que NO deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: "FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202,vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100" por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

El 10 de mayo la Dirección de Epidemiología y el ANLIS-Malbrán del Ministerio de Salud de la Nación emitió un comunicado y alerta a los Establecimientos de Salud para medidas de control, vigilancia, definiciones de caso, derivaciones de muestras y notificación al SNVS: "BROTE EN INVESTIGACIÓN POSIBLEMENTE RELACIONADO A EXPOSICIÓN DE FENTANILO CONTAMINADO"

El 13 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la Disposición N°3156/25 de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto⁵⁰. También se publicó el mismo día la Disposición N°3158/25, de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB PHARMA GROUP S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la Disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de la República Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida. Además, en la misma Disposición, se inhibe las actividades productivas de la firma LABORATORIOS RAMALLO S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

Paralelamente a lo actuado por la ANMAT, la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires reportó el mismo día la ocurrencia de un brote de infecciones invasivas por *Klebsiella pneumoniae* productora de metalo beta lactamasa y *Ralstonia spp*, identificadas en el laboratorio de una institución de salud del subsistema privado de la provincia

⁴⁹<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad>

⁵⁰<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-prohibe-el-uso-de-fentanilo-hlb-citrato-de-fentanilo-concentracion-005-mgml-solucion>

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/2025051>
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/2025051>

de Buenos y que fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS para su confirmación y caracterización.

A partir de la recepción de los aislamientos enviados por el establecimiento de origen, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) confirmó la identificación de *Klebsiella pneumoniae* productora de metalo-betalactamasa NDM-5, no productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia mannitolilytica*.

Los estudios fenotípicos, moleculares y genómicos de los aislamientos derivados al LNR, procedentes de muestras del producto Fentanilo HLB Pharma y de muestras de hemocultivos de pacientes, permitieron identificar clones únicos relacionados al brote de: *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) - no productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) secuenciotipo 307 y de *Ralstonia mannitolilytica*. Adicionalmente, a partir de aislamientos provenientes del producto Fentanilo HLB Pharma y de un paciente, se detectó *Klebsiella variicola* (Kva) productora de metalo-betalactamasa (MBL) NDM-5 y betalactamasa de espectro extendido (BLEE) CTXM-15, de secuenciotipo 971.

VII.1.B. SOBRE LOS AISLAMIENTOS IDENTIFICADOS Y LAS DEFINICIONES DE CASO

Con respecto a los aislamientos identificados, la *Ralstonia spp* es un bacilo gramnegativo ambiental, conocido por su capacidad para contaminar soluciones estériles y provocar infecciones nosocomiales, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Si bien históricamente considerada de baja virulencia, en años recientes se ha documentado su implicancia en infecciones severas como bacteriemias, meningitis y otras complicaciones graves. Por su parte, *Klebsiella pneumoniae* metalobetalactamasa (MBL) no BLEE (betalactamasa de espectro extendido, o sea que no produce las betalactamasas que hidrolizan antibióticos de espectro extendido, como las cefalosporinas.) es un patógeno multirresistente de alta relevancia clínica. La especie *Klebsiella variicola* forma parte del Complejo *Klebsiella pneumoniae* (CKP), y su diferenciación con otras especies de este Complejo no es posible mediante los sistemas automatizados. La identificación a nivel de especie de *Klebsiella variicola* deberá realizarse mediante la metodología de MALDI-TOF en la Jurisdicción correspondiente. En el caso de no disponer de esta tecnología, los aislamientos con sospecha de asociación al brote podrán ser identificados a nivel de especie en el LNR.

Los esfuerzos de la investigación están centrados en dimensionar el brote en magnitud y extensión y relacionar los casos sospechosos identificados con los patógenos originalmente detectados, para establecer el vínculo que pueda asociarlos a una fuente común.

Los focos confirmados son establecimientos con casos sospechosos en los que se haya podido establecer una alta relación genómica o molecular con los aislamientos ya caracterizados como involucrados en el brote por parte del Laboratorio Nacional de Referencia.

Se consideran casos confirmados asociados al brote cuando desde el LNR se haya estudiado hasta poder identificar su alta relación con los patógenos caracterizados en este brote. Los casos asociados por nexo epidemiológico son todos los casos que cumplan con la definición de caso sospechoso en un establecimiento donde se ha podido confirmar un foco (es decir, donde hay casos en los que ya se ha establecido la alta relación con los patógenos asociados a este brote). El análisis de la información distinguirá casos del brote (todo caso sospechoso o confirmado por laboratorio en establecimientos donde pudo confirmarse un foco) y casos sospechosos (casos que cumplen con la definición de sospechoso, pero no pudo establecerse todavía la confirmación por laboratorio de la asociación con el brote en ninguno de los casos de

ese establecimiento). Los casos descartados, no asociados al brote, son los que habiendo cumplido la definición de sospechoso se haya establecido que los aislamientos no tienen relación genómica con los patógenos asociados al brote.

La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta fundamental para la detección precoz, el análisis y el control de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. En este contexto, la aparición de brotes nosocomiales asociados a productos farmacológicos contaminados representa un desafío clave para la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

VII.2. Situación epidemiológica

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 31 de mayo de 2025 se registraron 76 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 12 establecimientos correspondientes a 4 jurisdicciones. En 6 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 29 casos asociados al brote y otras 29 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 58 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén se invalidó por no cumplir con la definición de caso y otros 5 establecimientos se encuentran en investigación en Buenos Aires y Santa Fe. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta el 31/05/2025. N=76.

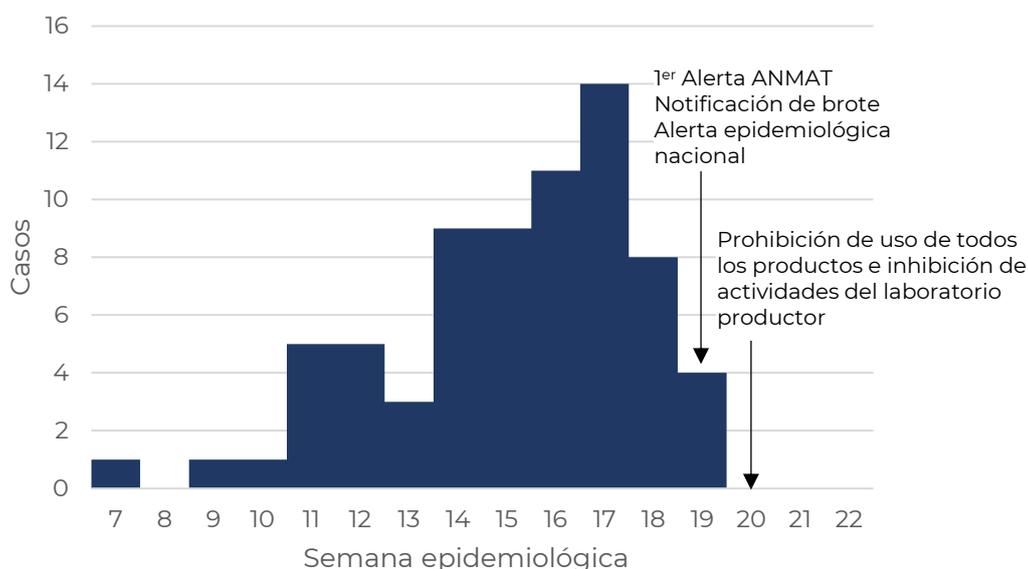
Establecimientos/ Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	18			18	1
EPBA02	1			1	1
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04		1		1	En investigación
Buenos Aires	19	2	0	21	2
ECABA01	2			2	1
CABA	2	0	0	2	1
ENQN01			1	1	
Neuquén	0	0	1	1	
ESF01	15			15	1
ESF02	6			6	1
ESF03	16		3	19	1
ESF04		4		4	En investigación
ESF05		5	1	6	En investigación
ESF06		2		2	En investigación
Santa Fe	37	11	4	52	3
Total general	58	13	5	76	6

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0

Los casos notificados hasta el momento tienen fecha de internación (o fecha de toma de muestra, cuando no se encuentra consignada la fecha de internación) entre el 10/02 y el 06/05. Todos los casos notificados a partir de la alerta epidemiológica fueron identificados de forma retrospectiva, no registrándose nuevas notificaciones ocurridos luego de dicha alerta.

A continuación, se presenta la distribución de casos por semana epidemiológica.

Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexos y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 31/05/2025. N=71*.

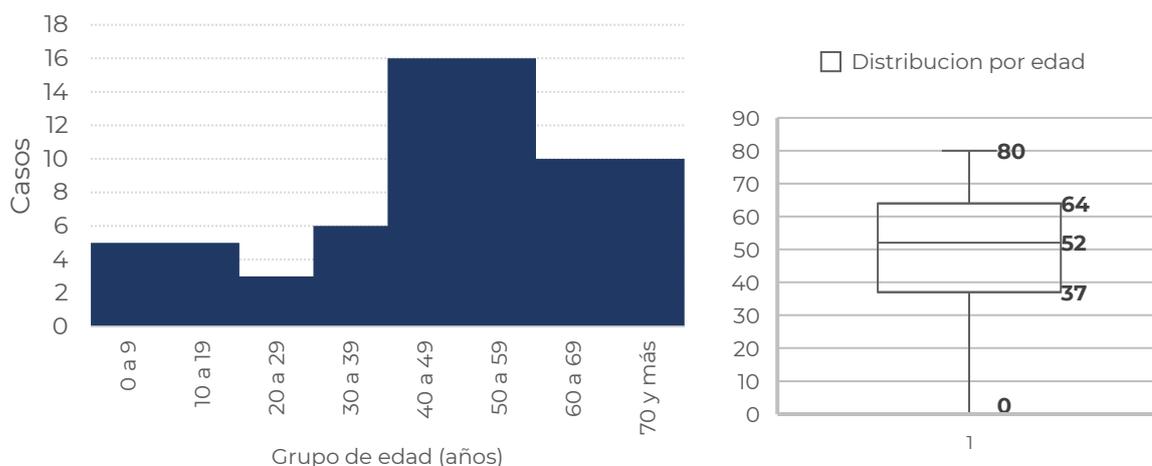


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

* Se excluyen descartados

En relación con la edad, se presentaron casos en todos los grupos etarios, con una mediana de 52 años y un rango entre 0 y 80 años.

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexos y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 31/05/2025. N=71*.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0

* Se excluyen descartados

En cuanto a la evolución clínica, 6 de los 13 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 34. siendo el sexo y grupo con más fallecimientos el sexo masculino de 45 a 64 años (mediana 57 años). En 5 de los 6 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

A la totalidad de los casos fallecidos se les suministró previamente el lote de fentanilo mencionado siendo 12 días la mediana entre la administración y el fallecimiento. De todas maneras, aún se encuentra en investigación si la causa del fallecimiento está vinculada al evento en estudio.

Cabe destacar que, en todos los casos, eran pacientes que se encontraban previamente internados por otras causas y se les administró el medicamento en contexto de la intervención que cada uno requería por su estado clínico.

VII.3. Vigilancia epidemiológica

Teniendo en cuenta los hallazgos mencionados, **se amplía la definición de Caso Sospechoso a: “*Klebsiella variicola* productora de metalobetalactamasa (MBL) y betalactamasa de espectro extendido (BLEE)”**.

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

Todo caso sospechoso, identificado en cualquier institución de salud de cualquier subsector (público, privado o de la seguridad social) deberá ser notificado de manera inmediata y nominal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Grupo de evento: Otros eventos de importancia para la salud pública; o Brotes asociados a fármacos⁵¹

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

VII.3.B. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Realizar la detección de brotes de manera precoz y el control de eventos asociados a productos farmacológicos contaminados.
- Caracterizar y analizar los casos asociados a brotes

⁵¹ La asignación de este grupo de evento a los usuarios del SNVS debe realizarse a sus referentes jurisdiccionales o al mail nuevosnvs2@gmail.com

VII.3.C. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso:

Toda persona que:

1. Haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO) entre noviembre de 2024 y el 15 de mayo de 2025⁵² y que presente, con posterioridad a la administración:
2. diagnóstico de enfermedad invasiva (bacteriemia, meningitis, abscesos en sitio de punción, entre otros.) por
 - *Ralstonia spp* y/o
 - *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE); y/ ó
 - *Klebsiella variicola* (Kva) productora de metalobetalactamasa (MBL) y betalactamasa de espectro extendido (BLEE).

Caso de Kpn MBL no BLEE con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Kpn* MBL no BLEE en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución o exposición a fuente contaminada.

Caso de *Ralstonia mannitolilytica* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos o fuentes confirmadas en la institución.

Caso de *Klebsiella variicola* (Kva) MBL y BLEE con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Klebsiella variicola* (Kva) MBL y BLEE en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos o fuente confirmadas en la institución.

Caso no asociado al brote: caso sospechoso donde el LNR demostró no estar asociado a los patógenos detectados en el brote.

Caso invalidado por epidemiología: Toda notificación que no cumpla con los criterios establecidos por la definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación en el siguiente link:

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

⁵² El período abarca desde dos meses posteriores a la fabricación del primer lote identificado como contaminado y hasta dos días posteriores a la prohibición de uso del medicamento sospechado. Esta definición temporal puede modificarse, si es necesario, de acuerdo a los resultados de la investigación.

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Fibrosis Quística en Argentina – Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética en la que las mutaciones en el gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la FQ dan lugar a una enfermedad multisistémica dominada por manifestaciones digestivas y respiratorias⁵³. A mediados del siglo XX, la fibrosis quística causaba la muerte en los primeros años de vida. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad, que incluyen el tamizaje neonatal sistemático, la atención multidisciplinaria de la FQ sintomática, el trasplante de pulmón y, más recientemente, los moduladores reguladores de la conductancia transmembrana de la FQ altamente eficaces, han transformado notablemente el pronóstico de las personas con FQ.

En Argentina, la fibrosis quística fue incluida entre las enfermedades contempladas en la Ley Nacional 26279, Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido, sancionada en 2007. En 2020, la Ley Nacional 27552, lucha contra la enfermedad de fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, incorporó “la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico, tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también la educación de la población”.

La ley 27552, estableció con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales, incluyendo los moduladores; y, la elaboración de un registro estadístico unificado de las personas con fibrosis quística. El Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de la ley, estableció los datos mínimos del REGISTRO NACIONAL DE FIBROSIS QUÍSTICA y que la inclusión en el Registro será requerida para la cobertura pública definida para la patología en el programa nacional de enfermedades poco frecuentes.

El Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) se elaboró sobre la base del registro existente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni” de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán, que se había elaborado en conjunto con la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) en el marco de un convenio entre ambas instituciones y que ya estaba en funcionamiento desde 2012. La actualización del registro original se hizo en coordinación con el programa nacional de enfermedades poco frecuentes del Ministerio de Salud de la Nación y con la participación del Consejo Asesor para el Abordaje de Fibrosis Quística (CAPAFIQ), creado por la resolución 2957 del Ministerio de Salud de la Nación.

El ReNaFQ es coordinado en conjunto entre el INER “Emilio Coni” de la ANLIS “Carlos G. Malbrán” y el programa nacional de enfermedades poco frecuentes y es el registro oficial establecido por el decreto reglamentario de la Ley Nacional 27552 para el seguimiento de la fibrosis quística en el país y para acceder a la cobertura establecida en dicha ley. El ReNaFQ está

⁵³ Pierre-Régis Burgel, Espérite Burnet, Lucile Regard, Clémence Martin, The Changing Epidemiology of Cystic Fibrosis: The Implications for Adult Care, Chest, Volume 163, Issue 1, 2023, Pages 89-99, ISSN 0012-3692, <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.004>.

vinculado con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y la carga de las personas con fibrosis quística en el ReNaFQ realiza automáticamente la notificación a ese sistema.

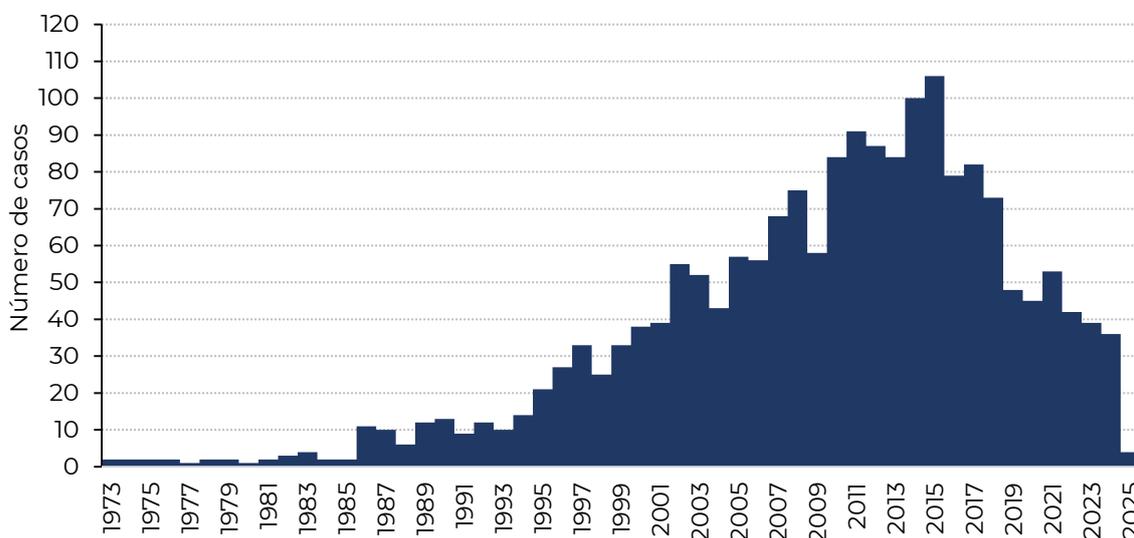
El INER “Emilio Coni” elabora un resumen de un conjunto de datos del ReNaFQ, así como un reporte mensual que es remitido a todos los usuarios; y, que puede ser consultado en el sitio <https://inerconi.anlis.gob.ar/shiny/Reporte-renafq/>.

VIII.2. Situación epidemiológica

VIII.2.A. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN

Hasta el 28 de mayo de 2025 se notificaron Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) 36 casos con diagnóstico en 2024 y 4 casos con diagnóstico en 2025; hasta esa misma fecha, el total de casos notificados al ReNaFQ fue 1919.

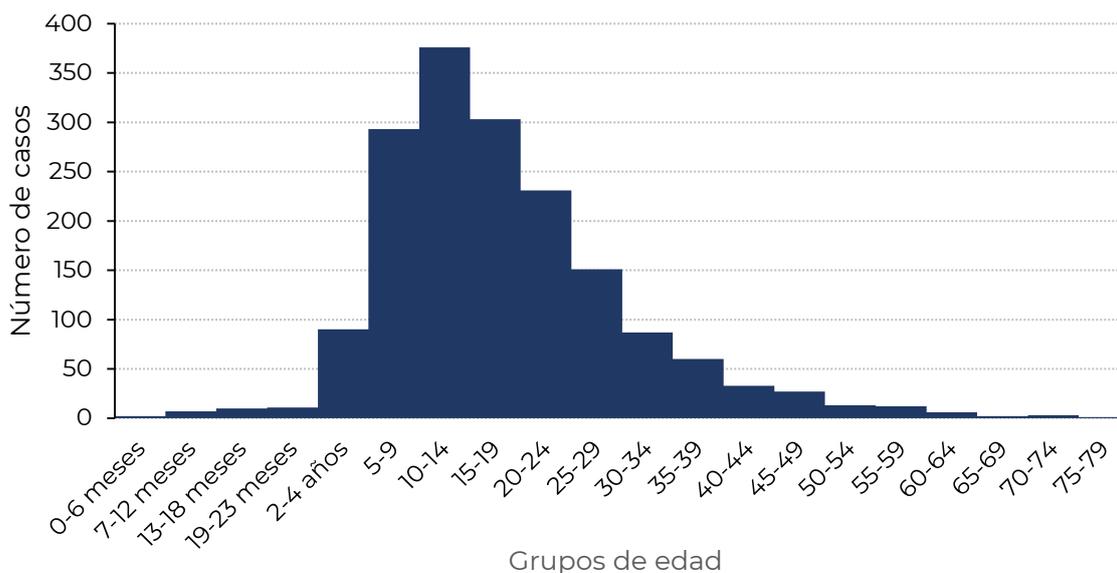
Gráfico 1. Número de casos de fibrosis quística por año de diagnóstico. Periodo 1973 al 28/05/2025. Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) “Emilio Coni” a partir de datos del ReNaFQ

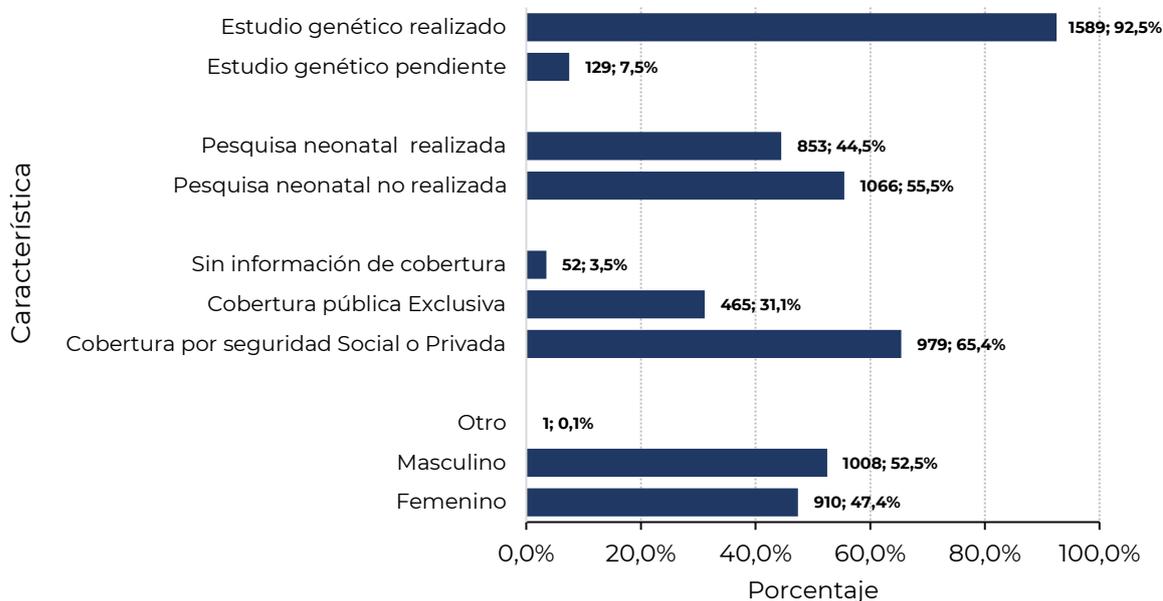
Del total de los casos notificados, 1093 (59,9%) fueron diagnosticados antes de los seis meses de edad; y 1460 (79,7%) antes de los 3 años.

La mayor proporción de los casos de fibrosis quística (79,6%) tiene menos de 25 años: 1736; y, 2,2% (38 casos) tienen 50 años o más.

Gráfico 2. Número de casos de fibrosis quística por edad actual. Periodo 1973 al 28/05/2025. Argentina.

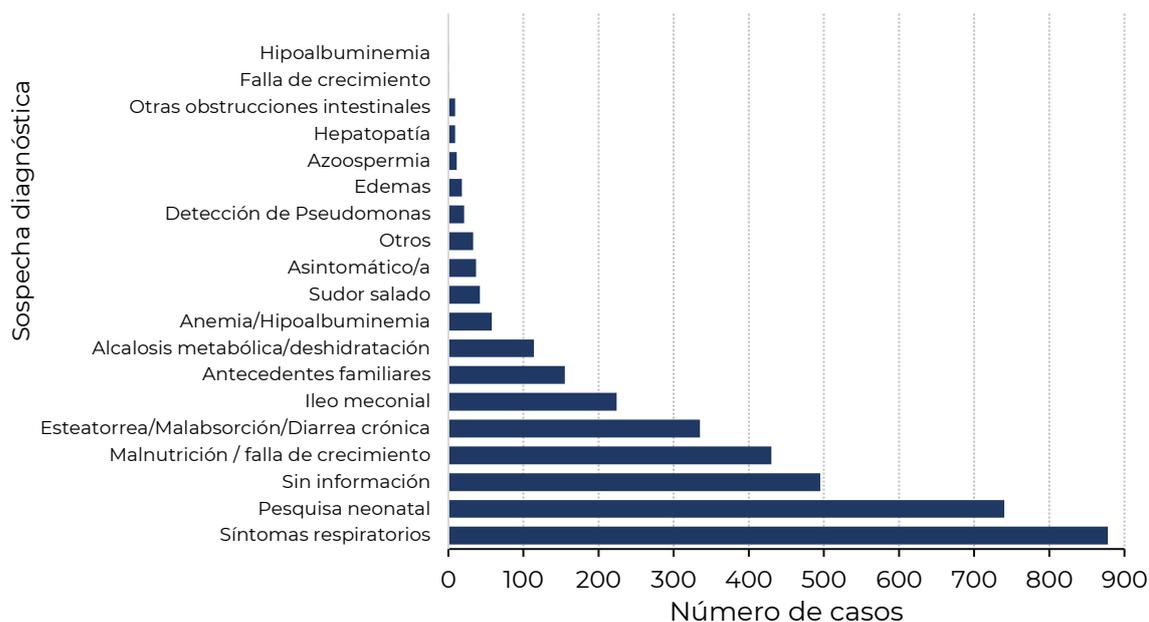
Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) "Emilio Coni" a partir de datos del ReNaFQ

Del total de casos registrados, el sexo masculino representa el 52,5% (1008 casos); 31,13% (465 casos) cuenta con cobertura pública exclusiva; 55,5% (1066 casos) no tienen registrada información sobre la pesquisa neonatal y 7,5% (129 casos) tienen pendiente el estudio genético.

Gráfico 3. Número de casos de fibrosis quística por sexo, cobertura de salud, según pesquisa neonatal y según estudio genético. Periodo 1973 al 28/05/2025, Argentina.

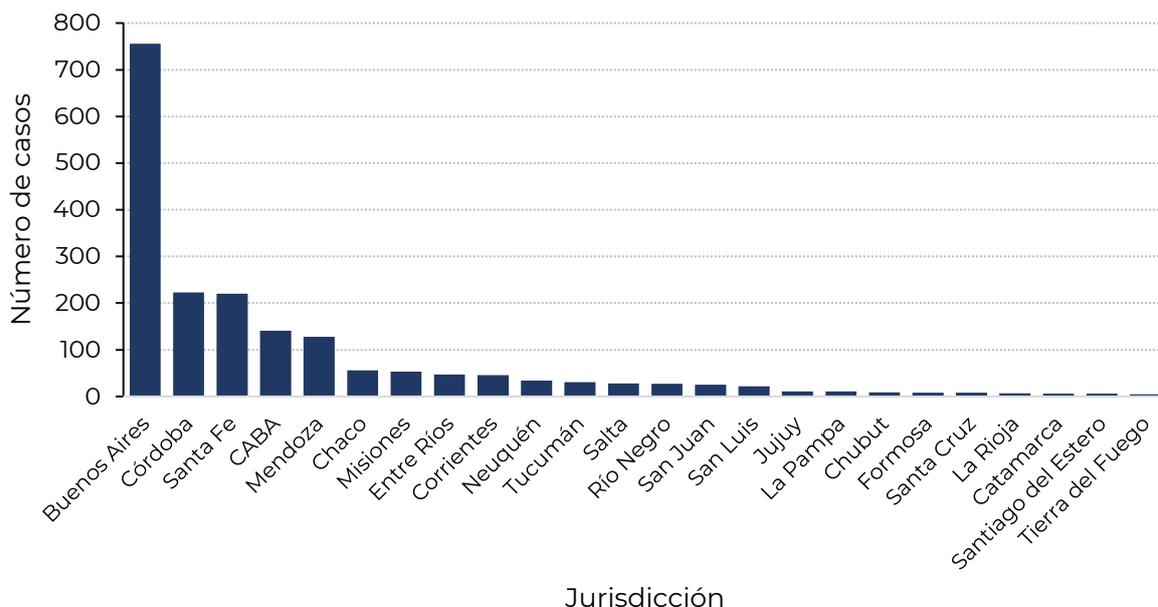
Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) "Emilio Coni" a partir de datos del ReNaFQ

El signo que se registró con mayor frecuencia como motivo de sospecha diagnóstica fueron los síntomas respiratorios: 878 casos (45,8%); seguido de la pesquisa neonatal: 740 casos (38,6%).

Gráfico 4. Número de casos de fibrosis quística por motivos de sospecha al diagnóstico. Periodo 1973 al 28/05/2025. Argentina.

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) "Emilio Coni" a partir de datos del ReNaFQ

Los casos de fibrosis quística se registraron en todas las jurisdicciones; pero, se concentraron principalmente en seis de ellas: Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, CABA, Mendoza y Chaco; en las que reside el 79,9% de los casos registrados: 1524 de los 1908 casos con registro de la provincia de residencia. Estas seis jurisdicciones concentraron el 68,3% de la población del total del país en 2025.

Gráfico 5. Número de casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia. Periodo 1973 al 28/05/2025, Argentina.

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) "Emilio Coni" a partir de datos del ReNaFQ

Los 4 casos registrados en 2025 correspondieron a 4 de las veinticuatro jurisdicciones del país (Buenos Aires, La Pampa, Mendoza y Santa Fe); y, los 36 casos registrados en 2024

correspondieron a doce de las veinticuatro jurisdicciones. En el último período de cinco años (2021-2025) hubo cinco jurisdicciones que no tuvieron ningún caso registrado: Formosa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

Tabla 1. Casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia y año de diagnóstico. Periodo 2021 al 28/05/2025, Argentina

Provincia de residencia	Año de diagnóstico				
	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	15	7	10	5	1
CABA	2	3	3	1	
Catamarca			1	1	
Córdoba	7	5	4	10	
Chaco	4	3		3	
Chubut	1				
Corrientes		1	2	1	
Entre Ríos	2	3	1		
Formosa					
Jujuy			1		
La Pampa					1
La Rioja					
Mendoza	2	2	3	2	1
Misiones	3	1	3		
Neuquén	3		1		
Río Negro					
Salta	5	3		3	
Santa Fe	6	10	5	3	1
Santiago del Estero					
San Juan		1	2	2	
San Luis	3	1	1		
Santa Cruz				1	
Tierra del Fuego					
Tucumán		2	2	4	
Total	53	42	39	36	4

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) "Emilio Coni" a partir de datos del ReNaFQ

Del total de 1718 casos sin registro de haber fallecido, 12,5% (214 casos) no tienen registrado ningún seguimiento desde que fueron notificados (está contemplada la carga de por lo menos un seguimiento anual en el ReNaFQ). El total de seguimientos registrados desde 2008 hasta el 28/05/2025 es 4190, correspondientes a 1667 casos de fibrosis quística, incluyendo casos actualmente fallecidos.

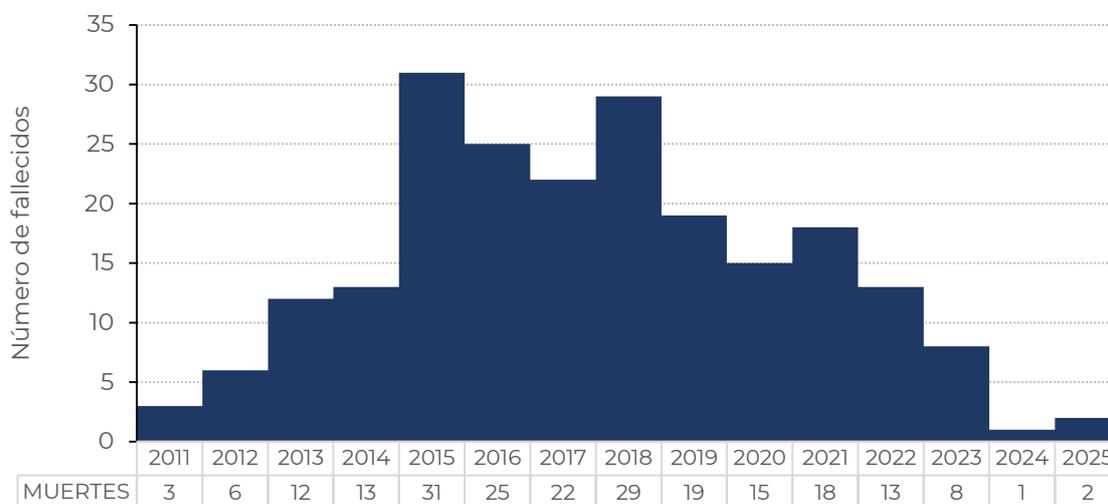
En 2025 ya se registraron 429 seguimientos a 328 personas hasta el 28/05/2025; el 39,1% del total de seguimientos registrados en 2024 (1097 seguimientos), el 48,7% del total de seguimientos registrados en 2023 (881); y, ya más seguimientos que los registrados anualmente en 2022 y los años anteriores.

VIII.2.B. MUERTES POR FIBROSIS QUÍSTICA

Entre los 1919 casos de fibrosis quística del ReNaFQ, 201 tienen registro de haber fallecido durante el período comprendido entre 2011 (3 muertes registradas) y 2025 (2 muertes

registradas). La distribución de los registros de muerte en el ReNaFQ alcanza su mayor valor en 2015, con 31 muertes con registro de ese año de defunción.

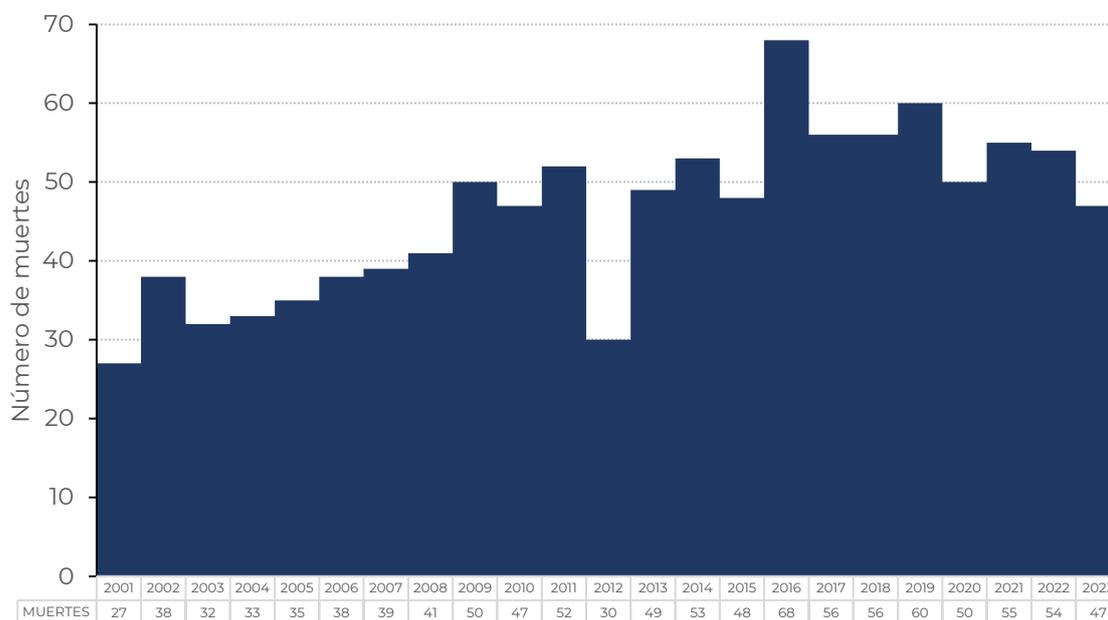
Gráfico 6. Número de casos de fibrosis quística fallecidos por año. Periodo 2011 al 28/05/2025. Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) "Emilio Coni" a partir de datos del ReNaFQ

La mortalidad por fibrosis quística a partir de las bases oficiales de defunciones de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) muestra que, durante el período comprendido entre 2001 y 2023 se registraron 1058 defunciones.

Gráfico 7. Número de muertes por fibrosis quística (código E84, CIE 10). Periodo 2001-2023. Argentina.

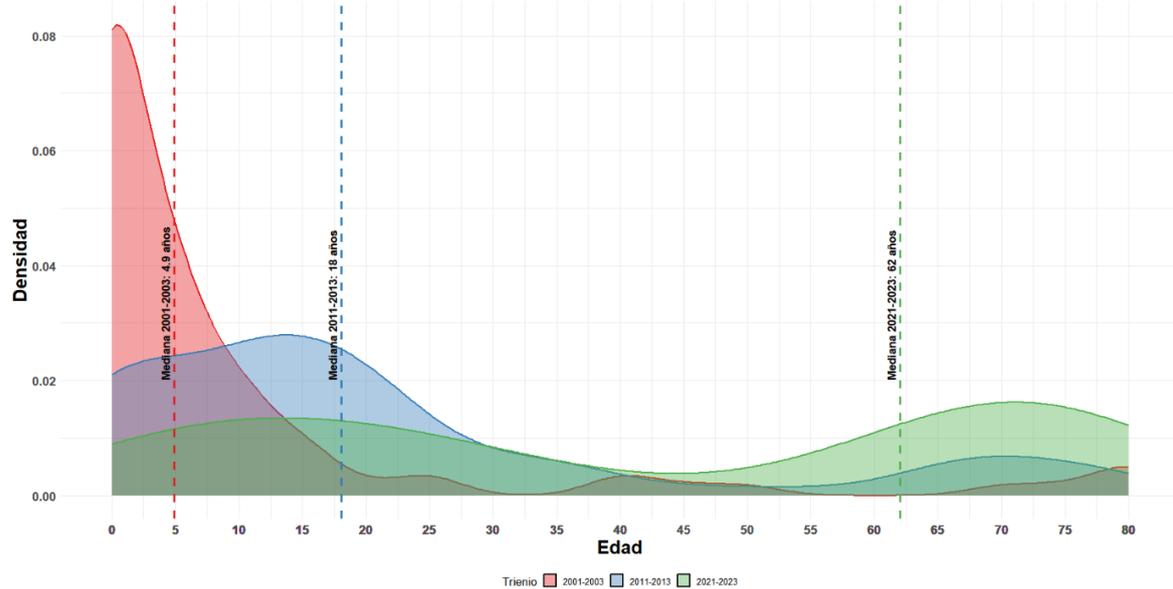


Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) "Emilio Coni" a partir de datos del ReNaFQ

La distribución por edad durante todo el período se modificó; y tuvo un marcado aumento en el último decenio. Mientras que durante el trienio 2001-2003 la mediana de edad de las muertes era de 4,9 años, la mediana de edad de las muertes aumentó 3,7 veces para el trienio 2011-2013, cuando fue de 18 años. Para el último trienio 2021-2023, el incremento de la mediana de edad

de las muertes fue de 3,4 veces con respecto al trienio 2011-2013; y el incremento fue de 12,7 veces con respecto al primer trienio 2001-2003.

Gráfico 8. Distribución de las muertes por fibrosis quística (código E84, CIE 10). Periodo 2001-2023. Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (INER) "Emilio Coni" a partir de datos del ReNaFQ

IX. Intento de Suicidio - Informe de la implementación del Sistema de Vigilancia y situación epidemiológica

IX.1. Introducción

Los intentos de suicidio representan un problema de salud pública creciente y prioritario tanto a nivel mundial como regional y nacional.

En Argentina, en 2015, se aprobó la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N°27.130, que tiene como propósito *“reducir la frecuencia y prevalencia del suicidio mediante estrategias de prevención, asistencia y posvención. Para abordar esta problemática y contribuir a disminuirla, la estrategia principal es la prevención, entendida desde una perspectiva de cuidados integrales y colectivos, en especial en los grupos etarios de adolescentes y de personas mayores”*. Así, las acciones deben tender a garantizar el abordaje temprano e integral del riesgo de suicidio, el fortalecimiento de la red de atención y la calidad de los registros sobre los suicidios con resultado mortal y los intentos de suicidio. Para tal fin, resulta necesario establecer un núcleo articulador del trabajo con otros actores en los distintos niveles interministeriales e interjurisdiccionales. Asimismo, en su artículo 6, incisos e) y f), dispone *“crear un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados”* así como la obligatoriedad de la notificación. El decreto 603/2021 que reglamenta esta ley, establece la unificación de registros y la creación de un sistema de notificación obligatoria.

En septiembre de 2022 se crea por resolución ministerial (Res. 1717/2022) el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio con el propósito de fortalecer el abordaje integral de la problemática del suicidio a través de la implementación de estrategias intersectoriales de prevención, asistencia y posvención, entendiendo que, los datos de los que se dispone actualmente confirman que el suicidio es prevenible y que se precisa de un enfoque intersectorial para que las estrategias sean eficaces.

En este sentido, se inició un trabajo conjunto entre el Programa de Abordaje Integral de la Problemática de Suicidio, el área de Epidemiología y Gestión de la Información en Salud Mental y la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Con participación de las jurisdicciones, se desarrollaron herramientas para incorporar este evento al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dentro del grupo de “Lesiones Intencionales”.

El intento de suicidio fue incluido como evento de notificación obligatoria en la última actualización del Manual de Normas y Procedimientos (Res. 2827/2022), y su notificación se implementa de forma progresiva desde el 1 de abril de 2023.

Todos los datos obtenidos en el marco de la vigilancia epidemiológica son parciales y sujetos a modificación. Esto es así por diferentes motivos: cambios en las normativas, inclusión de establecimientos notificadores, modificaciones en las definiciones de caso, creación de instrumentos diagnósticos, entre otros. En este marco, dada la multi-determinación y sensibilidad de este evento, y la complejidad de su abordaje, los datos aquí presentados, en particular, deben ser tomados como parciales y sujetos a revisión.

Ahora bien, lo anterior no invalida, sino que torna aún más como necesario, la posibilidad de analizar el evento y conocer las características de los casos notificados para poder dimensionar su comportamiento y, con ello, fortalecer las estrategias de vigilancia, prevención y atención integral.

IX.2. Sobre la implementación de la vigilancia de los intentos de suicidio

IX.2.A. ANTECEDENTES

El 1 de abril de 2023 se comienza formalmente con la Notificación Obligatoria de Intentos de Suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0).

Los objetivos de la vigilancia epidemiológica del evento, descritos en el Manual⁵⁴ son:

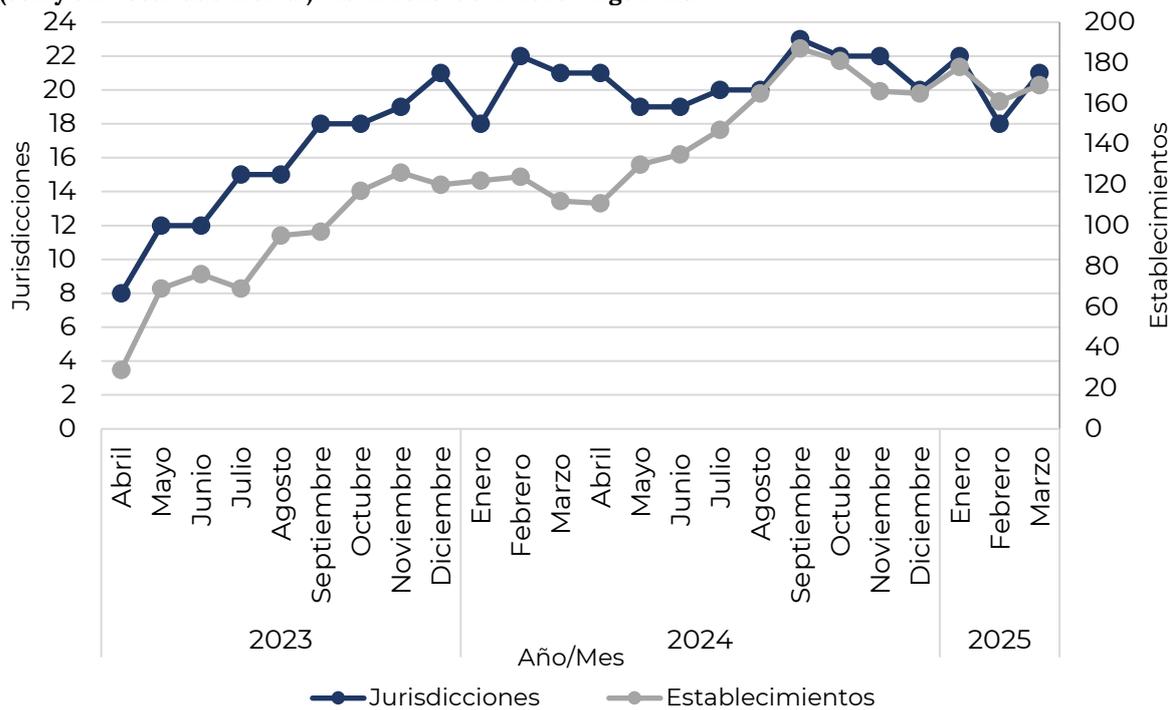
1. Estimar la magnitud del evento en términos de tiempo, lugar y persona.
2. Caracterizar epidemiológicamente los intentos de suicidio.
3. Identificar las poblaciones o grupos de riesgo para fortalecer las actividades de control y prevención.
4. Proporcionar información para apoyar las acciones de seguimiento a las personas con intentos de suicidio y a sus referentes vinculares.

La ficha epidemiológica y su respectivo instructivo se presentaron en reuniones regionales y jurisdiccionales. Además, se realizan capacitaciones virtuales, destinadas a todos los trabajadores de la salud, con el objetivo de sensibilizar acerca de la importancia de la notificación de los eventos relacionados con salud mental. En la actualidad, la vigilancia está en plena implementación en 23 de las 24 jurisdicciones del país.

IX.2.B. JURISDICCIONES Y ESTABLECIMIENTOS PARTICIPANTES

El Gráfico 1 muestra la evolución mensual de las jurisdicciones y los establecimientos que notificaron intentos de suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), desde la incorporación del evento como notificación obligatoria en abril de 2023.

⁵⁴ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_eno_2022.pdf

Gráfico 1. Evolución mensual de jurisdicciones y establecimientos que notificaron intentos de suicidio (con y sin resultado mortal). Abril 2023-abril 2025. Argentina.

Fuente: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental en base a datos notificados en SNVS 2.0.

En ese primer mes, se notificaron casos en 8 provincias. A partir de entonces, se observó un crecimiento sostenido en la incorporación de jurisdicciones notificantes, alcanzando 21 en diciembre de 2023 y llegando a un máximo de 23 jurisdicciones en septiembre de 2024. La tendencia general indica una ampliación progresiva de la cobertura territorial de la vigilancia del intento de suicidio, lo que constituye un avance relevante en términos de fortalecimiento del sistema de información y monitoreo a nivel nacional. Durante 2024, el número de provincias que notificaron se mantuvo relativamente estable, con leves oscilaciones mensuales. En febrero de 2025 se evidenció una disminución transitoria (18 jurisdicciones), seguida de un repunte en marzo (21 jurisdicciones). Estas variaciones podrían estar relacionadas con factores operativos, administrativos o coyunturales que inciden en los procesos de notificación y reporte.

En cuanto a los establecimientos notificadores, aunque el relevamiento detallado se inicia en agosto 2023, se presentan los datos retrospectivos desde el inicio de la implementación en el mes de abril 2023. El circuito inicia con 29 establecimientos, desde entonces, al igual que en las jurisdicciones, se evidenció una tendencia general y constante al aumento, con oscilaciones mensuales de escasa magnitud.

El número de efectores alcanzó su punto máximo también en septiembre de 2024, con 187 establecimientos notificadores, seguido de una leve disminución en los meses siguientes. Este comportamiento refleja la expansión progresiva de la red de vigilancia, a medida que más servicios de salud integran el registro del evento en sus prácticas de notificación.

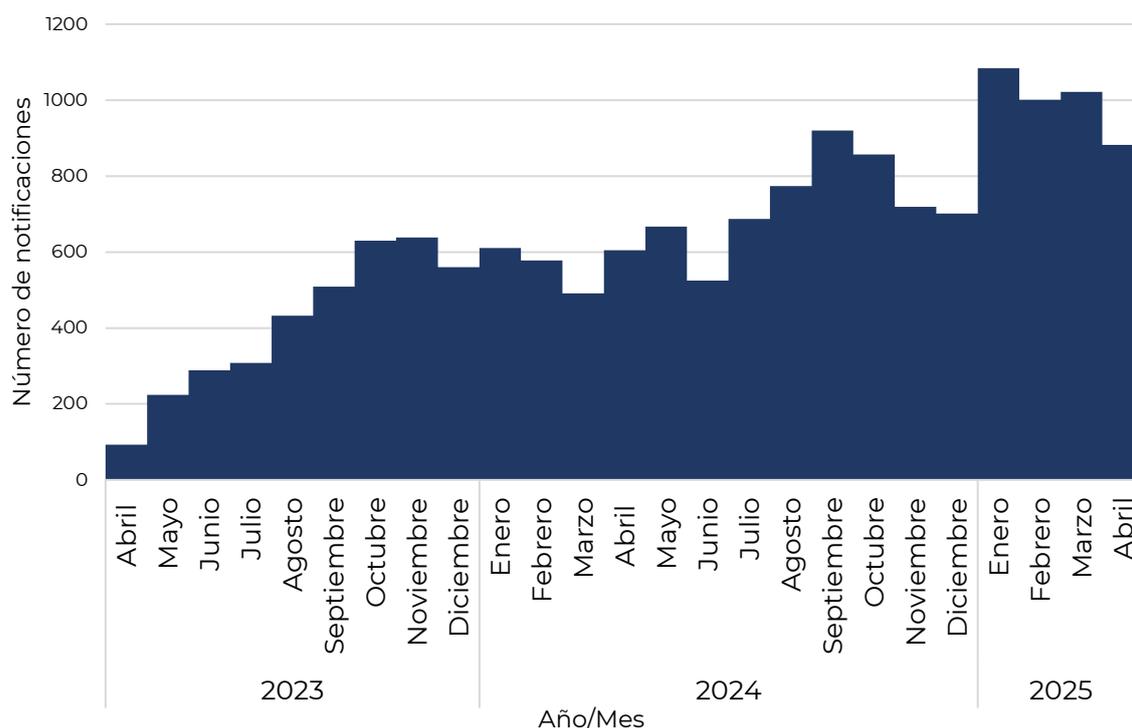
Teniendo en cuenta una mirada integral entre los dos indicadores, puede concluirse, junto con la importancia de continuar con su monitoreo y evaluación, la existencia de una estabilización en la participación de las jurisdicciones y establecimientos notificadores, en torno a 21 y 170 respectivamente a partir del mes de octubre de 2024.

IX.2.C. TOTAL DE NOTIFICACIONES EN EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN

Como se expresó al inicio, el total de los casos notificados no puede ser tomado, aún, de manera representativa de la realidad de los intentos de suicidio en el país. Lo que se observa a continuación da cuenta del proceso de implementación y aumento de la adherencia a la vigilancia y a la ley de notificación obligatoria y no de un incremento de casos del evento en el período descripto.

En el siguiente gráfico se presenta la notificación de intentos de suicidio en todo el período de implementación.

Gráfico 2. Evolución mensual de casos notificados de intentos de suicidio (con y sin resultado mortal). Abril 2023-abril 2025. Argentina. N: 15.807



Fuente: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental en base a datos registrados en SNVS2.0.

El análisis de los eventos notificados muestra un incremento sostenido en la notificación mensual de intentos de suicidio desde el inicio de la vigilancia obligatoria en abril de 2023.

Si bien se observaron algunas fluctuaciones a lo largo del tiempo, la tendencia general fue ascendente. El valor más alto se registró en enero de 2025, con 1.084 eventos notificados, seguido de una leve fluctuación en los meses de febrero y marzo y posteriormente una disminución en abril (882 casos). Este patrón de crecimiento progresivo puede vincularse tanto a una mayor consolidación del sistema de vigilancia como a un fortalecimiento en la capacidad de notificación por parte de los efectores de salud.

IX.2.D. SÍNTESIS DE LA IMPLEMENTACIÓN

Desde la incorporación del evento “intento de suicidio” como notificación obligatoria en el SNVS 2.0 en abril de 2023, se observa una tendencia general sostenida al crecimiento en tres dimensiones clave: número de jurisdicciones notificantes, cantidad de establecimientos que registran el evento y volumen mensual de casos informados.

Entre abril de 2023 y abril de 2025, la cobertura territorial se expandió progresivamente, con la incorporación de nuevas provincias y efectores al circuito de vigilancia. Este proceso fue acompañado por un incremento sostenido en la cantidad de notificaciones, lo que refleja tanto una consolidación de los circuitos de registro como una mayor sensibilización del sistema de salud sobre la importancia de este evento.

Aunque se registraron algunas oscilaciones mensuales, posiblemente asociadas a factores operativos o contextuales, la tendencia global muestra un fortalecimiento del sistema de vigilancia. Esto permite contar con una base más robusta para orientar acciones de prevención, atención y seguimiento en los distintos niveles del sistema de salud.

Dado que el evento continúa en fase de implementación en varias jurisdicciones, los datos disponibles aún no permiten caracterizar de manera representativa los patrones epidemiológicos del intento de suicidio en el país. Por ello, la información presentada se enfoca en el seguimiento del desempeño del sistema de notificación y no debe interpretarse como una descripción acabada de la magnitud ni de las características del fenómeno.

IX.3. Situación de Intentos de Suicidio en Argentina

IX.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTENTOS DE SUICIDIO CON Y SIN RESULTADO MORTAL

Entre el 1 de abril de 2023 y el 30 de abril de 2025, se notificaron 15.807 eventos al SNVS 2.0. De ese total, el 94,3% (n=14.899) corresponde a intentos de suicidio sin resultado mortal, y el 5,7% (n=908) a intentos de suicidios con resultado mortal. Esto representa una razón de 16,4 intentos de suicidio no fatales por cada suicidio con resultado mortal. En la siguiente tabla se observa el detalle en relación con el sexo y la clasificación.

Tabla 1. Intento de suicidio: casos notificados según sexo y clasificación. Abril 2023-abril 2025. Argentina. N=15.758*

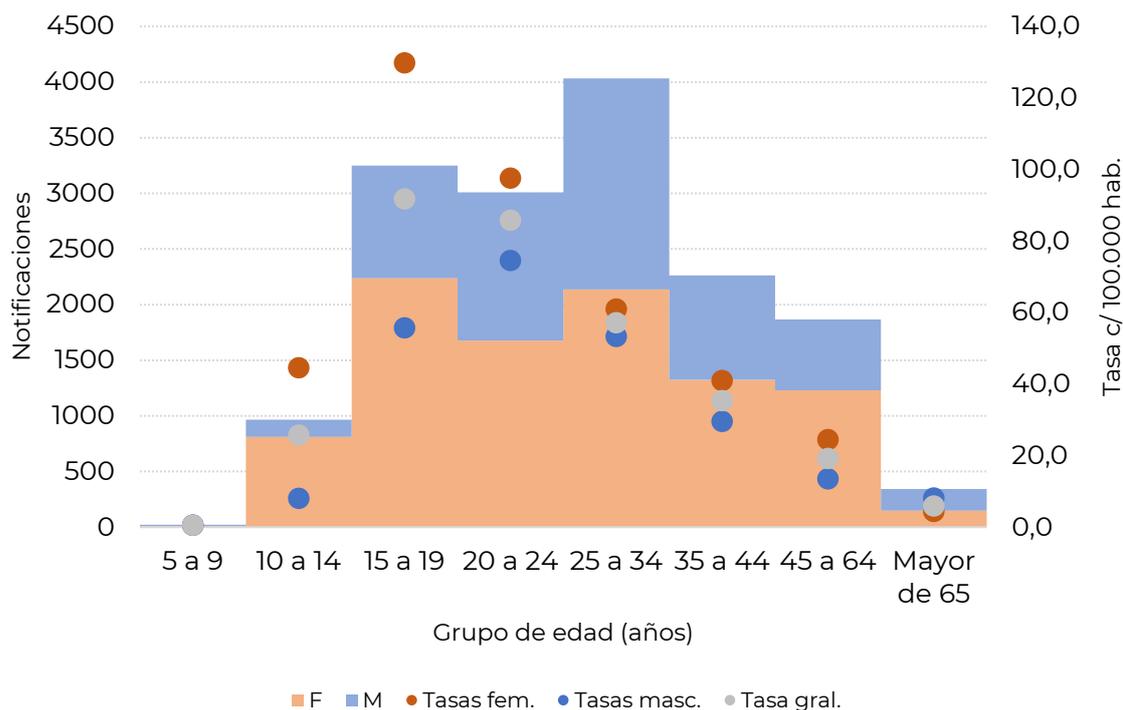
Clasificación	Femenino		Masculino		Total
	Casos	%	Casos	%	Casos
Con resultado mortal	218	2,2%	688	11,1%	906
Sin resultado mortal	9358	97,8%	5494	88,9%	14.852
Total	9756	100%	6182	100%	15.758

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

*** Se excluyen aquellos casos que no cuentan con dato del sexo**

Si bien en la distribución general predomina el sexo femenino con el 60% de los eventos notificados (n=9.576), al desagregar la información según la clasificación, se observa que los varones son quienes presentan un mayor riesgo de resultado mortal. Los valores 2,2% en mujeres versus 11,1% en varones, dan cuenta de un riesgo 5 veces mayor de que el resultado del intento de suicidio sea mortal en el sexo masculino en relación con las mujeres.

A continuación, se caracterizará a la población según grupo de edad, sexo y sus tasas específicas, independientemente de la clasificación del caso.

Gráfico 3. Intentos de suicidio con y sin resultado mortal. Notificaciones y tasas cada 100.000 hab. según grupo etario y sexo. Abril 2023-abril 2025. Argentina. N=15.758*

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

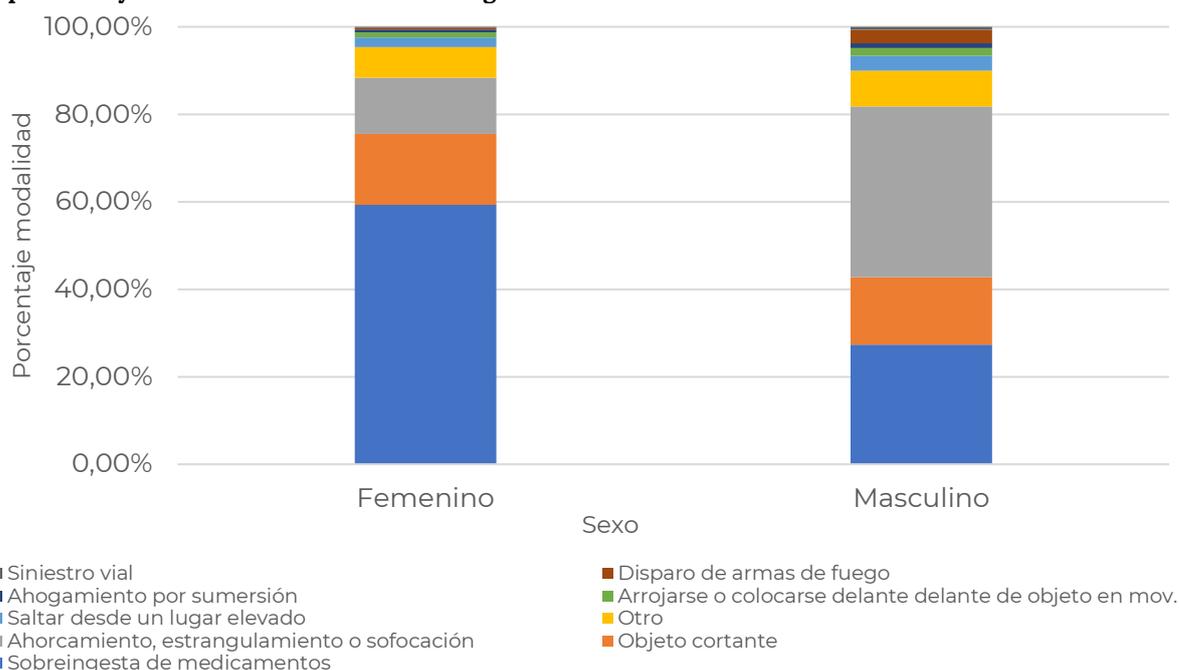
* Se excluyen aquellos casos que no cuentan con dato del sexo

Con respecto a la distribución por edad puede observarse que la mayor cantidad de casos se encuentran en los grupos de adolescentes y adultos jóvenes (15 a 34 años). Ahora bien, es importante remarcar que las tasas más elevadas corresponden a los grupos de 15 a 19 años (91 casos cada 100.000 hab.) y 20 a 24 (85 casos cada 100.000 hab.).

Se notificaron también 23 eventos en niños de 5 a 9 años (0,2%), un dato que, aunque de baja frecuencia, debe considerarse como señal de alerta y llamado a reforzar las acciones comunitarias de prevención y detección precoz en las infancias.

En relación con el sexo y especialmente su vínculo con la edad, puede verificarse que, para todos los grupos de etarios, con excepción de los mayores de 65 años, las tasas más elevadas corresponden al sexo femenino, siendo el grupo de 15 a 19 años el que presenta las tasas más elevadas de intentos de suicidio de todos los grupos de edad y sexo, duplicando, además, la tasa de los varones para el mismo grupo.

En el siguiente gráfico se muestra la modalidad del intento según el sexo de los casos.

Gráfico 4. Intentos de suicidio con y sin resultado mortal. Notificaciones y tasas cada 100.000 hab. según grupo etario y sexo. Abril 2023-abril 2025. Argentina. N=13.855*

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

* Se excluyen aquellos casos que no cuentan con información de modalidad y/o sexo

En términos generales, la sobre ingesta de medicamentos es la modalidad más utilizada para el evento (46%); esta modalidad, sin embargo, presenta diferenciales según sexo. En el caso de las mujeres, su uso asciende casi al 60% y en los varones alcanza el 27%. En el sexo masculino, la modalidad que predomina es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (39%), que representa el tercer método utilizado por las mujeres. Por último, el uso de objeto cortante es una modalidad que presenta un porcentaje similar en ambos sexos (16%), ubicándose en segundo lugar para las mujeres y el tercero para los varones.

Resulta importante, además, caracterizar el lugar de ocurrencia de los intentos, independientemente a su clasificación.

Tabla 2. Intento de suicidio con y sin resultado mortal: casos notificados según lugar de ocurrencia. Abril 2023-abril 2025. Argentina. N=10.915

Lugar de ocurrencia	Casos	%
Vivienda	9353	85,7%
Vía pública	1040	9,5%
Lugar de trabajo	92	0,8%
Institución residencial	100	0,9%
Establecimiento de salud	107	1,0%
Establecimiento educativo	61	0,6%
Otro	162	1,5%
Total	10915	100%

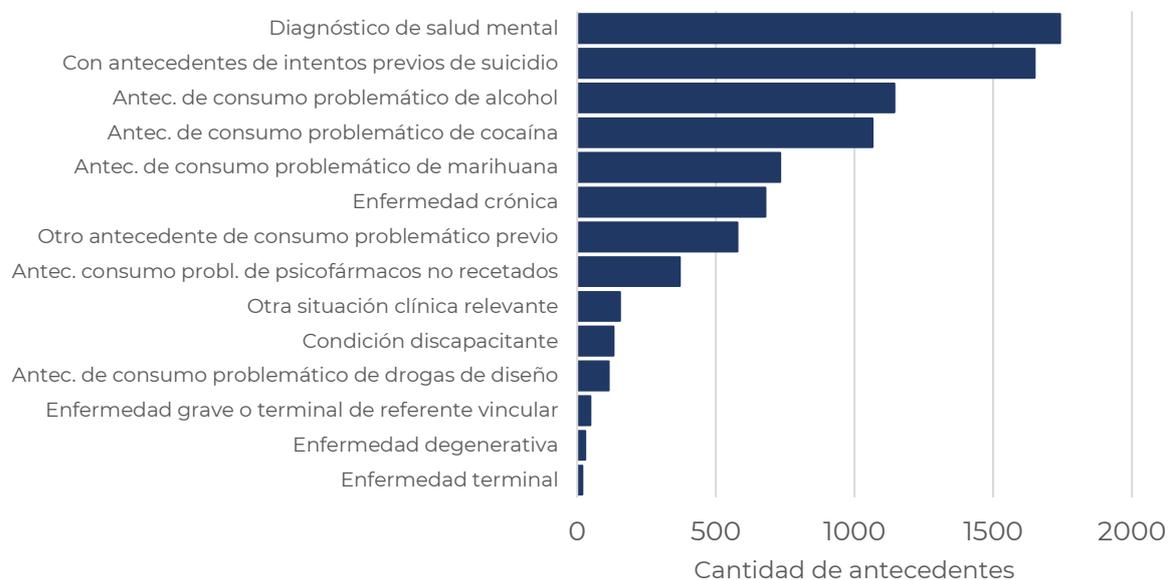
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

* Se excluyen aquellos casos que no cuentan con información de lugar de ocurrencia

Como puede observarse, la mayoría de los eventos ocurren en la vivienda seguido de la vía pública.

Junto con el lugar de ocurrencia, se comparten en el siguiente gráfico los antecedentes clínico-subjetivos que presentaban los intentos de suicidio ocurridos.

Gráfico 5. Intentos de suicidio con y sin resultado mortal. Notificaciones según antecedentes. Abril 2023-abril 2025. Argentina. N=8451*



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

* Se excluyen aquellos casos que no cuentan con información de comorbilidades y cada caso puede contener más de un antecedente.

La descripción de los antecedentes muestra una importante heterogeneidad a la hora de caracterizarlos y habla especialmente de la complejidad de la determinación del evento en análisis.

A diferencia de la modalidad del intento de suicidio (donde 3 métodos son los que se utilizan en un 80% de los casos) o en el lugar de ocurrencia (donde sólo dos ámbitos son los que agrupan el 95% de los intentos de suicidio), la agrupación de los antecedentes clínico-subjetivos no está traccionada por una baja cantidad de resultados. Sea por las características de la variable o por la posibilidad de que cada caso pueda contener más de un antecedente, se observa un patrón donde hay dos antecedentes que ocupan un primer lugar con alrededor del 20% cada uno (Diagnóstico previo de Salud Mental y antecedentes previos de suicidio), luego dos antecedentes vinculados con consumo problemático de sustancias: alcohol y cocaína (13% cada uno), seguido de enfermedad crónica y otros antecedentes de consumo.

Respecto de una de las variables de importancia como antecedente, se puede conocer el detalle en la siguiente tabla, donde se observa la cantidad de intentos de suicidio por persona.

Tabla 3. Intento de suicidio con y sin resultado mortal: cantidad de intentos por persona Abril 2023-abril 2025. Argentina. N=15.807

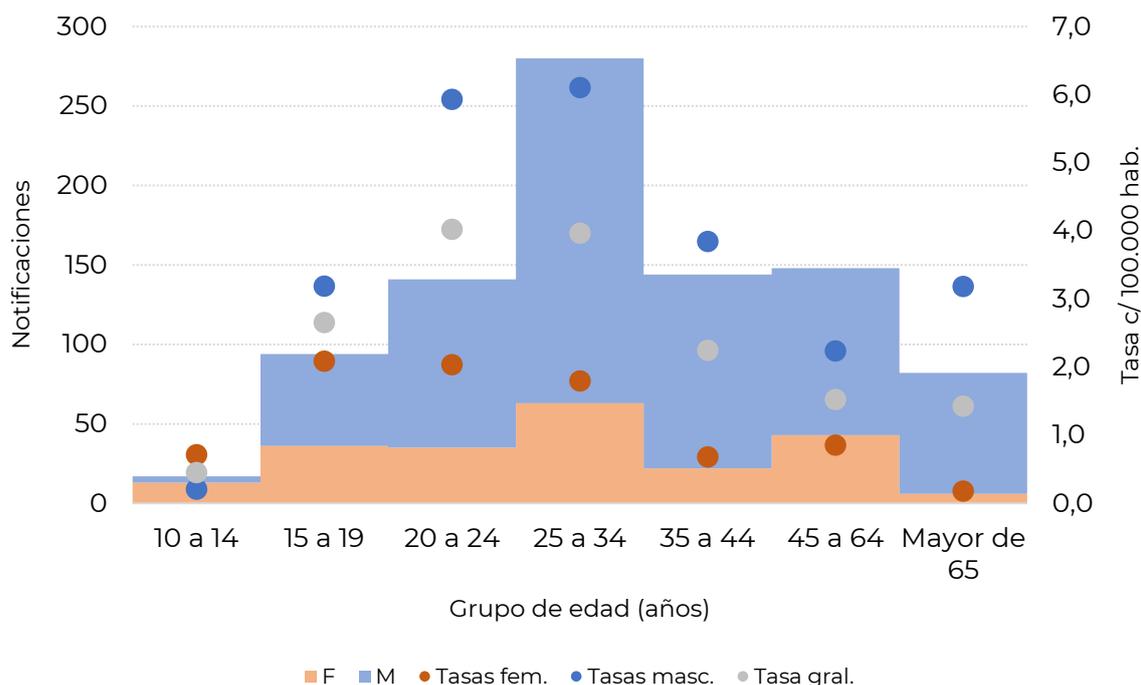
Intentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Personas	13.549	1581	346	156	79	30	55	8	9

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

Del total de personas que intentaron suicidarse, 8.748 (55%) requirieron internación, aunque en el 14% de los casos notificados no se cuenta con esta información. La caracterización de la gravedad de las internaciones (considerando como tal la necesidad de cuidados intensivos) resulta clave para comprender la evolución clínica. Entre las personas internadas, se registró que 495 (5,7%) ingresaron a cuidados intensivos, aunque en el 27% de los casos con internación no se dispone del dato.

IX.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTENTOS DE SUICIDIO CON RESULTADO MORTAL

Del total de casos notificados, el 5,7% (906) derivaron en resultado mortal. En el siguiente gráfico se desagrega la información por grupo etario y sexo.

Gráfico 6. Intentos de suicidio con resultado mortal. Notificaciones y tasas cada 100.000 hab. según grupo de edad y sexo. Abril 2023-abril 2025. Argentina. N=906*

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

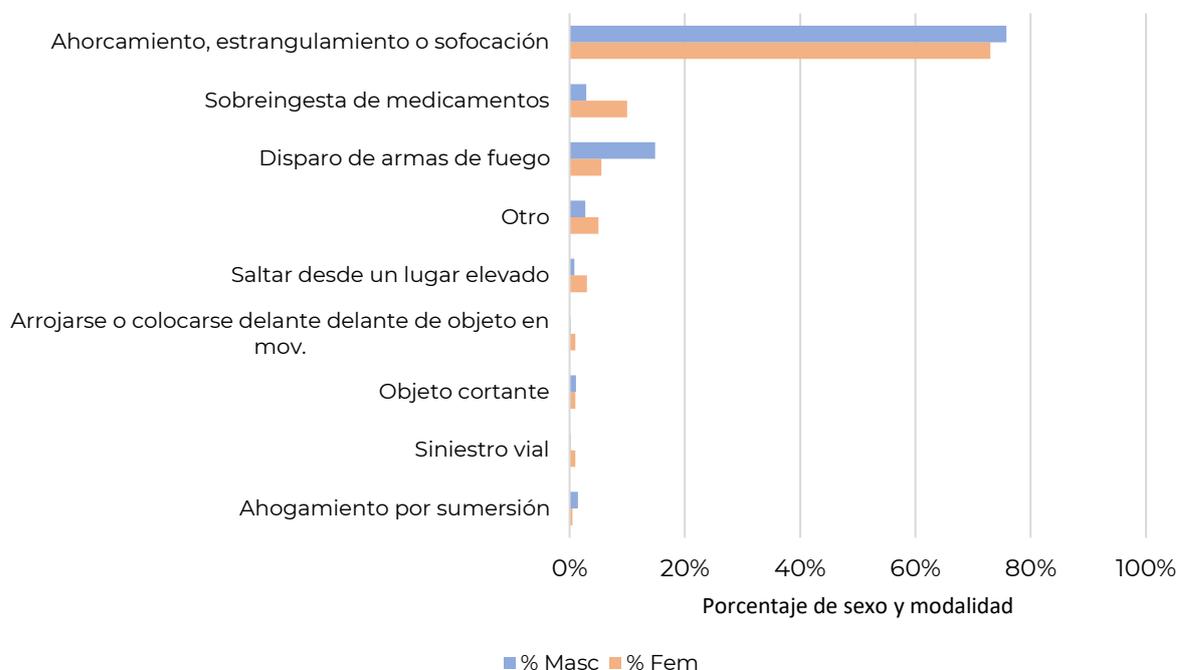
* Se excluyen aquellos casos que no cuentan con dato del sexo

A diferencia del análisis general del evento, el 76% de los casos de intentos de suicidio **con resultado mortal** corresponden al sexo masculino. Con respecto a los grupos de mayor magnitud en términos absolutos, se observa con claridad que corresponde al grupo de 25 a 34 años. Ahora bien, en cuanto al mayor riesgo para el evento, las tasas más elevadas se encuentran en los dos grupos que constituyen el rango de edad de entre 20 y 34 años de edad, siendo muy semejantes tanto para ambos sexos (4 cada 100.000 habitantes) como para los varones (6 cada

100.000) y mujeres (2 cada 100.000). En todos los grupos de edad, con excepción del de 10 a 14, las tasas son más elevadas en los varones que en las mujeres.

En el siguiente gráfico se puede observar la modalidad del intento con resultado mortal según sexo.

Gráfico 7. Intentos de suicidio con resultado mortal según sexo y modalidad de intento. Abril 2023-abril 2025. Argentina. N=820*



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

* Se excluyen aquellos casos que no cuentan con información de modalidad y/o sexo

Al analizar aquellos casos con resultado mortal de intento de suicidio según modalidad y sexo, se desprende que el “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” predomina en ambos sexos (75%). Sin embargo, en segundo lugar, es más frecuente la sobreingesta de medicamentos en el sexo femenino (10%) y el disparo de armas de fuego en el masculino (15%).

IX.3.C. SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Entre abril de 2023 y abril de 2025 se notificaron 15.807 intentos de suicidio al SNVS 2.0, de los cuales el 5,7% fueron con resultado mortal. Aunque el 60% de los eventos correspondió a mujeres, la letalidad (intentos con resultado mortal) fue cinco veces mayor en varones. Las tasas más altas se concentraron en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, con una marcada sobrerrepresentación femenina entre los 15 y 19.

La modalidad más frecuentemente utilizada fue la sobreingesta de medicamentos (46%), predominante en mujeres. En varones, se destacó el uso de métodos más letales, como el ahorcamiento (39%). El 86% de los intentos ocurrió en el hogar. En cuanto a antecedentes, el diagnóstico previo en salud mental, los intentos anteriores y el consumo problemático de sustancias fueron los más frecuentes.

Los suicidios con resultado mortal fueron realizados principalmente a varones de entre 20 y 34 años, con tasas consistentemente más altas en todos los grupos etarios respecto de las mujeres.

IX.4. Recomendaciones para el equipo de salud

Recomendaciones para los equipos de salud frente a los intentos de suicidio, en el marco de un abordaje integral que considera la problemática de manera multicausal y atravesada por factores personales, comunitarios y sociales.

IX.4.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Para abordar esta problemática y contribuir a disminuirla, la estrategia principal es la prevención, entendida desde una perspectiva de cuidados integrales y colectivos, en especial en los grupos etarios de adolescentes y de personas mayores (ya que son los dos grupos con mayor vulnerabilidad frente a esta problemática).

El suicidio es muchas veces prevenible y se requiere de un enfoque intersectorial para que las estrategias sean eficaces de acuerdo a cada realidad local. Ejemplo de ello son:

- **1. Detección y evaluación del riesgo:** Implementar lineamientos para identificar factores predisponentes y evaluar el riesgo de suicidio, considerando variables particulares, comunitarias, sociodemográficas y ambientales.
- **2. Atención oportuna y adecuada:** Brindar una respuesta asistencial y de calidad, priorizando la atención de la urgencia y la continuidad de cuidados.
- **3. Capacitación continua:** Desarrollar programas de formación sistemática y permanente para profesionales de la salud en la detección y abordaje de situaciones de riesgo de suicidio.

A su vez, se recomienda el desarrollo de dispositivos de atención telefónica gratuitos, o la incorporación del componente Salud Mental a las líneas existentes, atendidos por personal capacitado, para la recepción, evaluación, manejo, seguimiento y derivación asistida de situaciones de crisis y riesgo de suicidio.

IX.4.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- **4. Posvención:** Implementar acciones de acompañamiento a las personas afectadas por un suicidio, incluyendo a la familia, amigos y referentes afectivos.

IX.5. Conclusiones

Para avanzar en los abordajes integrales que requiere la problemática del suicidio, resulta fundamental sostener y fortalecer la implementación de la vigilancia del intento de suicidio como Evento de Notificación Obligatoria (ENO-SUI). Esta herramienta permite mejorar la calidad, la rapidez y la sistematicidad de los registros, y generar datos oportunos sobre los intentos de suicidio y las muertes por esta causa.

La recolección sistemática de información a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), en la medida en que se amplíe la red de establecimientos notificantes en todo el país, permitirá contar con evidencia clave para el diseño de políticas públicas de salud adaptadas a cada contexto.

El acceso nacional a los datos de vigilancia no solo aporta información epidemiológica, sino que también orienta sobre la capacidad de respuesta de los servicios de salud y las necesidades en materia de prevención, atención y posvención. A su vez, las jurisdicciones pueden utilizar esta

información para realizar el seguimiento de los casos y definir estrategias de intervención comunitaria más eficaces.

Si bien el número de efectores que notifican aún es limitado, se observa un crecimiento sostenido tanto en la cantidad de establecimientos que incorporan el registro como en el número de eventos informados.

Por último, es importante subrayar que la notificación al SNVS 2.0 tiene fines exclusivamente sanitarios. Su propósito es conocer el perfil epidemiológico local, jurisdiccional y nacional de los intentos de suicidio. Este registro no implica consecuencias legales ni para el equipo de salud o profesional interviniente, ni para la persona asistida.

IX.6. Vigilancia epidemiológica

IX.6.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La vigilancia del intento de suicidio como Evento de Notificación Obligatoria (ENO) se enmarca en lo establecido por la Ley Nacional N.º 15.465, sus modificatorias y las resoluciones ministeriales vigentes. El evento fue incorporado oficialmente en la última actualización del *Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria* (Resolución Ministerial 2827/2022).

La notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) a partir del 1 de abril de 2023. La estrategia adoptada es clínica y universal, con registro individual y nominal.

El análisis presentado en este informe se basa en los casos notificados al SNVS 2.0 por los efectores de salud habilitados durante el período comprendido entre el 1 de abril de 2023 y el 30 de abril de 2025.

Cabe señalar que, debido a la reciente incorporación del evento y al carácter progresivo de su implementación, los datos aquí presentados deben interpretarse como resultados preliminares del proceso de consolidación de la vigilancia, y no como una representación completa del comportamiento epidemiológico del evento a nivel nacional.

Las acciones de vigilancia epidemiológica implican, además de la elaboración de informes periódicos, la realización de un monitoreo en tiempo real de los datos con el objetivo de promover políticas públicas que brinden una respuesta oportuna a la presentación de la problemática en los diferentes territorios. Es función del Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación utilizar los resultados consolidados para el asesoramiento técnico a equipos de salud y de gestión de las jurisdicciones, con el objetivo de fortalecer y mejorar las estrategias de intervención a nivel territorial, llevando adelante capacitaciones, sensibilizaciones y espacios de concertación intersectorial, así como reuniones de trabajo e informes *ad-hoc* particulares para cada jurisdicción, con vistas a mejorar la calidad del registro y a fortalecer el acompañamiento de los casos que reciben las áreas de salud mental a instancias de las alertas. A su vez, como producto del análisis de los datos que arroja la notificación obligatoria de intentos de suicidio se prevé la elaboración de documentos técnicos tales como recomendaciones, guías y protocolos para su aplicación en todo el territorio nacional.

IX.6.B. DEFINICIONES DE CASO

Todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte

Clasificaciones de caso

- **Sin resultado mortal:** todo comportamiento con resultado no mortal para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.
- **Con resultado mortal:** todo comportamiento con resultado mortal para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

Ficha de notificación:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha-epidemiologica-de-intento-de-suicidio-29052025.pdf>

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

X. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 22 el 28 de mayo del 2025.

X.1. COVID-19 – Situación global

Recibido a través del CNE el 28/05/2025.

Ha habido un aumento en la actividad del SARS-CoV-2 a nivel mundial, según los datos reportados al Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (GISRS, por sus siglas en inglés) desde sitios de vigilancia centinela. Al 11 de mayo de 2025, la tasa de positividad de las pruebas es del 11% en 73 países, áreas y territorios que informan, lo que equivale al pico observado en julio de 2024 (12% en 99 países) y representa un aumento respecto al 2% reportado por 110 países a mediados de febrero de 2025. Este aumento en la tasa de positividad está siendo impulsado principalmente por países de la Región del Mediterráneo Oriental, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental.

Los países de la Región Africana, la Región Europea y la Región de las Américas actualmente reportan niveles bajos de actividad del SARS-CoV-2, con porcentajes de positividad en sitios de vigilancia virológica centinela o sistemática que oscilan entre el 2% y el 3%. Sin embargo, algunas zonas —particularmente en las subregiones del Caribe y los Andes en la Región de las Américas— mostraron tendencias crecientes en la positividad de pruebas de SARS-CoV-2 al 11 de mayo. Los datos de monitoreo de aguas residuales disponibles públicamente de países en la Región Europea y la subregión de América del Norte se mantienen bajos y, hasta la fecha, no indican una tendencia al alza en la actividad del SARS-CoV-2 al 11 de mayo de 2025.

La notificación de hospitalizaciones asociadas a COVID-19, ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI) y muertes es muy limitada en los países de la Región del Mediterráneo Oriental, la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental, lo que no permite a la OMS evaluar el impacto sobre los sistemas de salud.

Figura 1. Especímenes analizados para SARS-CoV-2 y porcentaje de positividad reportados desde sitios centinela al sistema eGISRS por países, áreas y territorios, desde enero de 2023 hasta mayo de 2025.



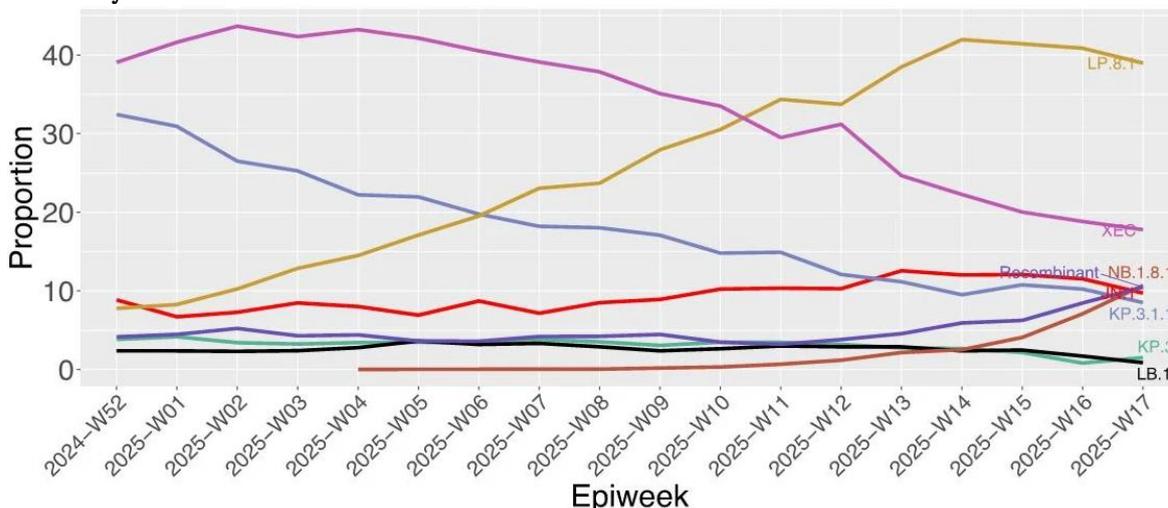
*Los datos de la semana más reciente pueden estar incompletos. Fuente: Programa Mundial de Gripe

X.1.A. EVOLUCIÓN Y CIRCULACIÓN DE VARIANTES DEL SARS-COV-2

El SARS-CoV-2 continúa evolucionando, y entre enero y mayo de 2025 se observaron cambios en la dinámica global de las variantes del virus. A comienzos del año, la variante más prevalente a nivel global, según el seguimiento de la OMS, era XEC, seguida de KP.3.1.1. En febrero, la

circulación de XEC comenzó a disminuir, mientras que la de LP.8.1 aumentó, convirtiéndose esta última en la variante más detectada a mediados de marzo. Desde mediados de abril, la circulación de LP.8.1 ha mostrado un leve descenso, mientras que la detección de la variante NB.1.8.1 ha ido en aumento.

Figura 2. Proporción de variantes de interés y variantes bajo monitoreo de SARS-CoV-2 desde enero hasta mayo de 2025



Fuente: GISAID y CoV-SPECTRUM

La variante bajo monitoreo (VUM) más recientemente designada es NB.1.8.1, una sublínea descendiente de XDV.1.5.1, a su vez descendiente de JN.1, con la muestra más temprana recogida el 22 de enero de 2025. En comparación con la variante dominante actual, LP.8.1, NB.1.8.1 presenta las siguientes mutaciones adicionales en la proteína spike: T22N, F59S, G184S, A435S, V445H y T478I. Las mutaciones en la posición 445 han demostrado mejorar la afinidad de unión al receptor hACE2, lo que podría aumentar la transmisibilidad de la variante; las mutaciones en la posición 435 han mostrado reducir modestamente la potencia de neutralización de los anticuerpos de clase 1 y clase 1/4; y las mutaciones en la posición 478 han mostrado mejorar la evasión frente a anticuerpos de clase 1/2.

Al 18 de mayo de 2025, se habían enviado 518 secuencias de NB.1.8.1 a GISAID desde 22 países, representando el 10,7% de las secuencias disponibles globalmente durante la semana epidemiológica (SE) 17 de 2025 (21 al 27 de abril). Aunque el porcentaje sigue siendo bajo, representa un aumento significativo frente al 2,5% registrado cuatro semanas antes, en la SE14 de 2025 (31 de marzo al 6 de abril). Entre las SE14 y SE17, se detectó un aumento en la circulación de NB.1.8.1 en las tres regiones de la OMS que comparten secuencias de forma continua: de 8,9% a 11,7% en la Región del Pacífico Occidental, de 1,6% a 4,9% en la Región de las Américas, y de 1,0% a 6,0% en la Región Europea. Solo se han reportado 5 secuencias desde la Región de Asia Sudoriental y ninguna desde la Región Africana ni la Región del Mediterráneo Oriental.

X.1.B. COVID-19: ACTUALIZACIÓN SOBRE LA VACUNACIÓN

Según los datos globales más recientes disponibles para el período entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2024, la cobertura de vacunación contra la COVID-19 en grupos de alto riesgo sigue siendo baja, con disparidades significativas entre regiones y niveles de ingresos. Entre los adultos mayores, solo 1,68% recibió una dosis en 2024 (hasta el 30 de septiembre), según datos de 75 Estados Miembros. Entre el personal de salud y cuidados, la cobertura fue de 0,96% en 54 Estados Miembros. Se estima que 39,2 millones de personas, en 90 países que representan el 31% de la población mundial, recibieron una dosis en 2024, incluyendo 14,8 millones en el tercer trimestre. Las regiones con mayor cobertura fueron la Región de las Américas y la Región

Europea, donde la cobertura en adultos mayores fue de 5,1% y 3,6%, respectivamente, en comparación con menos del 0,5% en otras regiones. Disparidades similares se observaron entre países por nivel de ingresos: en países de ingresos altos (HIC) la cobertura fue de 4,3%, en países de ingresos medianos altos (UMIC) de 1,2%, y en países de ingresos bajos (LIC) y medianos bajos (LMIC) fue inferior al 0,5%. Entre el personal de salud y cuidados, la cobertura en la Región de las Américas (2,8%) fue muy superior al menos del 0,5% observado en otras regiones. Por grupo de ingresos, los UMIC reportaron 2,1% de cobertura, frente a apenas 0,3% en los LIC y 0,1% en los LMIC. Los datos completos de vacunación de 2024 están siendo recopilados y se publicarán a mediados de julio de 2025.

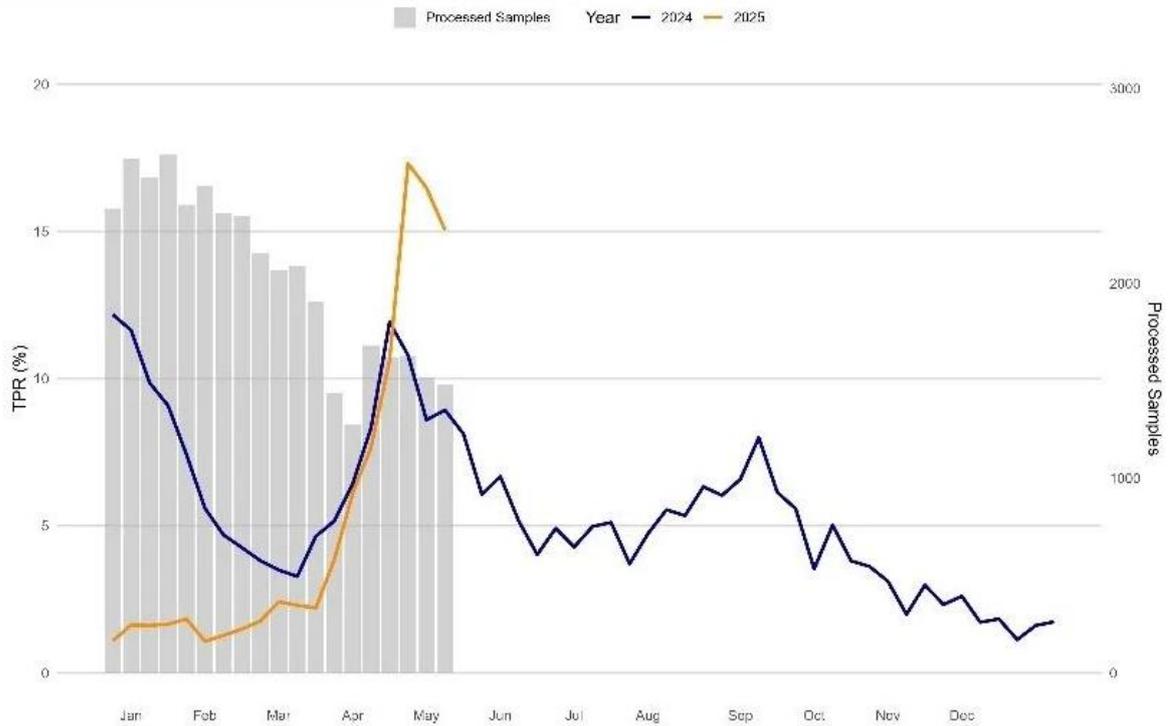
Las vacunas contra la COVID-19 actualmente aprobadas siguen proporcionando protección contra enfermedad grave y muerte. Para garantizar que las vacunas aprobadas sigan siendo eficaces, el Grupo Asesor Técnico sobre Composición de Vacunas contra la COVID-19 de la OMS (TAG-CO-VAC) continúa monitoreando y evaluando el impacto de la evolución del SARS-CoV-2 en el rendimiento de las vacunas disponibles. En mayo de 2025, TAG-CO-VAC recomendó que las vacunas monovalentes dirigidas a las variantes JN.1 o KP.2 siguen siendo adecuadas. También se indicó que las vacunas dirigidas a la variante LP.8.1 pueden considerarse como una alternativa adecuada. La vacunación no debe retrasarse. Sin embargo, en anticipación al acceso a vacunas que contengan variantes más recientes, hay un mayor beneficio en garantizar que las personas con alto riesgo de desarrollar COVID-19 grave reciban una dosis de cualquier vacuna disponible, en lugar de postergar la vacunación.

X.1.C. PANORAMA DE REGIONES SELECCIONADAS DE LA OMS

Región del Mediterráneo Oriental

En la Región del Mediterráneo Oriental, se han reportado datos de vigilancia centinela de 12 países mediante tasas de positividad de pruebas en sitios centinela en 2025. La tasa de positividad aumentó de 4% en la SE13 a 17% en la SE17 y luego disminuyó a 15% en la SE19. Tras una circulación baja en las primeras diez semanas de 2025, se observó una tendencia ascendente pronunciada que superó los niveles del año pasado (11% en la SE17 de 2024). En la región, se han observado informes recientes de aumento en la circulación en cinco países hasta la fecha: Egipto, Kuwait, Omán, Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos y Pakistán.

Figura 3. Especímenes analizados para SARS-CoV-2 reportados desde sitios centinela al eGISRS por países, áreas y territorios de la Región del Mediterráneo Oriental en 2024 y 2025.

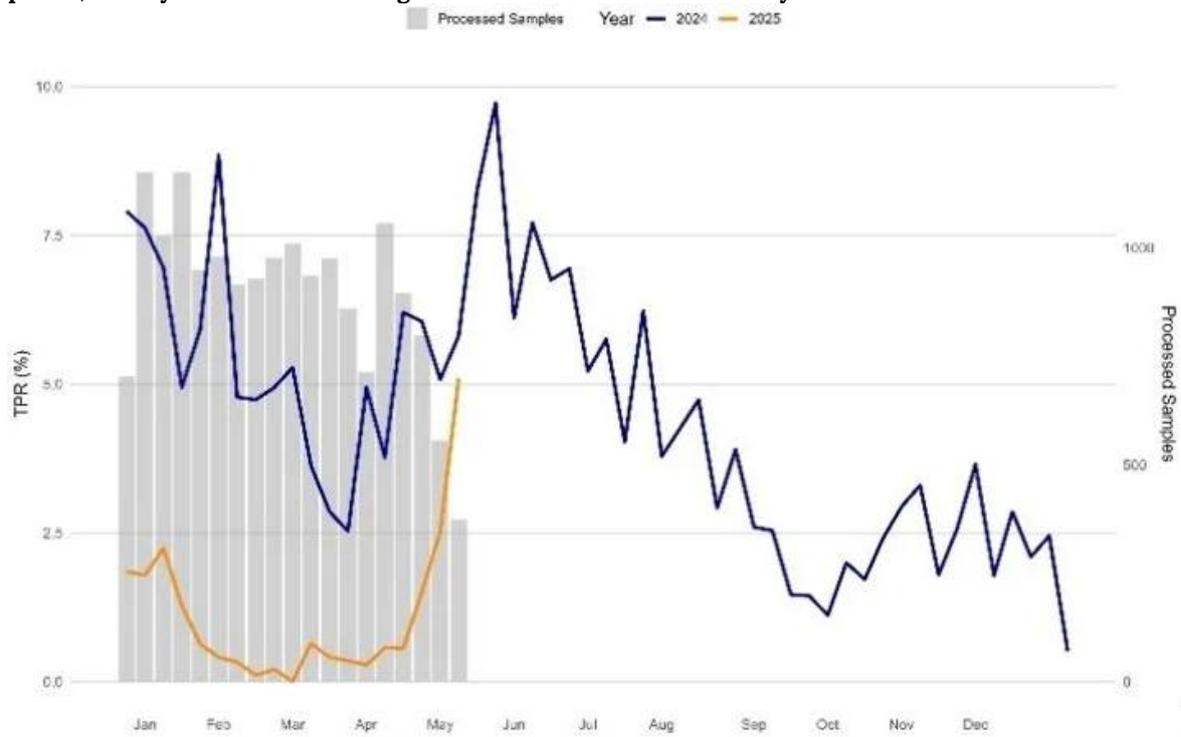


*Los datos de la semana más reciente pueden estar incompletos. Fuente: Programa Global de Influenza

Región de Asia Sudoriental

En la Región de Asia Sudoriental, ocho países han reportado datos de vigilancia centinela en 2025. Desde principios de abril, la tasa de positividad aumentó de 0,5% en la SE15 a 5% en la SE19. Aunque en un nivel más bajo, se observó una tendencia ascendente similar durante el mismo período en 2024, con tasas que aumentaron del 4% en la SE15 al 6% en la SE19, y que continuaron hasta alcanzar el 10% en la SE24. Los aumentos recientes se han observado en Maldivas y Tailandia. Según informes nacionales publicados, se registró un aumento en las detecciones de casos de COVID-19 en India en la SE20 y en Tailandia entre las SE16 y SE20.

Figura 4. Especímenes analizados para SARS-CoV-2 reportados desde sitios centinela al eGISRS por países, áreas y territorios de la Región de Asia Sudoriental en 2024 y 2025.

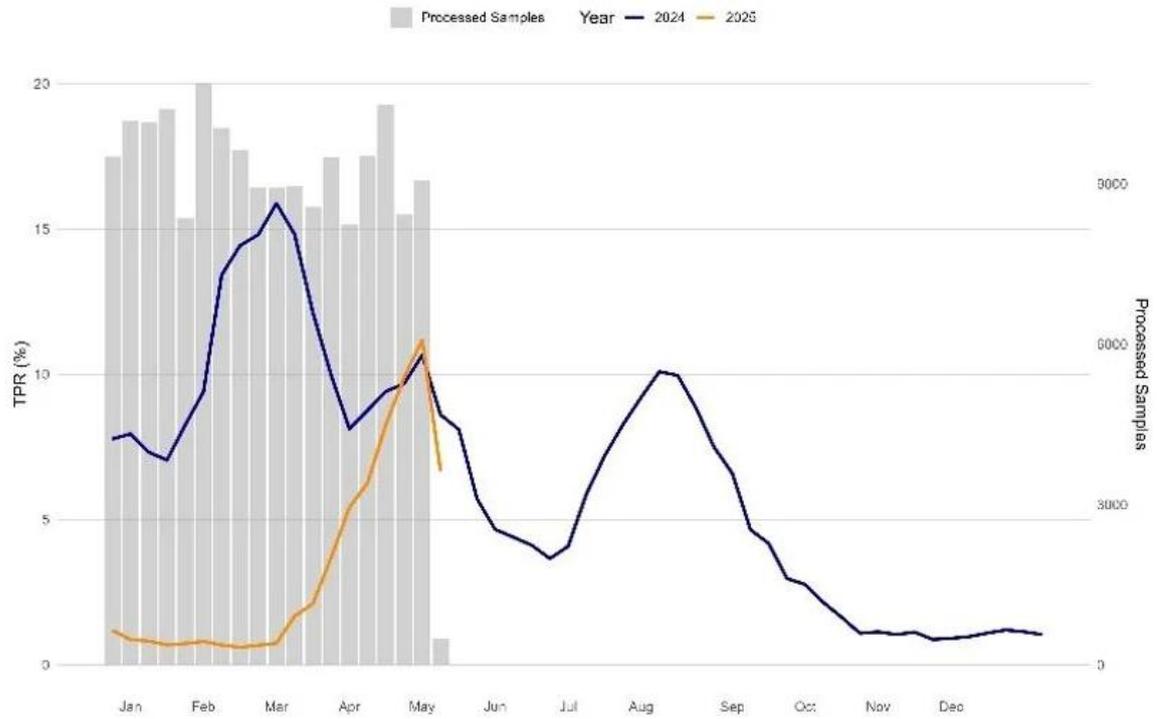


*Los datos de la semana más reciente pueden estar incompletos. Fuente: Programa Global de Influenza

Región del Pacífico Occidental

En la Región del Pacífico Occidental, diez países y áreas han reportado datos de vigilancia centinela mediante tasas de positividad en sitios centinela en 2025. En el último mes, la tasa de positividad aumentó de 5% en la SE14 a 11% en la SE19. Tras una circulación baja en las primeras diez semanas del año, se observó una tendencia ascendente pronunciada que alcanzó niveles similares a los del año pasado (10% en la SE18 de 2024). Los aumentos recientes se han observado hasta la fecha en cuatro países y áreas: Camboya, China, la RAE de Hong Kong y Singapur.

Figura 5. Especímenes analizados para SARS-CoV-2 reportados desde sitios centinela al eGISRS por países, áreas y territorios de la Región del Pacífico Occidental en 2024 y 2025.



*Los datos de la semana más reciente pueden estar incompletos. Fuente: Programa Global de Influenza
Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON572>

X.2. Evaluación de Riesgo para la Salud Pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 23/05/2025.

Riesgo general: Regional: ALTO

Confianza en la información disponible: Regional: ALTO

X.2.A. DECLARACIÓN GENERAL DEL RIESGO

Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública asociado al aumento de casos de fiebre amarilla en el 2025 en los países endémicos de la Región de las Américas.

Este RRA se ha realizado considerando los siguientes criterios: el riesgo potencial para la salud humana incluyendo el riesgo de exposición, el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad, los indicadores de magnitud y gravedad, así como los factores de riesgo y determinantes más detallados-, con base en la tendencia creciente de casos confirmados durante 2024 y 2025, y la tasa de letalidad que fue del 50% en 2024 y del 40% en 2025; el riesgo de diseminación, en particular la posible propagación a áreas que históricamente han sido clasificadas como de bajo riesgo para la enfermedad, incluida la posibilidad de que una ola zoonótica se extienda a Panamá y otras áreas ecológicamente adecuadas; y el riesgo para la salud pública sobre las distintas capacidades de detección temprana, prevención y control en los países endémicos, la baja cobertura de vacunación, así como los desafíos relacionados a un escenario de escasez de vacunas contra la fiebre amarilla en la Región de las Américas.

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica aguda que es endémica en doce países y un territorio de la Región de las Américas: Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago y la República Bolivariana de Venezuela. La enfermedad ha causado numerosas epidemias con altas tasas de letalidad (TL) a lo largo de la historia. La fiebre amarilla puede ser difícil de distinguir de otras fiebres hemorrágicas virales como el arenavirus, el hantavirus o el dengue. En el contexto en el que se están presentado brotes de dengue, el diagnóstico de la enfermedad, especialmente durante las primeras fases, puede resultar difícil, especialmente cuando los trabajadores de la salud carecen de experiencia en la detección y el manejo de casos.

En 2024, se confirmaron 61 casos humanos de fiebre amarilla en la Región de las Américas, incluyendo 30 defunciones (TL= 50%), distribuidos en cinco países: Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 20 del 2025, se han notificado 221 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 89 defunciones (TL= 40%) en cinco países. Esto muestra un aumento de más de ocho veces en comparación con el mismo período del 2024 (27 casos). Los casos del 2025 se han reportado en: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú. En 2024, los casos se notificaron principalmente en toda la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En contraste, en 2025, los casos se registran principalmente en el estado de São Paulo en Brasil y el departamento del Tolima en Colombia, regiones fuera de la región amazónica de estos dos países. El riesgo de introducción en entornos urbanos existe siempre que se intensifican los ciclos de transmisión selvática.

El riesgo de brotes de fiebre amarilla en la Región de las Américas es actualmente clasificado como alto. La mayoría de los casos notificados durante 2024 y 2025 no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla. Los niveles regionales de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en niños de 9 a 18 meses no eran óptimos antes de la pandemia de COVID-19,

y han disminuido aún más entre 2020 y 2023, aumentando el número de poblaciones susceptibles. En 2023, Ecuador y Guyana alcanzaron coberturas de vacunación contra la fiebre amarilla superiores o iguales al 95%, mientras que Suriname y Trinidad y Tobago, reportaron coberturas entre el 90% y el 94%. Colombia reportó 86%, Paraguay 81% y seis países (Argentina, Bolivia, Brasil, Panamá, Perú y Venezuela) tuvieron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80%. En 2024, Guyana alcanzó coberturas mayores o iguales al 95%, Colombia y Trinidad y Tobago se ubicaron entre el 90% y el 94%, Ecuador, Paraguay y Suriname reportaron una cobertura entre el 80 y el 90%, mientras que Bolivia, Brasil, Perú y Venezuela se mantienen por debajo del 80%. Aún no se dispone de datos de cobertura para Argentina y Panamá.

Aunque las capacidades de vigilancia, diagnóstico y vacunación han mejorado en los países endémicos, la fluctuación del suministro mundial de vacunas contra la fiebre amarilla sigue planteando un desafío. A partir de 2025, el suministro regional de vacunas sigue siendo muy limitado y no es suficiente para cubrir la demanda anual regional rutinaria.

El aumento de los casos confirmados de fiebre amarilla en la Región de las Américas ha remarcado la necesidad de reforzar la vigilancia, la vacunación de las poblaciones en riesgo y las estrategias de comunicación de riesgos entre las comunidades afectadas y para los viajeros que van a zonas donde se recomienda la vacunación. La exposición sistemática de los casos de fiebre amarilla a las actividades relacionadas con áreas selváticas pone de relieve la necesidad de adoptar enfoques dirigidos a los trabajadores de alto riesgo, las personas que trabajan en zonas silvestres o boscosas, como los leñadores, los agricultores y los profesionales del ecoturismo. Es necesario fortalecer el manejo clínico desde la identificación temprana, considerando en estos grupos de riesgo la sospecha inicial de fiebre amarilla, además del diagnóstico diferencial como otras enfermedades, por ejemplo, dengue, leptospirosis. De acuerdo con la clasificación de caso, los pacientes deben ser monitoreados en centros de salud con capacidad de resolución clínica e infraestructura de laboratorio clínico para dar seguimiento a la gravedad y permitir la derivación oportuna a la atención terciaria para el manejo de casos graves y complicaciones, para reducir la letalidad. Se recomienda designar hospitales de referencia para tratar a estos pacientes y, cuando no haya capacidad en el nivel primario o secundario, enviar a los pacientes directamente a estos hospitales de tercer nivel. Este enfoque debe difundirse entre los trabajadores de la salud en áreas endémicas. Además, se alienta a los países a que consideren la posibilidad de establecer reservas de vacunas a partir de sus existencias habituales, en función de la disponibilidad de las mismas, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.

El riesgo general relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

La evaluación rápida del riesgo se revisará en caso de que se disponga de más información epidemiológica, clínica o virológica.

X.2.B. INFORMACIÓN DEL CONTEXTO

Evaluación de la amenaza

Fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica aguda endémica en zonas tropicales de América y África que ha causado numerosas epidemias con altas tasas de mortalidad a lo largo de la historia. Los casos pueden ser difíciles de distinguir de otras fiebres hemorrágicas virales como el arenavirus, el hantavirus o el dengue. Su agente etiológico es el virus de la fiebre

amarilla, un arbovirus del género *Orthoflavivirus* (familia *Flaviviridae*) transmitido por mosquitos de las especies *Aedes*, *Sabethes* y *Haemagogus*.

Los síntomas de la fiebre amarilla suelen aparecer de 3 a 6 días después de la picadura de un mosquito infectado. En la fase inicial, incluyen fiebre, dolor muscular, dolor de cabeza, escalofríos, pérdida de apetito y náuseas o vómitos. En la mayoría de los pacientes, estos síntomas desaparecen después de 3 a 4 días (fase de remisión). Sin embargo, el 15% de los pacientes entran en una tercera fase, más tóxica, dentro de las 24 horas posteriores a la remisión inicial. Regresa la fiebre alta y varios sistemas del cuerpo se ven afectados, incluidos los riñones. La mitad de los pacientes que entran en esta fase tóxica mueren en un plazo de 10 a 14 días, mientras que el resto se recupera sin daños orgánicos significativos. El tratamiento es sintomático, dirigido a reducir los síntomas para la comodidad del paciente. Un tratamiento de soporte adecuado y precoz en los servicios de salud mejora las tasas de supervivencia. Actualmente no existe un fármaco antiviral específico para la fiebre amarilla, pero los cuidados específicos para tratar la deshidratación, la insuficiencia hepática y renal, y la fiebre mejoran los resultados.

La fiebre amarilla es difícil de diagnosticar, especialmente durante las primeras etapas. Un caso más grave puede confundirse con malaria grave, leptospirosis, hepatitis viral (especialmente formas fulminantes), otras fiebres hemorrágicas, infecciones con otros flavivirus (como el dengue grave) o intoxicación. Las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) en sangre y orina a veces pueden detectar el virus en las primeras fases de la enfermedad. En etapas posteriores, es necesario realizar pruebas para identificar anticuerpos (ELISA y PRNT).

La vacunación es la medida preventiva más importante contra la fiebre amarilla. La vacuna es segura, asequible y altamente efectiva, proporcionando inmunidad efectiva dentro de los 30 días al 99% de los vacunados. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad sostenida y protección de por vida, sin necesidad de una dosis de refuerzo.

Fiebre amarilla en la Región de las Américas

Hay dos ciclos de transmisión de la fiebre amarilla: las diferentes especies de mosquitos que transmiten la enfermedad viven en diferentes hábitats: algunos se reproducen alrededor de las casas (domésticos) y otros en la selva (silvestres). En el ciclo selvático, en los bosques tropicales el virus circula entre los primates no humanos (que son el principal reservorio del virus) y quizás entre los marsupiales susceptibles. La transmisión se produce a través de las picaduras de ciertas especies selváticas de mosquitos. En las Américas, los principales vectores son los mosquitos de los géneros *Haemagogus* y *Sabethes*. En este ciclo, los seres humanos que trabajan o viajan por zonas selváticas contraen la infección al ser picados por mosquitos infectados por el virus de la fiebre amarilla.

El ciclo urbano se caracteriza por la circulación del virus entre humanos susceptibles. El virus se transmite a través de la picadura del mosquito *Aedes(Ae) aegypti*, un vector doméstico. El ciclo urbano comienza cuando una persona que ha contraído la infección en la selva se traslada a un centro urbano con alta densidad de *Ae. aegypti* durante la fase en la que el virus circula en su sangre (viremia), y una vez allí, es picado por este vector, que a su vez transmite el virus a otro individuo susceptible, estableciéndose así la cadena de transmisión de la fiebre amarilla en el entorno urbano en el que los mosquitos infectados transmiten el virus de persona a persona.

Evaluación de la exposición

Trece países y/o territorios del Caribe y Sudamérica son endémicos o tienen regiones endémicas para la fiebre amarilla (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana

Francesa, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, Trinidad y Tobago, y Venezuela). Desde 1960 hasta 2022, se han confirmado 9.397 casos de fiebre amarilla, incluidas 3.315 defunciones, en la Región de las Américas; la mayoría de estos casos han sido reportados por tres países: Brasil con 36% (n= 3.443, incluyendo 1.192 defunciones), Perú con 35% (n= 3.281, incluyendo 1.343 defunciones) y Bolivia con 16% (n= 1.553, incluyendo 516 defunciones).

En 2024, se confirmaron 61 casos humanos de fiebre amarilla en la Región de las Américas, incluyendo 30 defunciones, distribuidos entre cinco países: Bolivia (n= 8 casos, incluyendo cuatro defunciones), Brasil (n= 8 casos, incluyendo cuatro defunciones), Colombia (n= 23 casos, incluyendo 13 defunciones), Guyana (n= 3 casos) y Perú (n= 19 casos, incluyendo nueve defunciones).

En 2025, hasta el 16 de mayo, cinco países de la Región de las Américas han notificado un total de 221 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 89 defunciones (TL 40%): Bolivia (n= 3, incluyendo un caso fatal (TL 33%)), Brasil (n= 110, incluyendo 44 defunciones (TL 40%)), Colombia (n= 64, incluyendo 26 defunciones (TL 41%)), Ecuador (n= 6 casos, incluyendo cinco defunciones (TL 83%)) y Perú (n= 38, incluyendo 13 defunciones (TL 34%)).

En 2024, se notificaron casos humanos de fiebre amarilla principalmente en toda la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, los casos se han registrado principalmente en el estado de São Paulo en Brasil y en el departamento del Tolima en Colombia, ambas regiones por fuera de la región amazónica de los respectivos países. El número de casos confirmados de fiebre amarilla notificados en las Américas en 2025 hasta el momento muestra un incremento de ocho veces con respecto a los casos confirmados notificados en el mismo período del 2024 (27 casos).

El modelo de estudio y proyección, conocido como modelo de corredores ecológicos, desarrollado por el Ministerio de Salud de Brasil, estimó que, para el período estacional 2024/2025, existe la posibilidad de propagación del virus en la región de Campinas/São Paulo, el sur del estado de Minas Gerais y la Serra da Mantiqueira. Por otro lado, el modelo de favorabilidad combinado indicó que los estados con mayor probabilidad de ocurrencia de fiebre amarilla son, en orden de mayor a menor probabilidad, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná, Distrito Federal, Goiás, São Paulo, Mato Grosso do Sul y Minas Gerais. De cumplirse las proyecciones de este modelo, países como Argentina y Paraguay, que notificaron sus últimos casos en 2008, también podrían verse afectados. Es importante señalar que los datos de ocurrencia disponibles y las incertidumbres inherentes a la modelización limitan el alcance territorial de estas proyecciones. A medida que se disponga de datos más actualizados, será posible ajustar el modelo con mayor precisión.

Evaluación del contexto

Cobertura de vacunación

Varios factores contribuyen a la perturbación de los sistemas de salud y obstaculizan la prestación sostenible de servicios de vacunación. Estos factores incluyen conflictos, inversión inadecuada en programas nacionales de inmunización, escasez de vacunas y los brotes de enfermedades. Entre 2014 y 2023, la cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en los niños de 9-18 meses disminuyó en siete de los 12 países con zonas endémicas de fiebre amarilla en la Región de las Américas¹. Aunque los niveles regionales de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla no eran óptimos antes de la pandemia de COVID-19, la cobertura de vacunación disminuyó significativamente entre 2020 y 2023, aumentando el total de poblaciones susceptibles en todos los países endémicos. En 2023, Ecuador y Guyana lograron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla mayor o igual al 95%, y solo dos países -

Suriname y Trinidad y Tobago- tuvieron una cobertura entre el 90% y el 94%. Además, seis países tenían una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80%: Argentina, Bolivia, Brasil, Panamá, Perú y Venezuela. En 2024, Guyana logró una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla mayor o igual al 95%, y solo dos países -Colombia y Trinidad y Tobago- tuvieron una cobertura entre el 90% y el 94%. Además, cuatro países tuvieron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80%: Bolivia, Brasil, Perú y Venezuela, en dos países aún no se dispone de la información para el año 2024: Argentina y Panamá.

Acceso a vacunas y gestión de las existencias

Para prevenir epidemias de fiebre amarilla en zonas de alto riesgo con baja cobertura de vacunación, es esencial que los brotes se identifiquen y controlen rápidamente mediante la vacunación. Se recomiendan varias estrategias de vacunación para prevenir brotes: 1) vacunación sistemática para niños de al menos un año de edad a nivel nacional, 2) campañas de vacunación masiva para aumentar la cobertura en personas de hasta 59 años de zonas de riesgo, 3) campañas de vacunación en respuesta a brotes y epizootias, 4) vacunación de viajeros a zonas enzoóticas (zonas de alto riesgo). Sin embargo, en la actualidad, existen importantes retos relacionados con el suministro oportuno de la vacuna contra la fiebre amarilla, relacionados con los retrasos en la disponibilidad de suministros para el Fondo Rotatorio regional (FR) de la OPS para el acceso a las vacunas. El FR de la OPS es un mecanismo regional único de adquisición mancomunada que funciona desde 1979 en la región para ayudar a los Estados Miembros a acceder oportunamente a vacunas de calidad garantizada. A principios del 2025, la oferta disponible para los Estados miembros a través del FR es muy limitada e insuficiente para cubrir la demanda regional rutinaria para 2025.

El suministro mundial de vacunas contra la fiebre amarilla ha mostrado fluctuaciones considerables durante los últimos 10 años, con algunos años de suministro suficiente y otros años con una disponibilidad limitada. Cabe señalar que varios Estados Miembros de la OPS en América Latina y el Caribe no llevaron a cabo las campañas preventivas de recuperación durante los años en que la oferta no estuvo limitada. La reciente pandemia de COVID-19 y la continua sobrecarga operativa y financiera de los programas nacionales de inmunización podrían ser uno de los principales factores.

En 2025, la disponibilidad de suministros es limitada, por lo que los Estados Miembros de la OPS deben utilizar los suministros disponibles con mucho cuidado. Dependiendo de la disponibilidad de suministros (en consulta con el FR de la OPS), los países con campañas de vacunación preventiva programadas para aumentar la cobertura deben retomar sus planes y garantizar una cobertura de vacunación del 95% o más de manera homogénea antes de la evaluación de riesgos subnacional para evitar el desabastecimiento de vacunas y la readaptación oportuna de las estrategias.

La vacunación en respuesta a brotes debe considerar una evaluación cuidadosa de la población objetivo, basada en el riesgo de exposición y el historial de vacunación. En caso de disponibilidad limitada de dosis, se recomienda el uso de dosis fraccionadas de la vacuna contra la fiebre amarilla (0,1 ml), siguiendo las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico de la OMS (SAGE) y del Grupo de Asesoramiento Estratégico de la OPS (GAE, antes Grupo Técnico Asesor -GTA). Los niños menores de dos años, las mujeres embarazadas y las personas que viven con el VIH y que son elegibles para la vacunación deben recibir una dosis estándar de 0,5 ml. Una dosis fraccionada no cumple con los requisitos del Reglamento Sanitario Internacional como prueba de vacunación para viajes internacionales.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgo-para-salud-publica-relacionado-con-situacion-fiebre-amarilla-region>

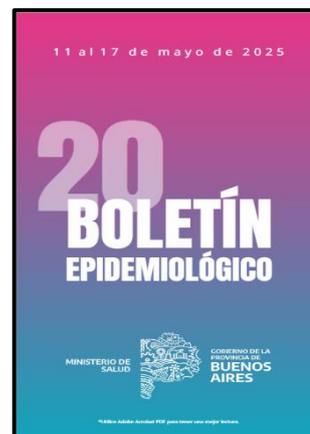
DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

XI. Boletines Jurisdiccionales

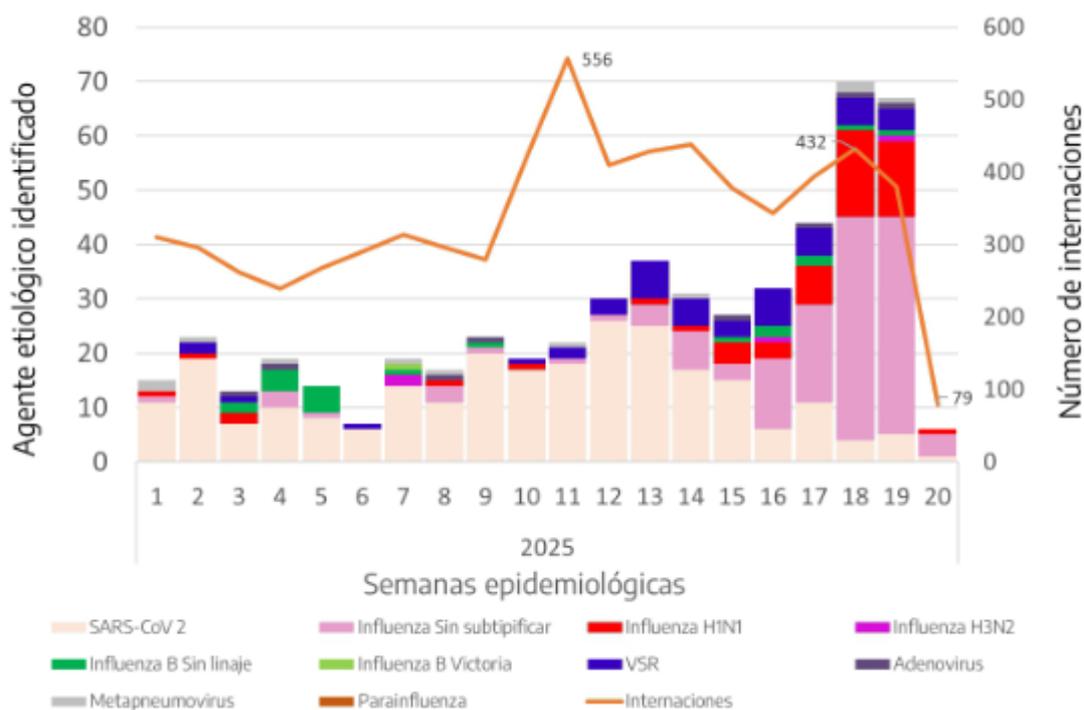
XI.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

En la última semana de abril (SE 18) se observa un aumento de las internaciones por IRA registrándose un total de 432. Desde enero hasta las dos primeras semanas de mayo de 2025 (SE 19-20), se registraron un total de 6.810 internaciones por IRA, un 47% menos en relación al mismo período 2024.

Entre los virus detectados se observó un aumento de la proporción de influenza A (H1N1) seguido de VSR y SARS-CoV-2. En menor frecuencia se aisló influenza B, metapneumovirus y adenovirus.



Internaciones por IRA y agentes etiológicos hallados. PBA, 2025.



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

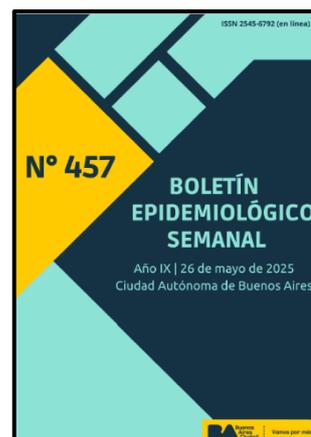
Para más información:

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

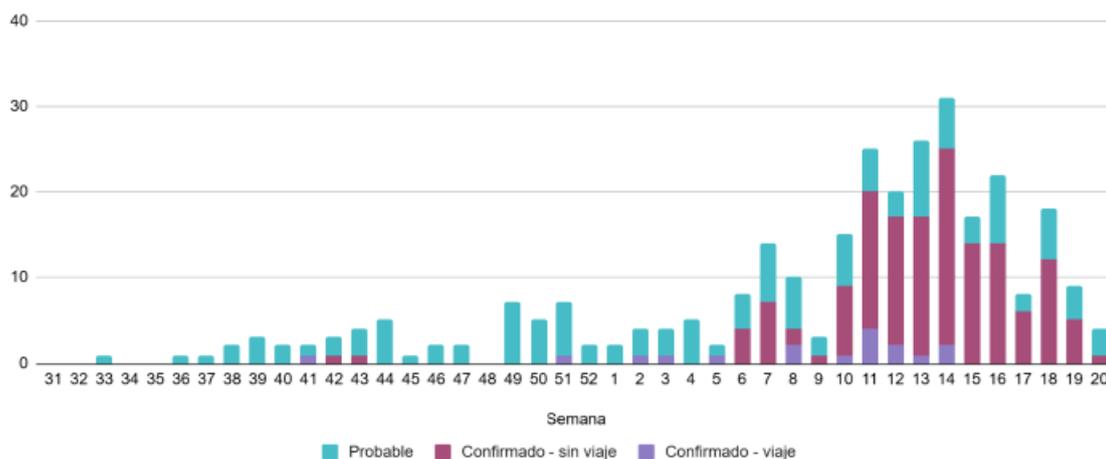
XI.2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Dengue

Como se puede observar, en la actual temporada la cantidad de casos probables y confirmados se encuentra hasta el momento de confección del presente, en valores inferiores a los registrados en las dos temporadas anteriores.

En lo que refiere al detalle de casos de la actual temporada, y su distribución a lo largo del tiempo, tenemos lo siguiente:



Casos confirmados y probables notificados de Dengue al SNVS desde SE 31 hasta SE 20 según FIS, detalle. Residentes CABA. Temporada 2024/25 (N=297).



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

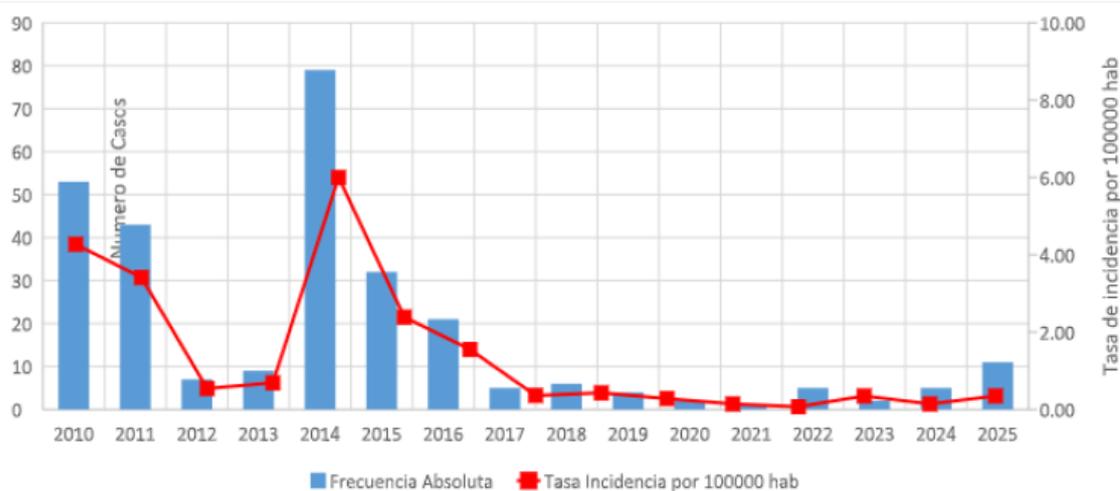
Para más información: <https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024>

XI.3. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N° 20 del año 2025, se notificaron un total de 42 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 8 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico. A continuación, se muestra la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE 20 del año 2025.



Casos confirmados de hepatitis A y tasa cada 100.000 habitantes. Período 2010 hasta SE 20/2025. Provincia de Salta.



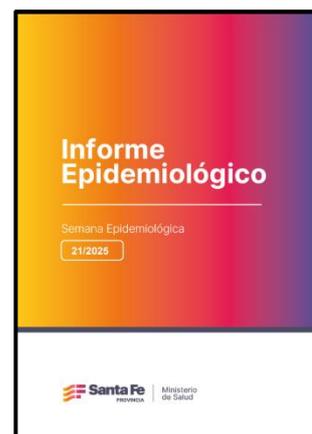
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas "Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018".

Para más información:

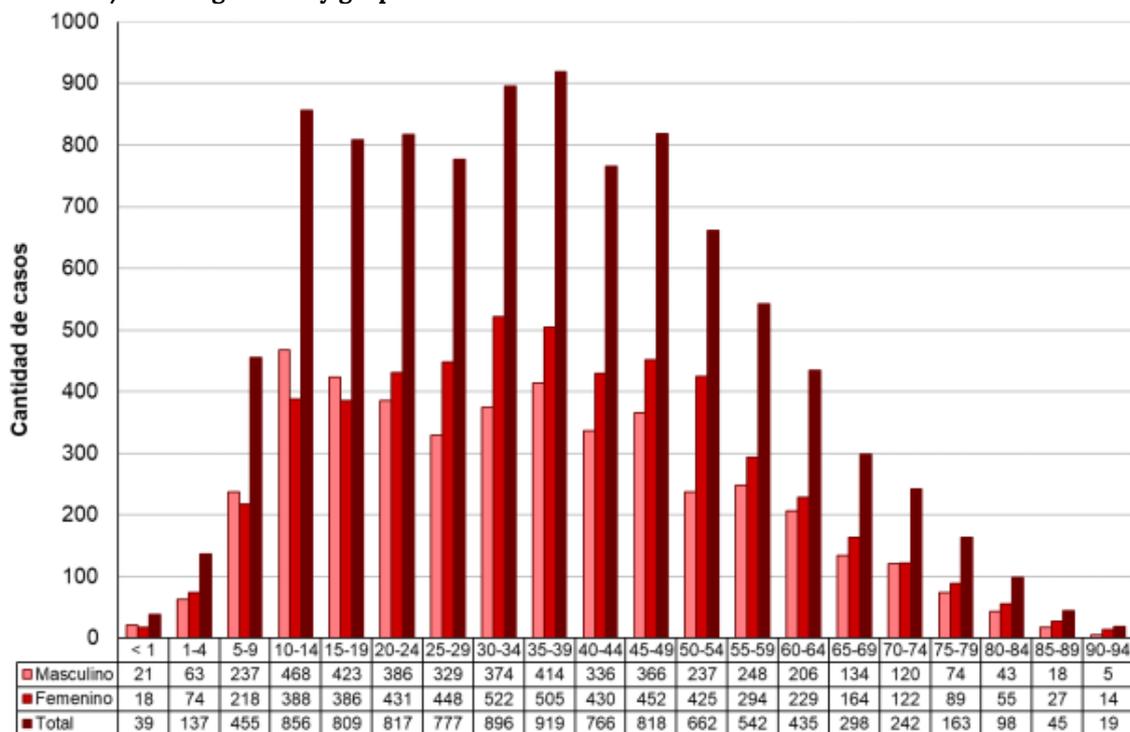
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.4. Santa Fe: Dengue

La curva de los casos refleja un descenso en la SE15 y SE16 con respecto a la semana con mayor cantidad de casos (SE14), luego se observa un rebrote en la SE17 y nuevamente un descenso en las semanas posteriores. Por lo mencionado, tal como se viene informando en boletines anteriores, es necesario señalar que, se observa un descenso de los casos durante las últimas semanas epidemiológicas, relacionado por una baja en la circulación. Por otra parte, dado la carga retrospectiva de los casos, se podría ver modificada la dinámica en cuanto a la distribución de los casos por semana epidemiológica, una vez que los registros sean actualizados..



Casos de Dengue confirmados por laboratorio y criterio clínico epidemiológico desde SE 31/2024 hasta SE 21/2025 según sexo y grupo de edad. Provincia de Santa Fe. N= 9793.



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 24/05/2025.

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)

XI.5. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 21 en 2025 se notificaron 3.115 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 11,1 % de los casos registrados a nivel provincial.



Tabla de diarreas agrupadas. Años 2024 y 2025.

	SE 21 / Año 2024	SE 21 / Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	1260	1392	↑ 10.5
Tolhuin	98	135	↑ 37.8
Ushuaia	1446	1588	↑ 9.8
Tierra del Fuego	2804	3115	↑ 11.1

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.

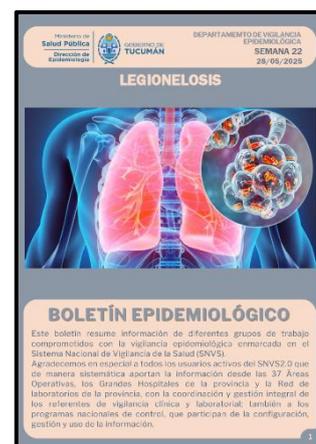
Para más información comunicarse al mail:

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

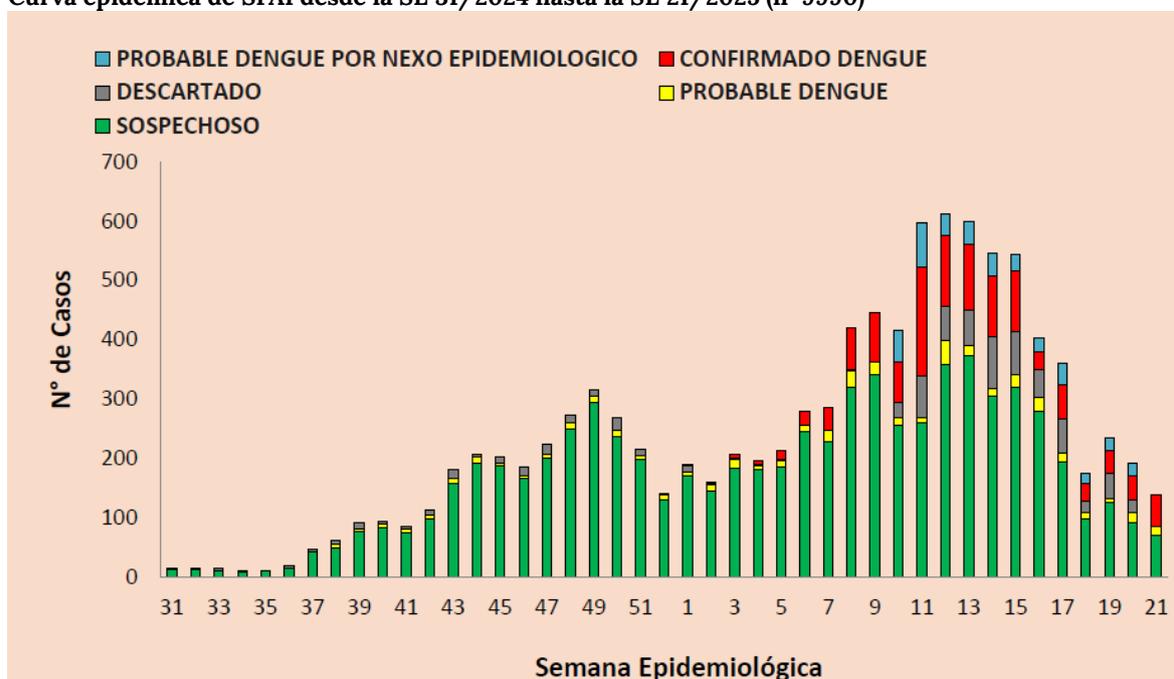
XI.6. Tucumán: Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI)

Entre la SE 31 del 2024 y la SE 21 del 2025 se notificaron 9990 casos de SFAI, de los cuales 6792 son sospechosos (entre los cuales hay 54 casos sospechosos de dengue con antecedentes de vacunación menor o igual a 30 días y 355 sospechosos no conclusivos) 1193 confirmados, 453 son probables, 388 son probables por nexos, 748 descartados, 5 sospechosos ZIKAV/CHIKV, 1 probable flavivirus y 1 caso confirmado de CHIKV.

En la SE 21/2025 se notificaron 166 casos de SFAI en total: 54 casos confirmados.



Curva epidémica de SFAI desde la SE 31/2024 hasta la SE 21/2025 (n=9990)



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

Para más información comunicarse al mail:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

XII. 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 hasta **mayo** 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
Mayo	Dengue	Epidemiológica	Vacunas	Se adicionó la opción "No vacunado para este evento"
	Dengue durante la gestación			
Mayo	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)	Laboratorio	Determinaciones/Técnicas	Se adicionó la determinación "IgM anti Dengue (Diferencial)" asociada a la técnica "ELISA"
Mayo	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Contacto en seguimiento en contexto de brote" NOTA: Para ser utilizada por el equipo que realiza la investigación epidemiológica de casos y contactos asintomáticos relacionados al brote en curso.
Mayo	Listeriosis	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso probable"
		Laboratorio	Determinaciones/Técnicas	Se adicionó la e determinación "Identificación de Listeria monocytogenes" asociada a la técnica "MALDI-TOF" cuyo resultado es "Listeria monocytogenes"
Mayo	Rickettsiosis	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso sospechoso"
Mayo	Sífilis - RN expuesto en investigación	Evento	Dispara Alerta	Se adicionó la opción para disparar alertas a pedido de las jurisdicciones
Mayo	Toxoplasmosis en gestantes	Laboratorio	Muestras	Se adicionó la opción "Líquido amniótico"
Mayo	Vigilancia genómica de SARS-COV-2	Laboratorio	Resultados	Se adicionó la opción "Omicron LP.8.1 (VUM)"

MODALIDAD AGRUPADA			
Fecha de modificación	Grupo de eventos	Nombre del evento	Sección Cambio realizado
Mayo	Diarreas Virales - Ambulatorios	Se reemplazó el nombre del evento "Adenovirus 40-41(DV)" por "Adenovirus (DV)"	
	Diarreas Virales - Internados	Se reemplazó el nombre del evento "Adenovirus 40-41(DV)" por "Adenovirus (DV)"	
Mayo	Diarreas bacterianas	Vibrio cholerae	Se adicionó el evento "Vibrio cholerae" NOTA: Todos los aislamientos de Vibrio cholerae O1 y no-O1 deberán derivarse para la caracterización y tipificación según las normativas y en el marco de Red Nacional de Diarreas y Patógenos Bacterianos de Transmisión Alimentaria.
		Vibrio cholerae O1	Se mantienen habilitados sin disponibilidad para la carga.
		Vibrio cholerae no O1	NOTA: Los datos correspondientes a Vibrio cholerae deberán notificarse en el evento homónimo.
		STEC no O 157	Se mantienen habilitados sin disponibilidad para la carga.
		STEC O 157	NOTA: Diarrea aguda o Diarrea Aguda Sanguinolenta por STEC ante la Confirmación notificar de forma inmediata en el Evento "Diarrea aguda" de modalidad nominal.
		Tamizaje de E. coli enteroagregativo (EAEC)	Se reemplazó el nombre del evento "E. coli enteroagregativo (EAEC)" por "Tamizaje de E. coli enteroagregativo (EAEC)"
		Tamizaje de E. coli enteroinvasivo (EIEC)	Se reemplazó el nombre del evento "E. coli enteroinvasivo (EIEC)" por "Tamizaje de E. coli enteroinvasivo (EIEC)"
		Tamizaje de E. coli enteropatógeno (EPEC)	Se reemplazó el nombre del evento "E. coli enteropatógeno (EPEC)" por "Tamizaje de E. coli enteropatógeno (EPEC)"
		Tamizaje de E. coli enterotoxigénico (ETEC)	Se reemplazó el nombre del evento "E. coli enterotoxigénico (ETEC)" por "Tamizaje de E. coli enterotoxigénico (ETEC)".

XIII. Información relevante

XIII.1. Candidiasis sistémica

En función del aumento sostenido de aislamientos de *Candida parapsilosis* resistentes al fluconazol en diferentes regiones del país, se informa que se ha **actualizado la estructura del evento “Candidiasis sistémica” en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)**.

La modificación responde a los hallazgos técnicos presentados en la **Comunicación Epidemiológica N.º 4/2024**, y tiene como objetivo fortalecer la detección, el análisis y la respuesta frente a perfiles emergentes de resistencia a antifúngicos.

A partir de esta actualización, los equipos de vigilancia podrán registrar los casos bajo la siguiente modalidad:

Grupo de eventos: Micosis sistémicas oportunistas

Evento: Candidiasis sistémica

Se destaca la importancia de la notificación oportuna y sistemática de estos casos, ya que permite fortalecer la vigilancia del evento y orientar de manera adecuada las estrategias de prevención, control y respuesta frente a infecciones fúngicas asociadas al cuidado de la salud.

El documento completo puede consultarse en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/-310404_comunicacion_epidemiologica-aumento_de_la_resistencia_al_fluconazol_en_candida_vf.pdf

XIII.2. Actualización de la normativa de Hantavirosis

Mediante la Circular “Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025” se actualizó la normativa para este evento. El texto completo de la norma puede consultarse en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

XIV. 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.

XIV.1. Información detallada sobre la residencia:

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

XIV.1.A. 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.

XIV.1.B. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DEFINITIVA DEL CONCURSO UNIFICADO:

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

XV. 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

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



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.direpizacion@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>

XVII. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud



Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 7° Edición

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



Inicia: 21 de abril
Finaliza: 21 de julio de 2025

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

INSCRIPCIONES EN:



Consultas:
cursos.direpinacion@gmail.com

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/B2YKwVXmEVQZLRT1A>