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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **754**

Semana epidemiológica 17
AÑO 2025
Desde 20/04 al 26/04
Fecha de publicación
05/05/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

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

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

Sarampión: Federico M. Santoro[1], Tamara Wainzinger[1], M. Agustina La Regina Coce[1], Manuel Gonzalez Picasso[1], Julián Antman[1], Cecilia González Lebrero[1].

EVENTOS PRIORIZADOS

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández[1], Yasmin El Ahmed[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1], Pilar Plantamura[1], Lucia Valenzuela Chanteford[1], Karina Chaves[1], Esteban Couto[2], Julieta Siches[3], Lucía Maffey[3], Julián Antman[1], Cintia Fabbri[4], Victoria Luppo[4], María Alejandra Morales[4], Gonzalo Díaz[6], Carolina Cerrudo[6], Gabriela Anahí Chiavetta[6], Lorena Ferreira[6].

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto[1], María Paz Rojas Mena[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1], Lara Victoria Gomez[1], Andrea Pontoriero[7], Tomás Poklepovich[8].

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Síndrome Urémico Hemolítico (SUH): Paula Rosin[1], Marial Caparelli[1] y Ana Laura Parenti[1].

Tuberculosis: Hugo Roberto Fernández[11], Natalia Mordini[11].

INFORMES ESPECIALES

Panorama de la fuerza laboral de Vigilancia y Salud Pública en Argentina 2024. María Laura Bidart[1], Agustina Page[1], Martina Prina[1], Morena Díaz[1].

Informe de las infecciones por STEC analizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia en el marco de la vigilancia nacional (2024): Elizabeth Miliwebsky[10], Carolina Carbonari[10], Cyntia Maiztegui[10], Jimena Gentiluomo[10].

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Franco Ormeño Mazzochi[1], Sebastián Riera[1].

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone[1], Morena Diaz[1], Laura Bidart[1], Agustina Page[1], Martina Prina[1].

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia: Alexia Echenique Arregui[1], Leonardo Baldivieso[1], Estefanía Cáceres[1], Guillermina Pierre[1], Juan Pablo Ojeda[1], Julio Tapia[1].

Compilación: Sebastián Riera[1], Franco Ormeño Mazzochi[1].

Coordinación General: Cecilia González Lebrero[1], Julián Antman[1].

[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] Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[6] Servicio Meteorológico Nacional.
[7] Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[8] Centro Nacional de Genómica y Bioinformática, CeNAGeM-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[9] Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[10] Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[11] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni, INER-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:

Síndrome urémico hemolítico - SUH - Es una enfermedad muy grave causada por una bacteria llamada *Escherichia coli* que se encuentra en el intestino de las vacas y otros animales de granja. Se presenta con mayor frecuencia en niños menores de 5 años, sin embargo, niños más grandes y adultos pueden padecerla. Foto tomada del banco de Imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°754, SE 17.

I. Sobre este BEN

Este número del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) presenta actualizaciones de los eventos de notificación obligatoria notificados por todas las jurisdicciones. Las tablas incluidas permiten una lectura comparativa con años previos e incorporan notas metodológicas que facilitan su interpretación.

Dentro de las situaciones epidemiológicas emergentes, se incluye el apartado sobre el brote en curso de sarampión, que resume la situación nacional en el contexto regional e internacional y actualiza las recomendaciones para el abordaje de casos sospechosos y confirmados.

En el eje de eventos priorizados, se continúa actualizando la información sobre la situación nacional de dengue, con datos desagregados por región y jurisdicción, distribución por serotipos, vigilancia de casos graves y fallecidos, y un apartado específico sobre dengue durante el embarazo. Se continúa incorporando, además, el análisis de indicadores de favorabilidad para brotes, incluyendo sensores de oviposición, vigilancia entomológica e índices larvarios. También se presenta la situación de las infecciones respiratorias agudas, con 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 la sección de actualización periódica de eventos, se destacan la actualización del informe de Tuberculosis y el primer informe del año de Síndrome Urémico Hemolítico. El informe de Tuberculosis presenta los datos consolidados del período reciente y un énfasis en la distribución por edad, tipo de tratamiento y forma clínica, así como la situación histórica del contexto del evento. En el caso del SUH, se detallan los casos notificados durante el año, su distribución por grupo etario, condición de hospitalización y jurisdicción, así como su evolución temporal, en el marco de una vigilancia integrada.

En la sección de informes especiales, se incorporan dos documentos. El primero describe la situación de la fuerza laboral en vigilancia y salud pública en Argentina durante 2024, incluyendo información sobre perfiles profesionales, niveles de formación, áreas de desempeño y competencias técnicas. El segundo presenta un análisis sobre las infecciones por STEC, elaborado por el Laboratorio Nacional de Referencia, que incluye hallazgos genómicos, caracterización de brotes familiares y aspectos relevantes para la vigilancia microbiológica.

Finalmente, se presentan alertas internacionales, boletines jurisdiccionales destacados y nuevas herramientas para el fortalecimiento de la vigilancia, incluyendo actualizaciones del SNVS 2.0 y novedades en la oferta de cursos de formación.

Contenido

I. Sobre este BEN 5

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS 8
II. Tablas de ENO seleccionados 9
II.1. Introducción 9
II.2. Nota metodológica 9
II.2.A. Sobre la construcción de las tablas 9
II.2.B. Notas adicionales a tener en cuenta 10
II.3. Eventos nominales confirmados 10
II.4. Eventos nominales notificados y confirmados 11
II.5. Eventos agrupados clínicos 12
II.6. Eventos agrupados laboratoriales 14
II.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 14

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES 15
III. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión 16
III.1. Introducción 16
III.1.A. Situación epidemiológica mundial y regional 16
III.1.B. Situación actual en Argentina 16
III.1.C. Casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025 19
III.2. Recomendaciones para la comunidad 23
III.3. Recomendaciones para los equipos de salud 23
III.4. Vigilancia epidemiológica 23
III.4.A. Definición y clasificación de caso: 24
III.5. Medidas de prevención 24
III.6. Medidas ante casos y contactos 25
III.6.A. Medidas ante casos SOSPECHOSOS y/o CONFIRMADOS: 25

EVENTOS PRIORIZADOS 27
IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 28
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 28
IV.1.A. Subregión Cono Sur 28
IV.2. Situación de dengue en Argentina 31
IV.2.A. Situación histórica 31
IV.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 33
IV.2.C. Temporada actual 33
IV.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento 35
IV.2.E. Situación según serotipos circulantes 39
IV.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 40
IV.2.G. vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 40
IV.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue 41
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 43
IV.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina 44
IV.4. Vigilancia entomológica 45
IV.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 45
IV.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 46
IV.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 49
V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 52
V.1. Nota Metodológica 52
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 52
V.3. Síntesis de la información nacional destacada 53
V.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 53
V.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados 53
V.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios 54
V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 54
V.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 54
V.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 57

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS 61
VI. Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) – Informe epidemiológico 62
VI.1. Nota metodológica 62
VI.2. Situación en Argentina 62
VI.2.A. situación histórica anual 2014-2024 62
VI.2.B. situación actual a la se 17 (26/4/2025) 65
VI.3. Recomendaciones 69
VII. Tuberculosis - Actualización informe epidemiológico 72
VII.1. Introducción 72

VII.2. Tendencia de Notificación de Casos de TB. 72
VII.3. Notificación de Casos de TB según Jurisdicción hasta la semana 17 73
VII.4. Condición de Tratamiento 74
VII.5. Tendencia de la tuberculosis según grupos de edad 2009-2024 75
VII.5.A. Introducción 75
VII.5.B. Tuberculosis según edad 75
VII.5.C. Tendencia. 76
VII.5.D. Conclusiones 82

INFORMES ESPECIALES 84
VIII. Panorama de la fuerza laboral de Vigilancia y Salud Pública en Argentina 2024 85
VIII.1. Introducción 85
VIII.2. Justificación 85
VIII.3. Metodología 86
VIII.4. Resultados 86
VIII.4.A. Datos personales y situación laboral 86
VIII.4.B. Programas de Vigilancia 89
VIII.4.C. Antecedentes académicos 93
VIII.4.D. Capacitaciones cortas 93
VIII.4.E. Programa de entrenamientos de epidemiología de campo 94
VIII.4.F. Habilidades y competencias 94
VIII.5. Conclusiones 95
IX. Informe de las infecciones por STEC analizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia en el marco de la vigilancia nacional durante el año 2024 96
IX.1. Nota metodológica 96
IX.2. Infecciones por STEC – LNR 2024 96
IX.2.A. Diagnósticos de infección por STEC 96
IX.2.B. Análisis bioinformático a partir de las secuencias genómicas de los aislamientos de STEC 97
IX.2.C. Brotes familiares 99
IX.2.D. análisis epidemiológico molecular de las infecciones por STEC O157.H7 y O145.H28 101
IX.2.E. Detección de co-infecciónes de cepas STEC con cepas de otras categorías de E. coli diarreigénico 109
IX.3. Conclusiones 110

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 111
X. Introducción 112
X.1. Sarampión – Región de las Américas 112
X.1.A. Resumen por países 114

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 116
XI. Boletines Jurisdiccionales 117
XI.1. Buenos Aires: Hantavirosis 117
XI.2. Chubut: Neumonía 118
XI.3. La Pampa: Enfermedad tipo influenza (ETI) 119
XI.4. Santa Fe: Dengue 120
XI.5. Salta: Dengue 121
XI.6. Tucumán: Eventos Priorizados 122

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 123
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 124
XII.1. Información relevante: enteroparasitosis 124
XIII. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025. 126
XIII.1. Información detallada sobre la residencia: 126
XIII.1.A. Profesiones habilitadas a concursar: 126
XIII.1.B. Publicación de información definitiva del Concurso Unificado: 126
XIV. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" 127
XV. 4° Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0" 128
XVI. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud 129

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

II. Tablas de ENO seleccionados

II.1. Introducción

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

- **Primera tabla:** Muestra **26** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.
- **Segunda tabla:** Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.
- **Tercera tabla:** presenta **23 eventos agrupados clínicos**, construidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.
- **Cuarta tabla:** muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

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

II.2. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

II.3. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-17. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-17	2025 Acumulados SE 1-17	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	2	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	75	60	-15	-20%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3.007	5.928	2.921	97%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	161	208	47	29%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	63	72	9	14%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	4	3	-1	-25%
	Cisticercosis	2	4	2	100%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.239	3.776	1.537	69%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	238	421	183	77%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	14	29	15	107%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	13	8	160%
	Brucelosis	34	38	4	12%
	Hantavirosis	25	26	1	4%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	9	6	200%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	486	509	23	5%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	5	6	1	20%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	14	13	1300%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	18	18	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	3.592	3.592	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	305	305	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	188	188	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	4.133	5.479	1.346	33%

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.

II.4. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-17. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-17		2025 Acumulados SE 1-17		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	322	1	2.944	22	2.622	814%	21	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	322	0	2.944	0	2.622	814%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	641	290	900	289	259	40%	-1	0%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	45	0	35	0	-10	-22%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	55.991	34.675	44.901	14.140	-11.090	-20%	-20.535	-59%
	Encefalitis de San Luis	119	4	148	0	29	24%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	89	0	119	0	30	34%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	13	0	39	0	26	200%	0	N/A
	Zika	1.045	0	658	0	-387	-37%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	91	38	87	26	-4	-4%	-12	-32%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.056	30	1.055	90	-1	0%	60	200%
	Psitacosis	139	29	375	78	236	170%	49	169%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	459	22	490	22	31	7%	0	0%
	Sífilis Congénita	925	290	303	292	-622	-67%	2	1%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	1	0	1	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	891	856	621	510	-270	-30%	-346	-40%
	Sífilis en embarazadas	3.361	2.900	3.823	3.606	462	14%	706	24%
	Hepatitis B en embarazadas	0	19	47	10	47	N/A	-9	-47%
Hepatitis virales	Hepatitis A	52	11	114	54	62	119%	43	391%
	Hepatitis B	889	225	1.017	230	128	14%	5	2%
	Hepatitis C	802	373	738	424	-64	-8%	51	14%
	Hepatitis E	15	1	9	1	-6	-40%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	9.936	7.445	16.245	13.882	6.309	63%	6.437	86%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	113	47	193	152	80	71%	105	223%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	76	13	76	N/A	13	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.

II.5. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-17. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-17	2025 Acumulados SE 1-17	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	286.714	260.850	-25.864	-9%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	687	603	-84	-12%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	195	154	-41	-21%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	15.279	10.553	-4.726	-31%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	255.281	199.202	-56.079	-22%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	14.512	12.905	-1.607	-11%
	Neumonía (sin especificar)	19.828	15.234	-4.594	-23%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	1.587	1.587	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	0	1.220	1.220	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	8.790	8.790	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	627	627	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	2.136	2.136	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	2	2.068	2.066	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	25	10.565	10.540	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	2.133	2.132	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	865	862	N/A
	Lesiones por electrocución	0	248	248	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	305	305	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	0	22.900	22.900	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	8.642	8.642	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	2	12.032	12.030	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	178	178	N/A
	Otras lesiones en el hogar	0	8.376	8.376	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.

II.6. Eventos agrupados laboratoriales

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

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

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-17. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-17		2025 Acumulados SE 1-17		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	1.291	72	988	60	-303	-23%	-12	-17%
	Infección por Mycoplasma genitalium	219	4	249	6	30	14%	2	50%
	Infección por Mycoplasma hominis	770	77	802	125	32	4%	48	62%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	5.226	201	1.428	126	-3.798	-73%	-75	-37%
	Infección por Trichomonas vaginalis	8.247	888	3.952	571	-4.295	-52%	-317	-36%

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

SITUACIONES **EPIDEMIOLÓGICAS** EMERGENTES

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

III.1. Introducción

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

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

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

III.1.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL Y REGIONAL

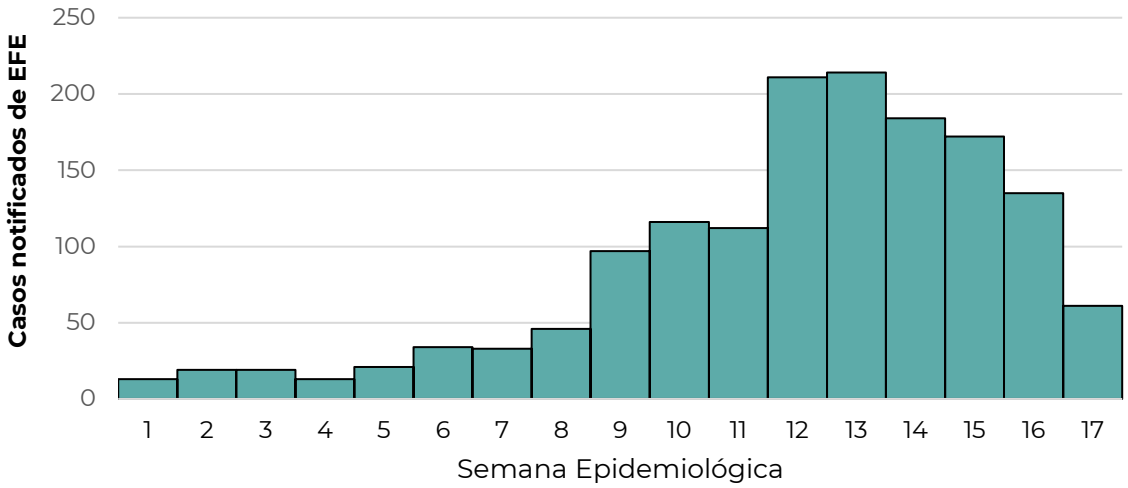
En esta edición, la información regional actualizada se encuentra en apartado de “Alertas y Comunicaciones Internacionales”.

III.1.B. SITUACIÓN ACTUAL EN ARGENTINA

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 1336 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país. A partir de la semana 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

A la fecha, se han confirmado 26 casos de sarampión en el país, de los cuales 14 corresponden a la provincia de Buenos Aires, 11 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y un caso a la provincia de San Luis. Del total, cuatro casos fueron importados y seis presentan un vínculo estrecho con estos casos importados. En nueve casos, la investigación epidemiológica permitió reconstruir el nexo de transmisión, mientras que seis casos se encuentran en investigación para determinar su posible relación con las cadenas de transmisión vinculadas a casos importados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE17 de 2025. N= 1439



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

En el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018-2023*[5] de la OMS nombra como línea estratégica de acción 2. Fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Dentro de esa línea se encuentra el Objetivo 2.1 *Monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita,* donde se encuentran los siguientes indicadores para lograrlo:

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

1) Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben investigación adecuada.

2) Al menos en el 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.

3) Al menos el 80% de las muestras llegan al laboratorio en un plazo máximo de cinco días.

4) Al menos el 80% de los resultados de laboratorio se notifican en un plazo máximo de cuatro días.

5) Tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (1 por 10.000 nacidos vivos).

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

[5] https://www.paho.org/es/documentos/cd61inf6-plan-accion-para-sostenibilidad-eliminacion-sarampion-rubeola-sindrome-rubeola

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE17 de 2025[6].

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	14	866	4,7	124	367
CABA	11	380	12,3	21	62
Catamarca		12	2,8	3	9
Chaco		13	1,0	8	25
Chubut		15	2,2	5	13
Córdoba		39	1,0	27	79
Corrientes		7	0,6	8	23
Entre Ríos		22	1,5	10	29
Formosa		1	0,2	4	13
Jujuy		23	2,8	5	16
La Pampa		9	2,4	3	7
La Rioja		1	0,2	3	8
Mendoza		36	1,7	14	42
Misiones		1	0,1	9	27
Neuquén		2	0,3	5	14
Río Negro		4	0,5	5	16
Salta		7	0,5	10	30
San Juan		10	1,2	6	16
San Luis	1	5	0,9	4	11
Santa Cruz		4	1,0	3	8
Santa Fe		27	0,7	25	73
Santiago del Estero		3	0,3	7	21
Tierra del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		12	0,7	12	36
Total	**26**	**1500**	**3,2**	**320**	**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 26 de abril a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 120. Por este motivo, las 866 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. Las provincias de Tierra del Fuego y Tucumán, presentan la misma cantidad de notificaciones que las esperadas (verde más claro).

[6] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE17, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

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, Rio Negro, Salta y Santiago del Estero.

III.1.C. CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN ARGENTINA - 2025

En lo que va de 2025, se han confirmado 26 casos de sarampión en Argentina, concentrados principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y en la Provincia de Buenos Aires (PBA), con una mayor proporción en la comuna 14 de CABA y en áreas específicas de PBA. Además, en la última semana se notificó un caso en la provincia de San Luis, con antecedente de viaje a México.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

Se han confirmado un total de 11 casos. Siete de ellos están relacionados con los dos primeros casos importados detectados en febrero de este año, ya sea por vínculo directo (cinco de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14) o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una sala de espera hospitalaria. De acuerdo con la investigación epidemiológica, los otros casos pertenecen a las comunas 1, 4 y 12.

Dos de los casos confirmados no cuenta con vínculo comprobado con el resto de los casos. No se pudo obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas relacionadas a la importación.

Provincia de Buenos Aires (PBA):

Se han confirmado 14 casos. De éstos, ocho presentan vínculos epidemiológicos claros con los casos de CABA o entre sí. Otro 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 cuatro de los casos, aún no ha sido posible determinar el nexo con las cadenas de transmisión conocidas relacionadas a la importación.

En uno de los casos que se encontraban en investigación el nexo con los casos confirmados se determinó genotipo B3, por lo que podría estar relacionado con la cadena de transmisión de los casos importados.

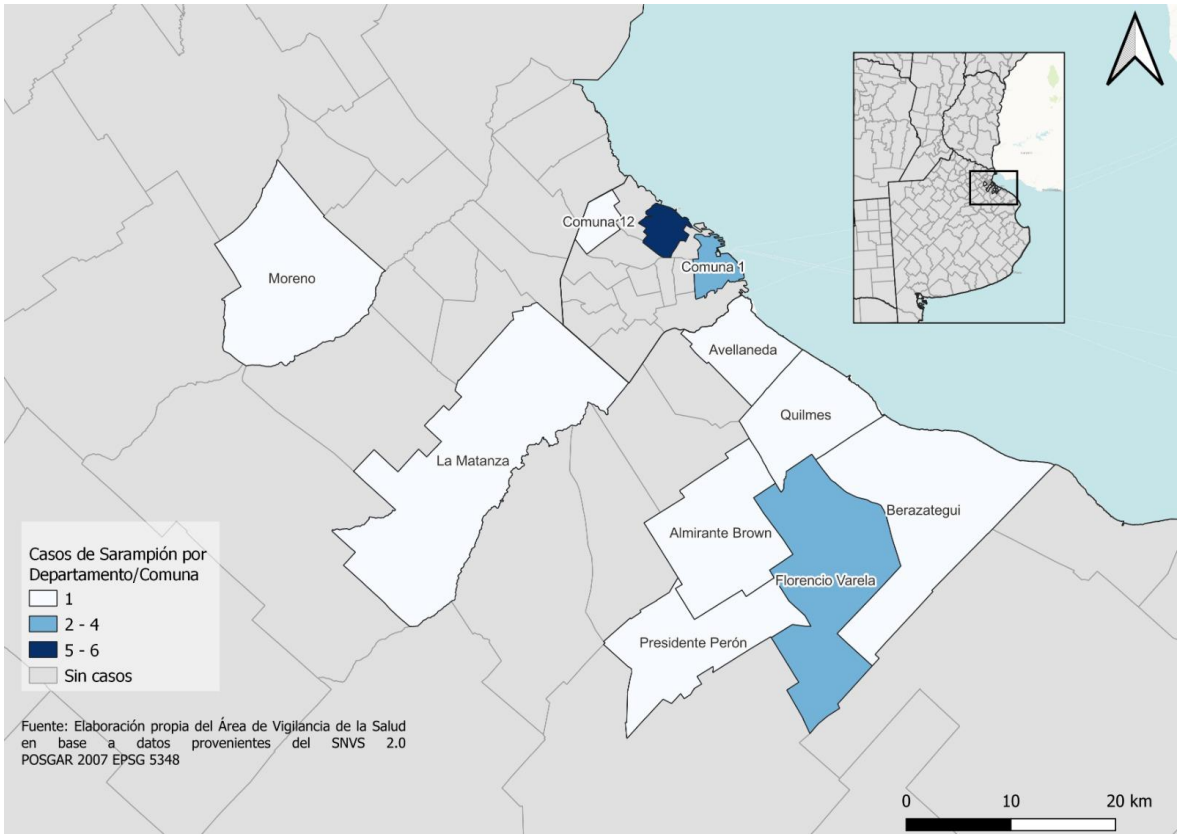
La vigilancia epidemiológica se mantiene en curso para identificar contactos, intentar cortar las cadenas de transmisión y minimizar la dispersión del virus.

Provincia de San Luis:

Se ha confirmado un 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.

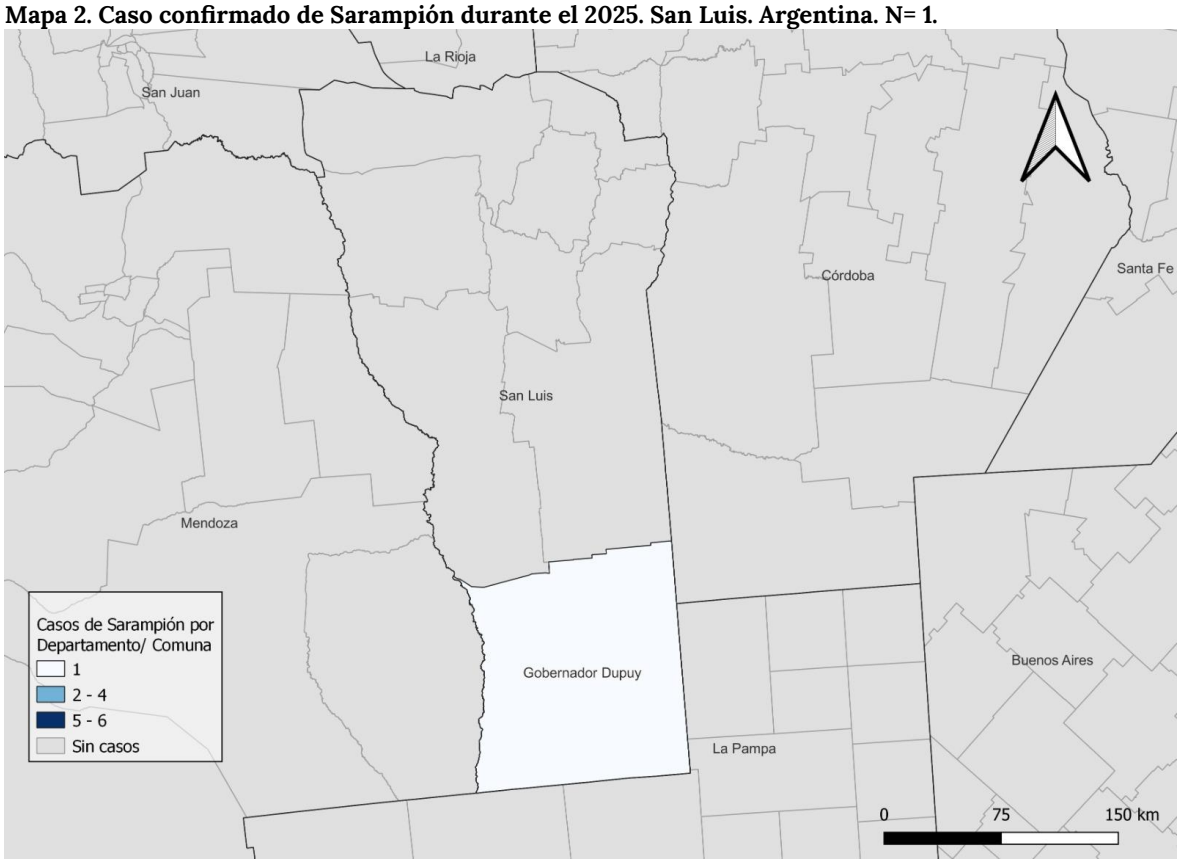
En los siguientes mapas puede visualizarse la distribución espacial de los casos confirmados:

Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 25.



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

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).

A continuación, se describen las líneas temporales de los casos. El caso 14 y el caso 25 se presentan por separado ya que corresponden a nuevas cadenas de transmisión, siendo el primero un caso importado con antecedente de viaje a Tailandia y el segundo (el de San Luis), como ya se explicó, a México. Asimismo, los casos 15, 18, 21 y 22 también se muestran por separado, ya que no se ha podido establecer contacto con casos confirmados de las cadenas de transmisión conocidas. Estos casos se encuentran en investigación para identificar la posible fuente de infección.

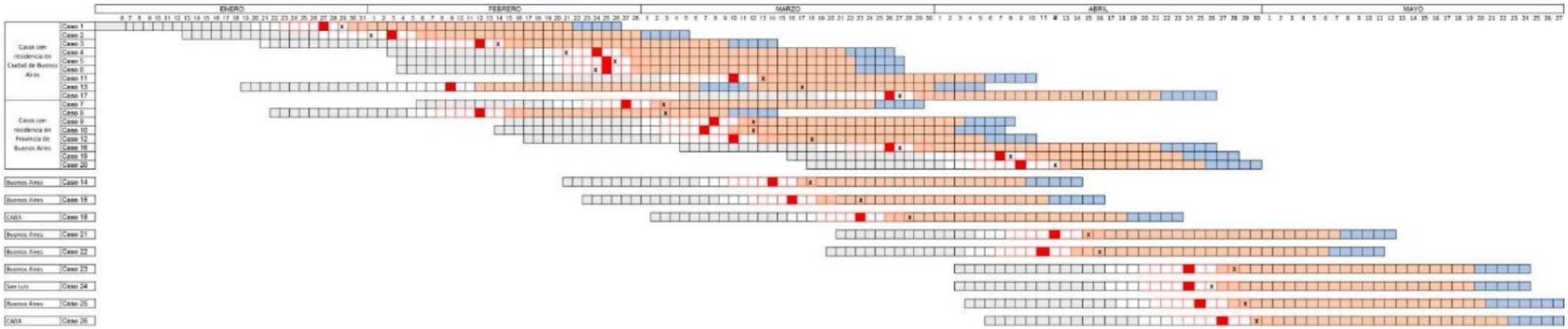


Figura 1. Líneas temporales de los casos de sarampión.

Busqueda de fuente de infección
Probable aparición de casos secundarios
Fecha de inicio de exantema
Período de transmisibilidad
Período de seguimiento de contactos
x Dia de confirmación

Fuente: Elaboración propia en base a datos brindados por los Ministerios de Salud CABA y PBA

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

Quince casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del **genotipo B3**, mientras que el caso con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del **genotipo D8 linaje Patán.** En el caso notificado con antecedente de viaje a México se identificó el **genotipo D8 linaje Ontario** coincidente con la circulación en el estado de Chihuahua.

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.

III.2. 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.

III.3. 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.

III.4. 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 obligatoria[7] .

[7] Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)[8] al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

III.4.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°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

III.5. 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

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

III.6. Medidas ante casos y contactos

III.6.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 sarampionoso.
  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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

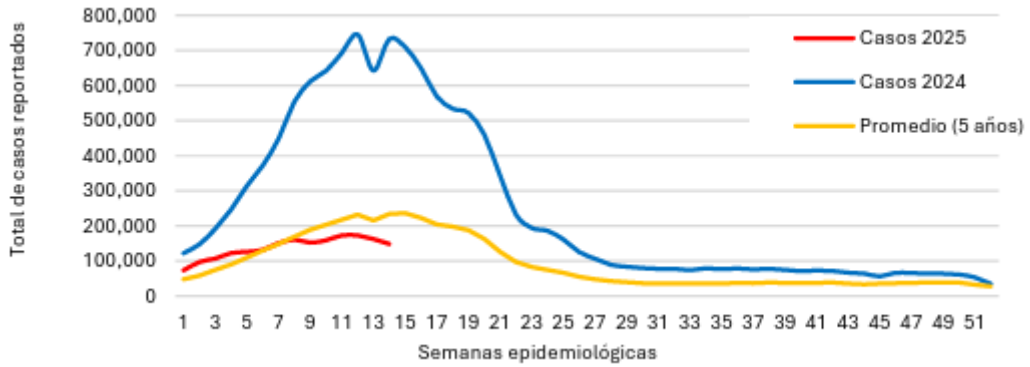
IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 14, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 25 de abril.

Ala semana epidemiológica (SE) 14 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,936,226 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 190 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue alaSE14.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 14 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

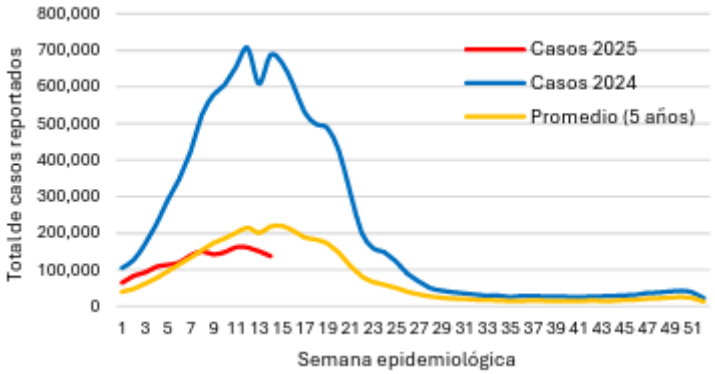
De los 1,936,226 casos de dengue reportados en las Américas, 759,302 casos (39%) fueron confirmados por laboratorio y 2,210 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 804 muertes por dengue, para una letalidad del 0.042%. Once países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 14. Estos países registran en conjunto 148,564 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 14. Del total de casos registrados en la SE 14, 86 fueron casos de dengue grave (0.06%) y se reportaron 24 muertes para una letalidad de 0.016%.

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.

IV.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 137,224 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 14. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 71% en comparación con la misma semana del 2024 y de 8% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Argentina presentan un incremento de 49% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

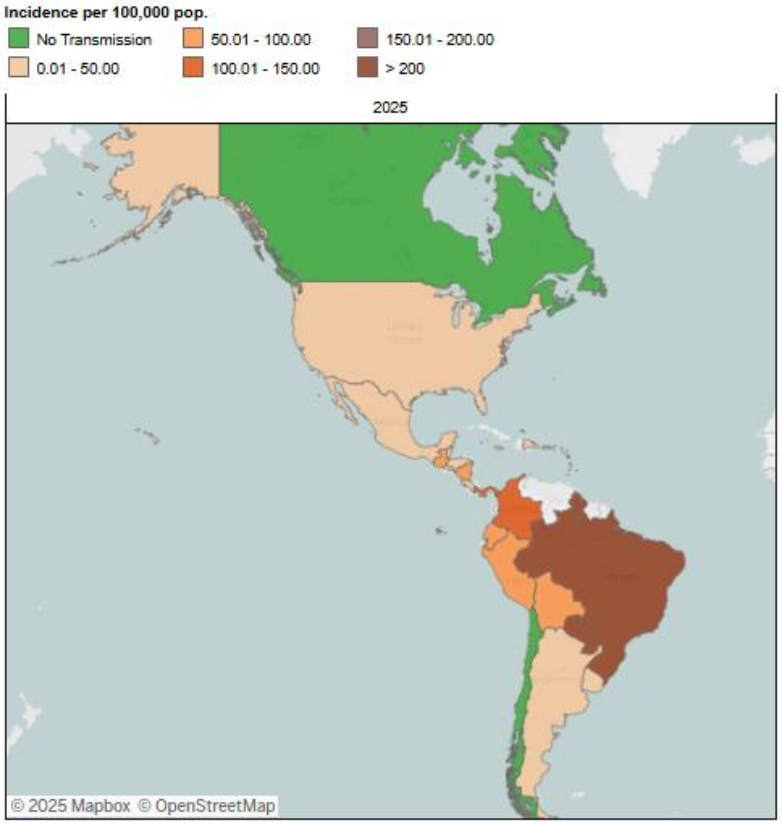
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 14, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.[9]

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.

[9] 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) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 30/04/2025 en países regionales seleccionados[10]. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas[11].

Brasil: hasta la SE 17/2025, se han reportado 2.017.511 casos de dengue, con 772 fallecimientos asociados, lo que representa un 71% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 116.704 casos, un 62% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 65 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 14/2025 se reportaron 7.714 casos, un 68% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin fallecimientos registrados. En cuanto a Oropouche, durante 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones. El mayor número de casos se registró en los primeros meses del año, seguido de un descenso progresivo que se mantuvo hasta la SE 40, continuando con una tendencia ascendente a partir de la SE 43/2024. Hasta la SE 15/2025 se han confirmado 8.901 casos, un 60% más que lo registrado en el mismo período de 2024, sin fallecimientos por este evento.

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

Paraguay: hasta la SE 16/2025, se han reportado 14.596 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 7 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 16/2024 se habían reportado 3 casos.

Perú: hasta la SE 15/2025, se han notificado 29.070 casos de dengue, un 82% menos que el mismo periodo de 2024, con 33 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2025 se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior. 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. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año, sin defunciones asociadas. Hasta la SE 4/2025, se confirmaron 2 casos para este evento.

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

[10] Disponible en: https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html

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

Paraguay. En relación con el virus del Zika, se observó una disminución de casos en Brasil y Bolivia, mientras que en Paraguay no se han reportado casos hasta la fecha.

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).

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

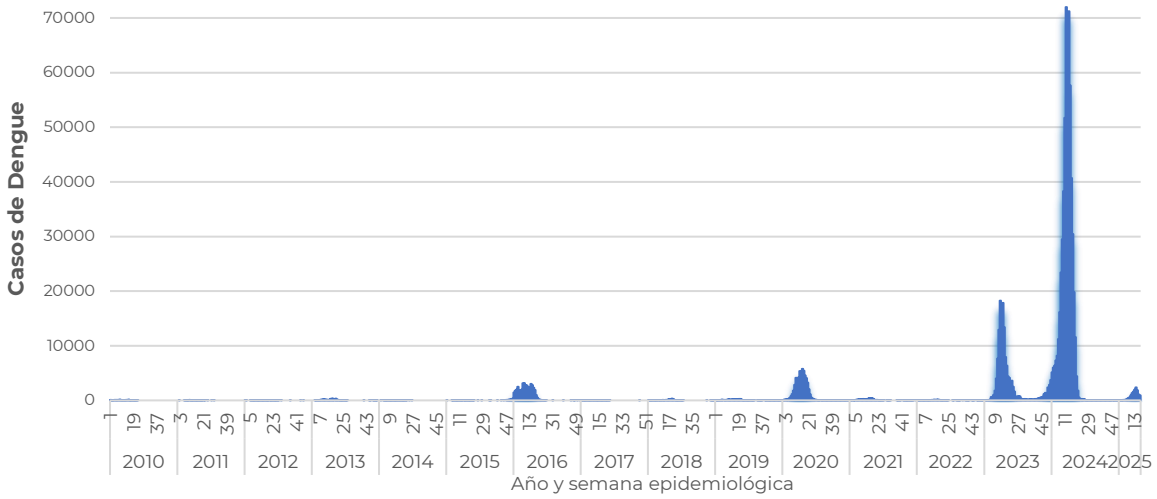
IV.2. Situación de dengue en Argentina

IV.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

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

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

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE17/2025. Argentina. N=859.523

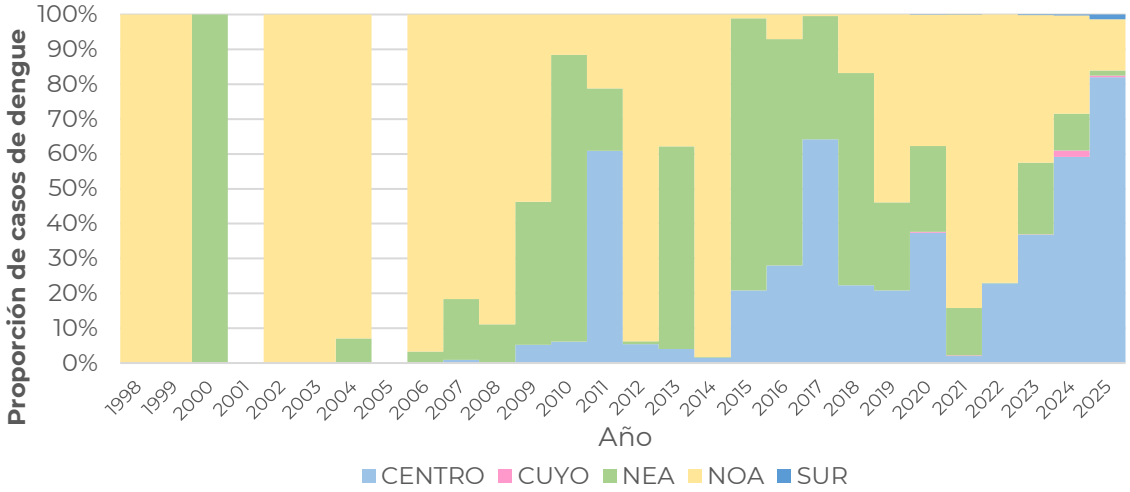


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

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

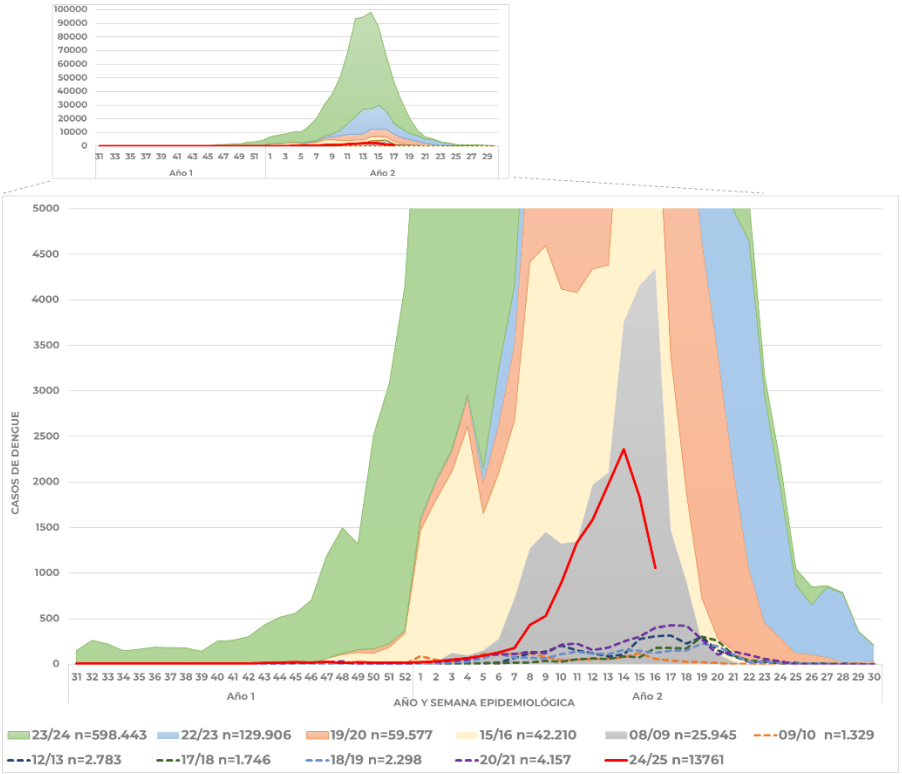
Gráfico 5. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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

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

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



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

En el Gráfico 6 se presenta una comparación de la temporada actual (línea continua roja), con los datos históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas punteadas). Este análisis refleja los casos de dengue notificados según semana epidemiológica (SE), abarcando el período comprendido entre SE31/2008 y la SE16/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

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

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

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

IV.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.

IV.2.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE17/2025), se notificaron en Argentina 63.952 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 6787 fueron confirmados por laboratorio, y 6852 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 13.640 casos confirmados**. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 6610 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 137[12] casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[13]. Se

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

[13] En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en:

confirmaron 178 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE17/2025 (según fecha de notificación al SNVS[14]), se notificaron 2560 casos sospechosos[15] de los cuales 363 se confirmaron y 123 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad de los mismos se encuentran en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 29 casos cada 100.000 habitantes[16]. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 37 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 32, NEA con 9, Sur con 6 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 81% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 14%, 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 al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 24 (SE1) y 2359 (SE14), con un promedio de casos de 792.
- 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.

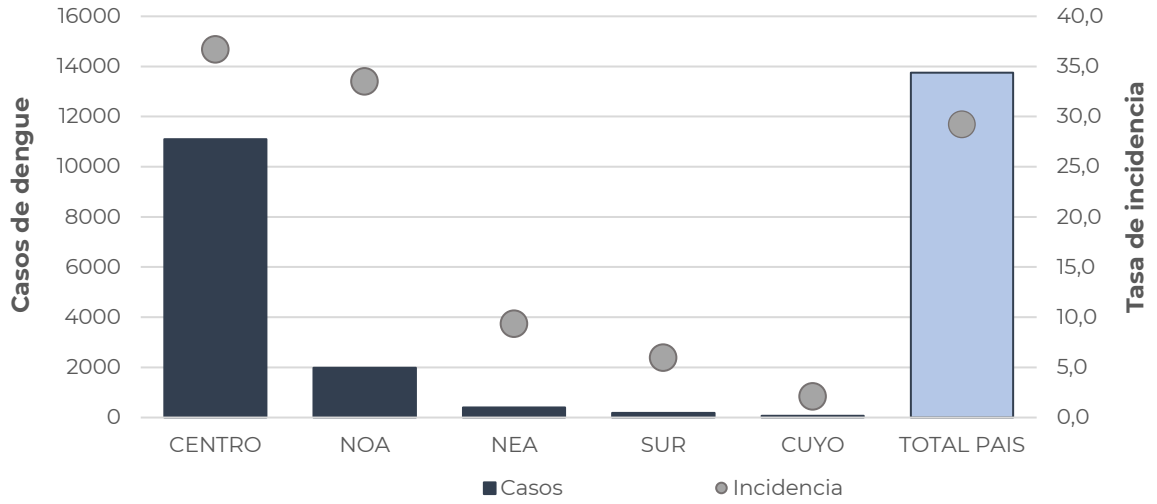
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

[14] Fecha de apertura

[15] Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

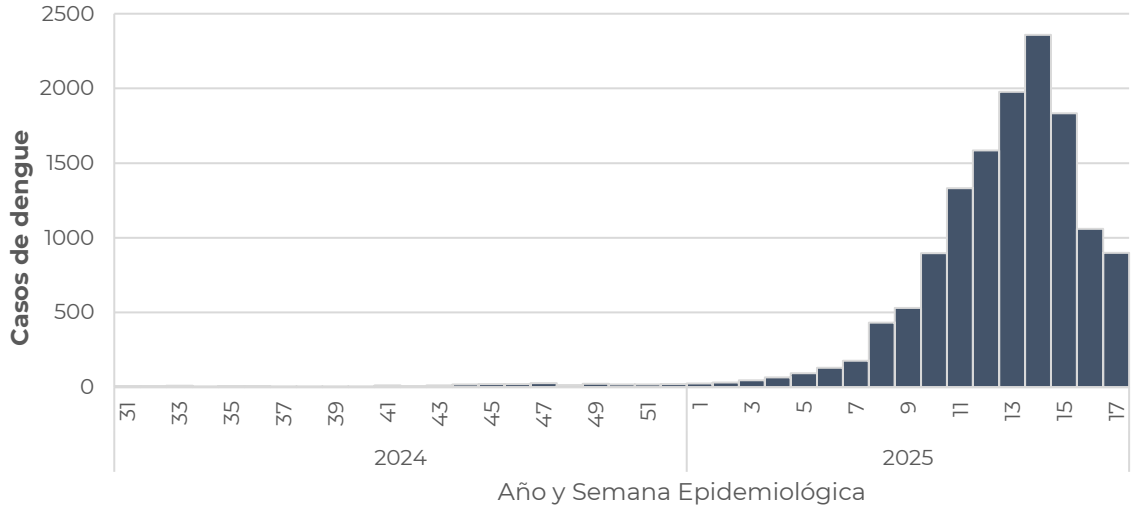
[16] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 7. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab según Región. SE31/2024 a SE17/2025. Argentina.



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

Gráfico 8. Dengue: Casos confirmados[17] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE17/2025. 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)

IV.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.

[17]Incluye casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación)

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE17/2025. 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	346	455	17	10	0	363	4996	1098	6922
CABA	113	121	17	2	0	130	2002	711	2966
Córdoba	2216	960	8	3	1426	3650	7651	769	13033
Entre Ríos	89	88	7	5	6	102	750	20	965
Santa Fe	2143	421	78	7	4636	6857	3062	1037	11384
Total Centro	**4907**	**2045**	**127**	**27**	**6068**	**11102**	**18461**	**3635**	**35270**
Mendoza	11	35	5	2	0	16	1639	97	1789
San Juan	1	2	1	1	0	2	339	10	354
San Luis	46	21	7	2	0	53	264	33	373
Total Cuyo	**58**	**58**	**13**	**5**	**0**	**71**	**2242**	**140**	**2516**
Chaco	6	199	1	0	0	7	2267	109	2582
Corrientes	47	32	1	0	0	48	434	75	589
Formosa	348	4	0	0	0	348	5375	53	5780
Misiones	2	19	1	4	0	3	1130	3	1159
Total NEA	**403**	**254**	**3**	**4**	**0**	**406**	**9206**	**240**	**10110**
Catamarca	7	9	7	3	1	15	836	3	866
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1029	3	1032
La Rioja	98	46	0	0	0	98	1179	6	1329
Salta	17	54	6	12	2	25	2031	84	2206
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	964	290	1295
Tucumán	955	366	0	1	781	1736	5597	631	8331
Total NOA	**1077**	**512**	**15**	**18**	**784**	**1876**	**11636**	**1017**	**15059**
Chubut	0	0	6	3	0	6	27	2	38
La Pampa	165	35	9	2	0	174	566	58	835
Neuquén	0	1	4	1	0	4	37	4	47
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	47	6	55
Tierra del Fuego	0	0	0	3	0	0	13	2	18
Total Sur	**165**	**36**	**20**	**11**	**0**	**185**	**693**	**72**	**997**
Total País	**6610**	**2905**	**178**	**65**	**6852**	**13640**	**42238**	**5104**	**63952**

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: Jurisdicciones, departamentos y semanas epidemiológicas según fases propuestas. Temporada 2024/2025. SE31 a SE17/2025. 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		
	Gral. San Martin	5	Gral. San Martin	9	Gral. San Martin	11
	Colón	5				
	San Alberto	8	San Alberto	11	San Alberto	14
	Santa María	8	Santa María	11		
	Ischilín	11	Ischilín	13		
	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	17
	Caseros	10	Caseros	12		
	San Cristobal	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).

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

Santa Fe: se notificaron los primeros casos aislados de dengue a partir de la SE43 en localidad

de Sunchales, perteneciente al departamento Castellanos. Posteriormente se adicionaron casos esporádicos en otros departamentos como Rosario, Belgrano y San Lorenzo.

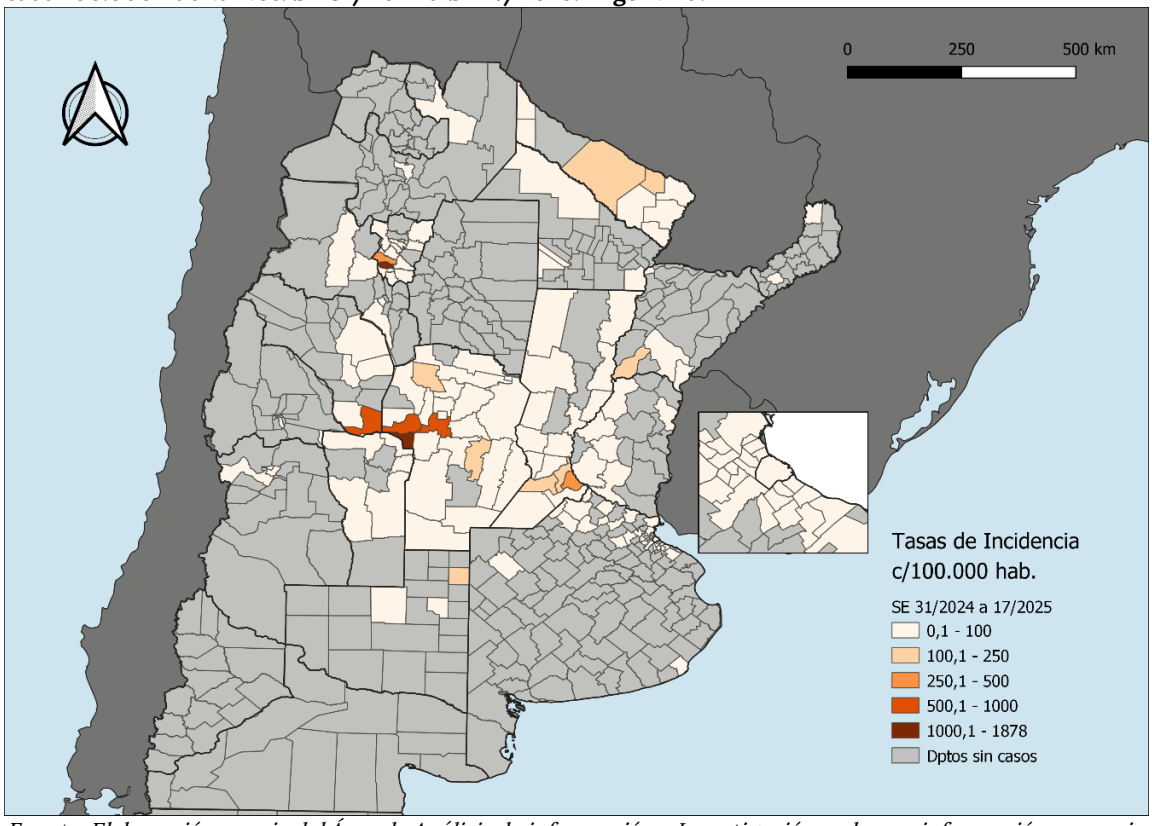
San Luis: Desde la SE9, la localidad Tilisarao perteneciente al departamento Chacabuco registra conglomerados de casos de dengue. Otros departamentos con registro de casos son: **General Pedernera, Junín y Ayacucho.**

Buenos Aires: Se han identificado brotes de dengue por los serotipos DEN-1 y DEN-2 en al menos 7 localidades de municipios: Lanús (DEN-1), Ituzaingó (DEN-1), General San Martín (DEN-1), Tres de Febrero (DEN-1), La Plata, Vicente López (DEN-2) y en La Matanza (DEN-2). Por el momento todos los brotes son de escasa magnitud[18].

Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14 y 15), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá, Paraná y Victoria), **Catamarca** (Capital, Belén y Andalgalá), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú), y **Corrientes** (Capital y Esquina). Los casos de dengue se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

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

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 17/2025. 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).

[18] Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Provincial SE 12. Boletínes Epidemiológicos | Provincia de Buenos Aires

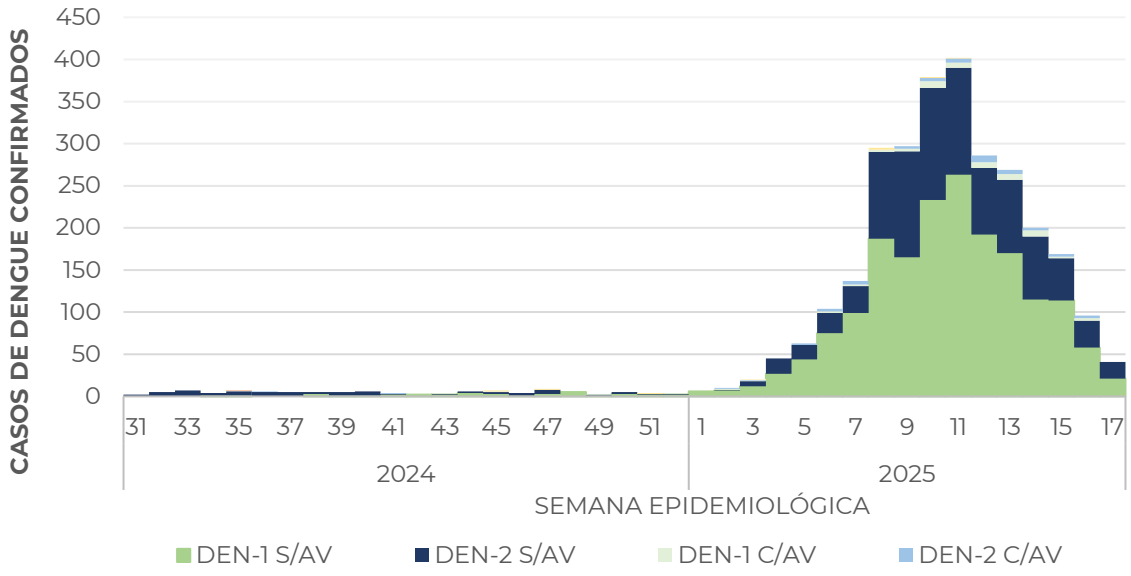
IV.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

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

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

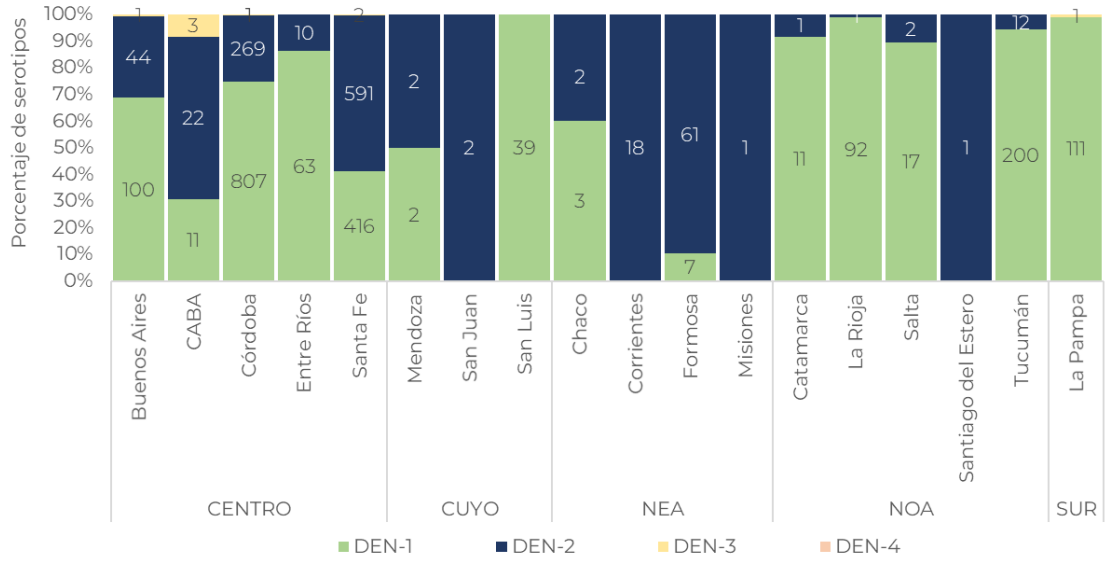
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE17/2025. 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=2927) según provincia. SE31/2024 a SE17/2025. 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).

IV.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 322 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 85 casos ha sido confirmados, 8 casos probables, 200 cuentan con laboratorio negativo y 29 no cuentan con laboratorio.

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

En Santa Fe se registraron 48 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En 22 de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 29 casos confirmados, 10 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1), 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), y 6 correspondiente a Capital (DEN-1), un caso en Santa María (DEN-2), 3 casos correspondientes a San Alberto y dos casos pertenecientes a Marcos Juárez (DEN-1).

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

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

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

IV.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 externos[19], 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

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

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*"[20] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[21]

Entre la SE 31/2024 y la SE 17/2025 se registraron 29 casos confirmados de dengue grave en las jurisdicciones de Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Colón, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Pampa (Maracó), La Rioja (Capital), San Luis (Junín) y Santa Fe (Rosario y Caseros). Del total de los casos graves, 11 ya recibieron el alta y 10 no cuentan con información de alta por lo que continúan en investigación. Con respecto a los casos fatales, desde la SE 31/2024 a la SE 17/2025 se han registrado 8 fallecimientos de los cuales:

- **Cuatro** casos fatales se consideraron causados por el evento, dos de ellos ocurrieron en la SE 13 (CABA)[15] y SE15 (Santa Fe)[22]. Por otra parte, en el curso de la SE15 se recibió la notificación de dos casos confirmados de dengue (DEN-2) residentes de la provincia de Santa Fe (Rosario) de 14 meses y 72 años de edad que presentaron comorbilidades y fallecieron posteriormente.
- En **3** de ellos la causa del deceso no se encuentra vinculada directamente a la infección por dengue, sino a la progresión de su enfermedad de base. Estos casos se dieron en las jurisdicciones de La Pampa (General Pico) y Santa Fe (Casilda)[23] y ocurrieron en la SE12 y en la SE13 respectivamente. Posteriormente, en la SE16 falleció un caso en la provincia de San Luis (Junín) y luego de la investigación epidemiológica se concluyó que el deceso ocurrió por una neumonía.
- En la SE14, se recibió la notificación de **un** caso confirmado de dengue correspondiente a la provincia de Córdoba, departamento de San Alberto, quien presenta diabetes e hipertensión como comorbilidades y se interna a principio del mes de abril con signos de alarma requiriendo cuidados intensivos. Su evolución clínica fue tórpida, con acetonuria, oligoanuria, alteración de la conciencia, shock cardiogénico y fallece a los dos días de su internación. Al momento de la edición de este boletín, se encuentra en investigación la causa de su deceso

IV.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 Brasil[24] 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

20 Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf
21 Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf
22 Para una mayor información del caso se recomienda consultar el BEN 753 SE N°16 disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_753_se_16.pdf
23 Para una mayor información de los casos se recomienda consultar el BEN 752 SE N°15. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_752_se_15.pdf
24 Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: 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

Geográfica, Quantum GIS[25] (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).

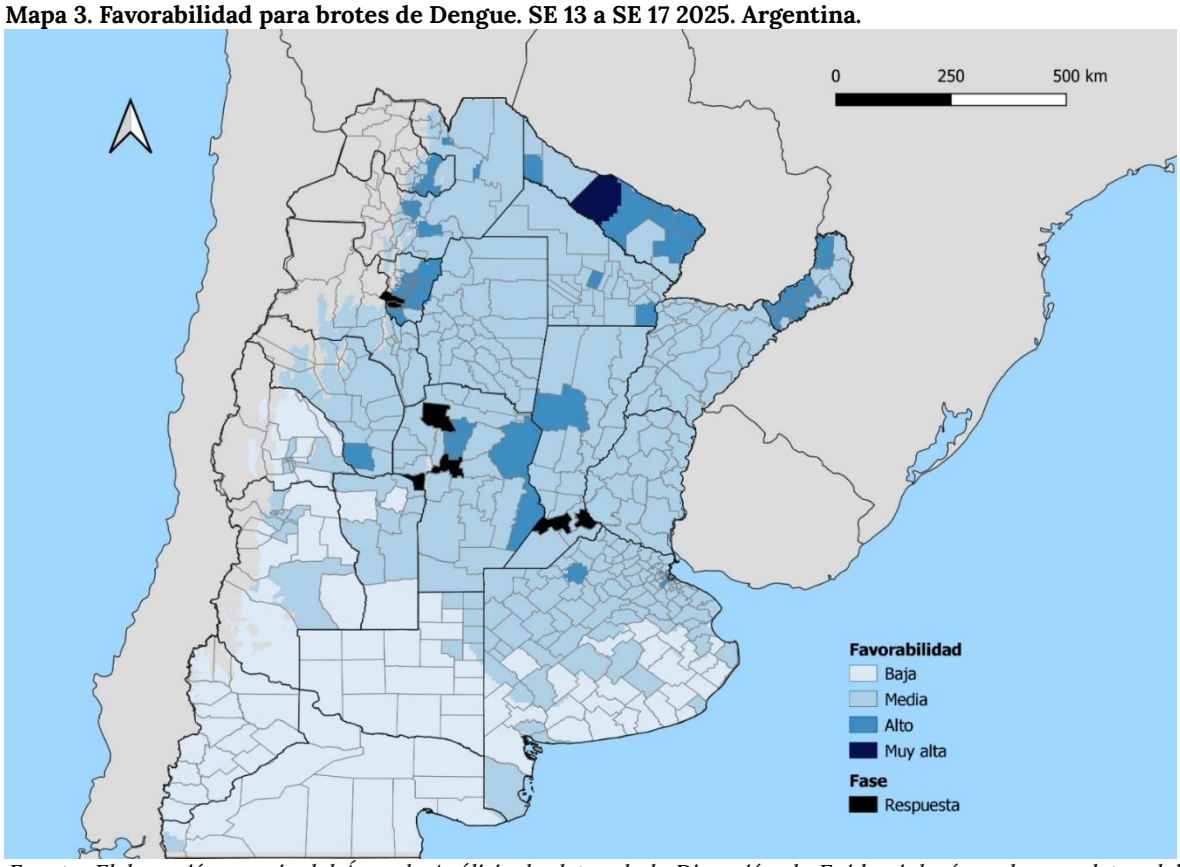
Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector Aedes aegypti en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, 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 departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis[26].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 17/2025, la región noroeste del departamento de Patiño (provincia de Formosa), presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

[25] Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

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

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 17 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)

IV.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 SE16/2025).

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 **2315** 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 SE17/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	142	0	48	0	101	3	32	2	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	3	0	3
Córdoba	0	169	0	54	0	125	5	253	0	0
Entre Ríos	6	66	0	1	0	16	4	33	0	1
Santa Fe	0	1296	0	77	0	63	0	10	0	18
Total Centro	**6**	**1678**	**0**	**182**	**0**	**306**	**12**	**331**	**2**	**29**
Mendoza	0	305	0	82	0	62	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	2	0	8	0	0
Total Cuyo	**0**	**306**	**0**	**85**	**0**	**66**	**0**	**12**	**0**	**1**
Chaco	17	784	0	398	0	24	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	50	0	26	0	29	0	0	0	19
Total NEA	**17**	**882**	**0**	**439**	**0**	**140**	**0**	**3**	**0**	**20**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	37	0	18	0	1	0	3	0	1
La Rioja	0	84	0	82	0	5	0	1	0	61
Salta	0	415	0	236	0	152	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	37	0	19	0	6	0	3	0	4
Tucumán	1	11	0	12	0	100	0	0	0	1
Total NOA	**1**	**600**	**0**	**380**	**0**	**265**	**0**	**7**	**0**	**81**
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	**24**	**3466**	**0**	**1086**	**0**	**785**	**12**	**353**	**2**	**131**

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

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

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

Se 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.

IV.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 Epidemiológica[27]. 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 SE17/2025 se han estudiado 131 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 20 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

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

IV.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.

IV.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%).

[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

- 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.

IV.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. Por segunda semana consecutiva, se observa un descenso en el IPO, si bien es probable que más adelante el valor se eleve por demoras en la carga retrospectiva, similar a lo que ocurrió la semana previa (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.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 17 (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 los cual volvió a aumentar hasta la SE14 (Gráfico 2). Durante las últimas dos semanas, se aprecia una tendencia descendente y la región presenta actualmente niveles asociados a riesgo entomológico bajo.

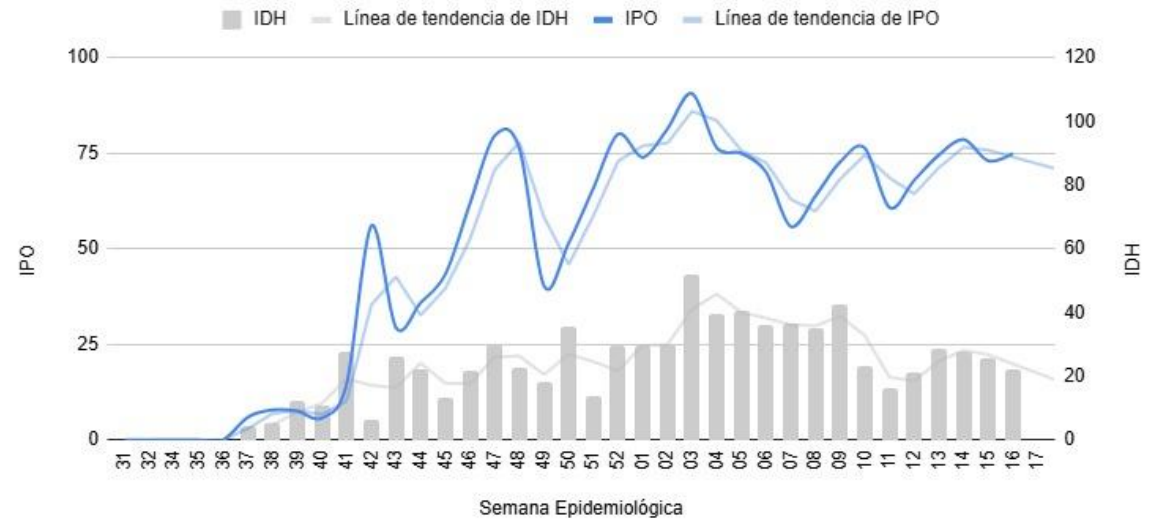
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 17 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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%. En las dos últimas semanas, se registraron pequeñas fluctuaciones pero manteniéndose dentro de ese nivel de riesgo.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 16 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las

diferencias climáticas y ambientales de la región Centro. Durante la SE08 el IPO de la región muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona. Durante las últimas dos semanas, el IPO de la región descendió nuevamente y mantuvo valores cercanos menores al 20%, correspondientes a riesgo entomológico bajo (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 17 (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.

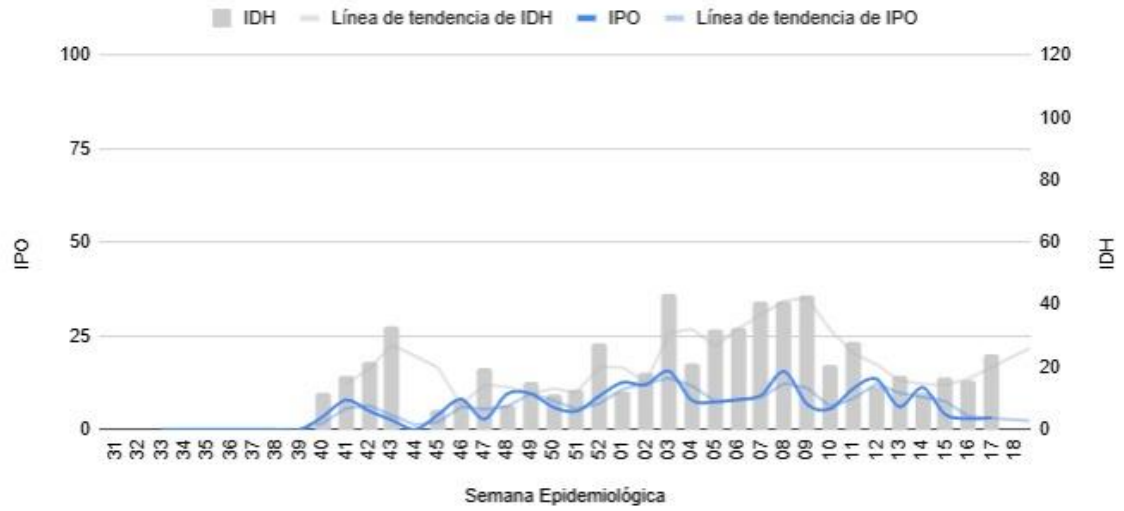


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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 cinco semanas se aprecia una tendencia descendente en el IPO, con dos jurisdicciones presentando valores negativos en todos sus sensores. La región se mantuvo en un contexto de riesgo entomológico bajo con un IPO = 3,13%.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 17 (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**.

IV.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)

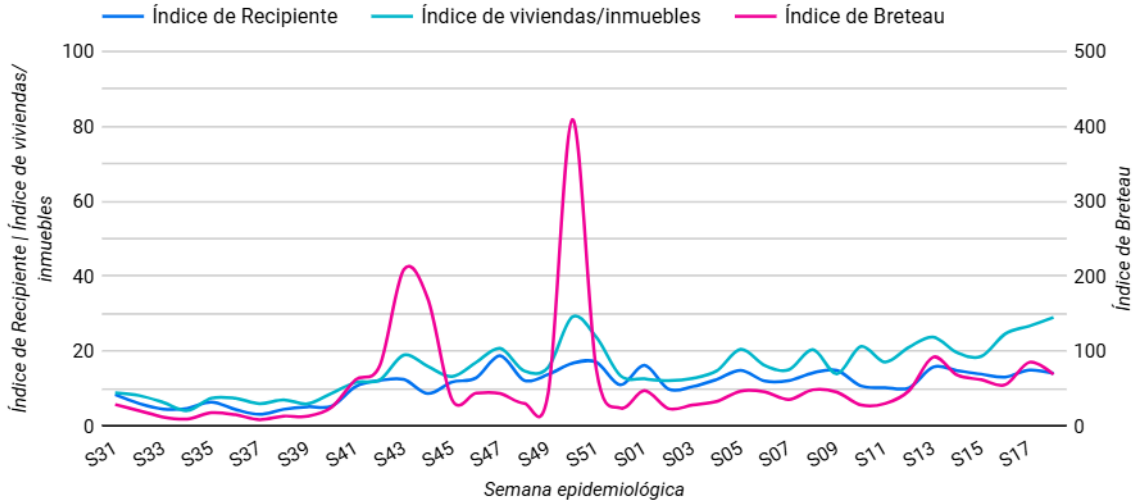
- **Índice de recipiente: (**recipientes positivos para Aedes aegypti ⁄ total de recipientes) * 100

  (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 18 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 7), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Durante las últimas semanas, el IV aumentó mientras que el IB y el IR se mantuvieron más estables (Gráfico 7). Sin embargo, se mantuvo la tendencia previa respecto a la clasificación de riesgo moderada para IR y el IV y alta de acuerdo al IB.

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que la región NEA presenta índices larvarios elevados (Tabla 1), arrojando un riesgo entomológico alto de acuerdo al IB y riesgo

moderado de acuerdo a los índices IR IV. Durante la última semana se observó un aumento en el IB debido al aumento del IV. La región NOA, por su parte, muestra una tendencia similar en términos de riesgo entomológico (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor a los detectados en NEA. Durante las últimas dos semanas se registró una disminución leve de los índices registrados. Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 1. **Índices larvarios aédicos por región SE18 2025. Argentina.**

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,99	16,07	53,97
NOA	10,13	5,94	61,37

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.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.

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[28]

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe continúan en el descenso de la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmdo9 e influenza B. La actividad del VRS mantiene su tendencia a la disminución en América del Norte, no obstante, se observa un incremento en el Caribe. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en Norte América y el Caribe. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 se mantiene con respecto a la semana epidemiológica (SE) anterior. La actividad de VRS y SARS-CoV-2 se mantiene baja. La Subregión Andina se mantiene estable en la circulación de SARS-CoV-2 e Influenza A(H3N2), mientras que VRS mantiene una curva ascendente en su detección. Brasil/Cono Sur mantiene un aumento en la detección de influenza A(H1N1)pmd09. En el caso de SARS-CoV 2 continúa su disminución. El VRS se mantiene respecto a la SE anterior. En la región existe un alto porcentaje de detección de otros virus respiratorios, destacando Rinovirus en Norte América, la región Andina y Brasil y el Cono sur. En el Caribe se ha detectado además circulación de parainfluenza y adenovirus.

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

Caribe: La actividad de influenza disminuye para ETI e IRAG. Se informó que el subtipo predominante de influenza era A(H1N1)pdm09. Los casos de VRS se mantienen bajos con un leve incremento en las últimas 2 SE. SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos.

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

[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

Países Andinos: Los casos de IRAG se mantiene bajos en la mayoría de los países, no obstante, se reporta un incremento en la detección de ETI en comparación a SE previas. La actividad de influenza disminuyó en comparación a SE previas, con circulación tanto de influenza A(H3N2) como A(H1N1)pmd09. La circulación del VRS aumenta de forma importante en las últimas semanas. La positividad de SARS-CoV-2 disminuye con respecto a semanas previas.

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG aumentan en las últimas semanas. Los casos de ETI se asocia principalmente a SARS-CoV-2, que disminuyen en la última semana y a influenza A(H1N1)pmd09 que tiene tendencia al aumento. La circulación de VRS se mantiene respecto de la SE anterior. Para los casos de IRAG, la detección de VRS e influenza muestran una tendencia al aumento y los casos de SARS-CoV-2 disminuyen.

V.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 16 de 2025 se notificaron 201.738 casos de ETI, 31.221 casos de Neumonía y 17.213 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 17,7%, de neumonías del 1,2% y de bronquiolitis 21,7 %, respecto al mismo período del 2024.

V.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 de las detecciones como del porcentaje de positividad. Se detectaron 81 casos de influenza entre las 157 muestras estudiadas en las SE16 y 17/2025.

- Para VSR, las detecciones permanecen bajas, sin casos positivos entre las 102 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 16 y 17).

- 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 SE17/2025 se registró 1 caso positivo para SARS COV 2 entre las 92 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE17 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1429 internaciones con diagnóstico de IRAG y 586 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- En relación a las notificaciones de IRAG, se observa un ascenso en los desde SE12. En las últimas 4 semanas, entre 423 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la

Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 79 detecciones de influenza, 5 casos de SARS-CoV-2 y 14 casos de VSR.[29]

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

- En las primeras 16 semanas de 2025 se verifica circulación de influenza, VSR y otros virus respiratorios. Desde la SE11 se observa un ascenso en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), si bien las detecciones se mantienen en niveles bajos en relación al máximo alcanzado en 2024.
- 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 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos.
- Durante la SE16/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, adenovirus, VSR, 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 ligero ascenso de los casos en personas internadas, con 58 detecciones en la última semana (SE 17). En lo que va de 2025, se registran 10 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas, con 13 casos de VSR en la SE 17/2025.
- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas también permanecen en valores bajos. En la SE 17/2025 se registraron 17 casos positivos con este diagnóstico y 1 caso fallecido.

V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

[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

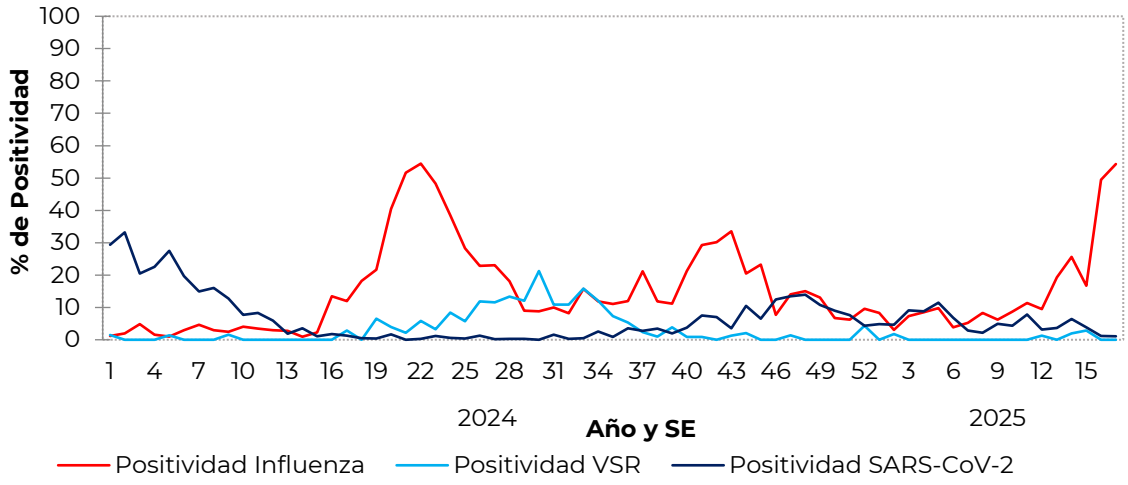
[30] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

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 17 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 1.496 muestras para SARS-CoV-2, de las que 75 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,01%. Además, en la última semana analizada, SE 17 del año 2025, se registró 1 caso confirmados de SARS-COV-2 entre las 92 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 lo que va de 2025, se registraron 196 detecciones entre 1.178 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 16,64%. En las últimas semanas, a partir de la SE11, se verifica tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad. En las SE16 y 17/2025 se notificaron 81 casos de influenza entre las 157 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 17 de 2025, de las 924 muestras estudiadas, 5 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,54%. No se notificaron casos de VSR entre las 102 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE16 y 17).

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. SE1/2024 a SE17/2025. Estrategia UMA. Argentina.

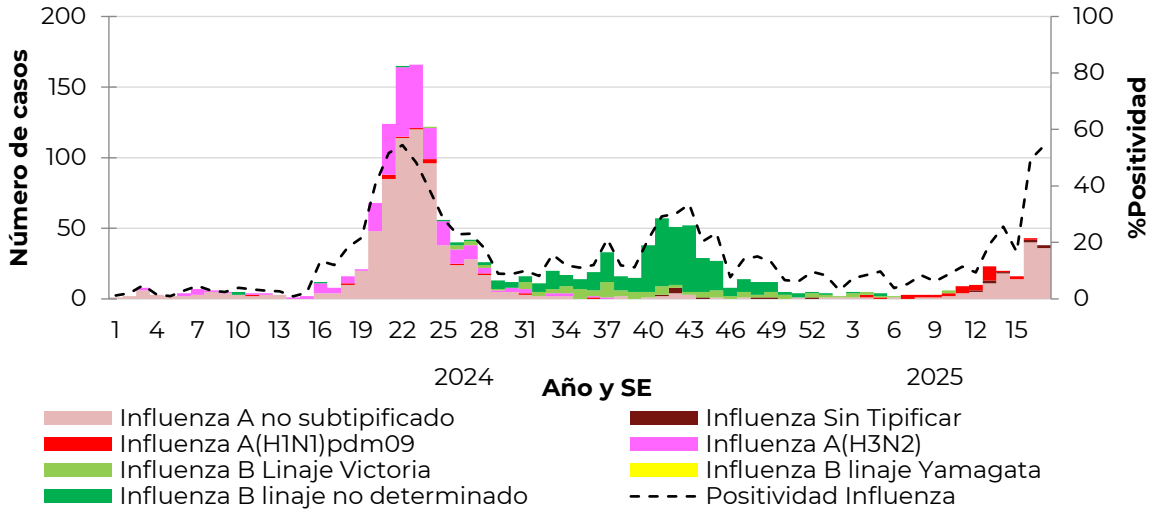


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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 lo que va de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n=172), con un menor número de detecciones de influenza B (n=16). Entre los casos de influenza A, 35 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). Además, se registran 8 casos de influenza que permanecen sin tipificar.

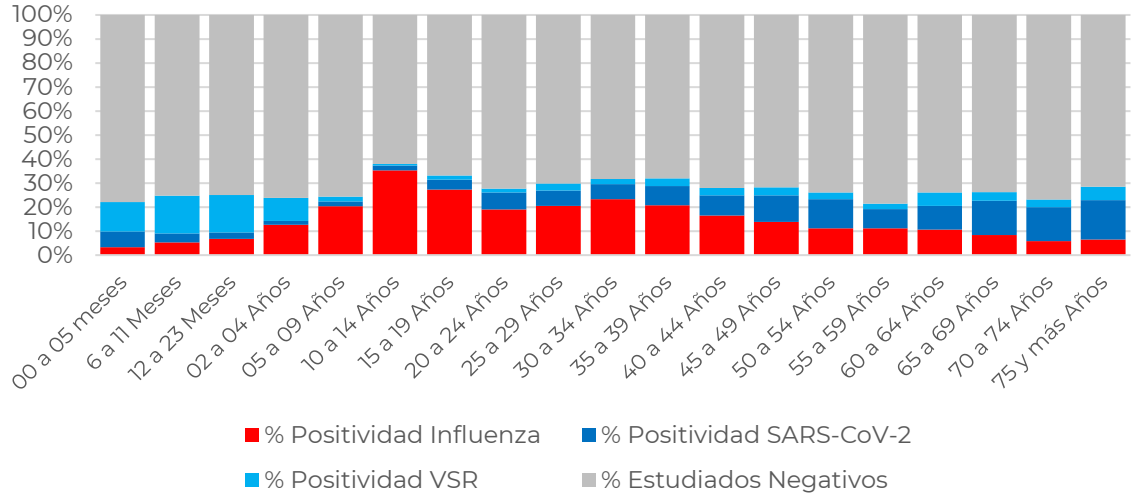
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE17/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 SE17/2025. Estrategia UMA. Argentina[31].



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

V.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, 39 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 >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[33].

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 clínico[34].

[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 Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf
[33] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.
[34] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

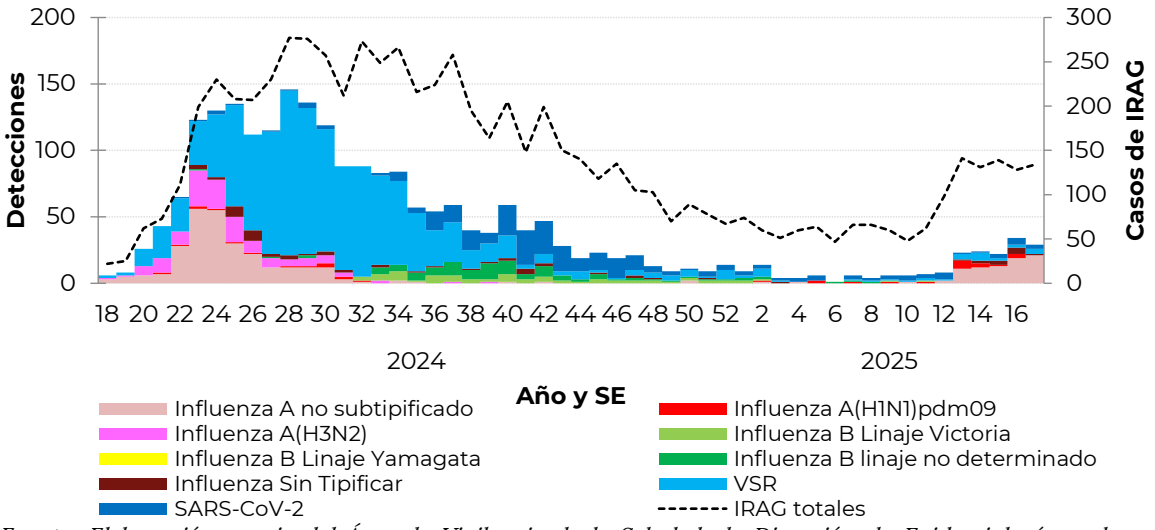
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[35] y shock[36] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE17 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1429 internaciones con diagnóstico de IRAG y 586 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[37].

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 lo que va de 2025, las IRAG permanecen en valores bajos en relación al máximo alcanzado durante 2024, aunque experimentaron un aumento en las últimas semanas (de SE12 a SE17).

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. SE18/2024 a 17/2025. Estrategia UC IRAG. 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 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 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23 y 24. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32 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 y 42. En lo que va de 2025, se registran casos predominantemente de influenza A (n= 100), con un menor número de detecciones de influenza B (n=12). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 19 detecciones de H1N1

[35] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura

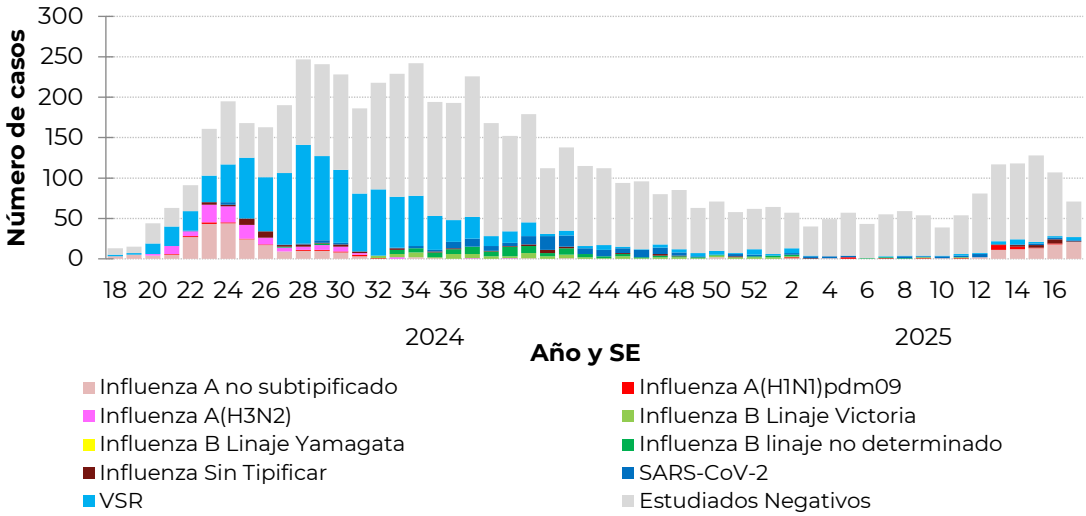
[36] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

[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.

(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.

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 17/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [38].



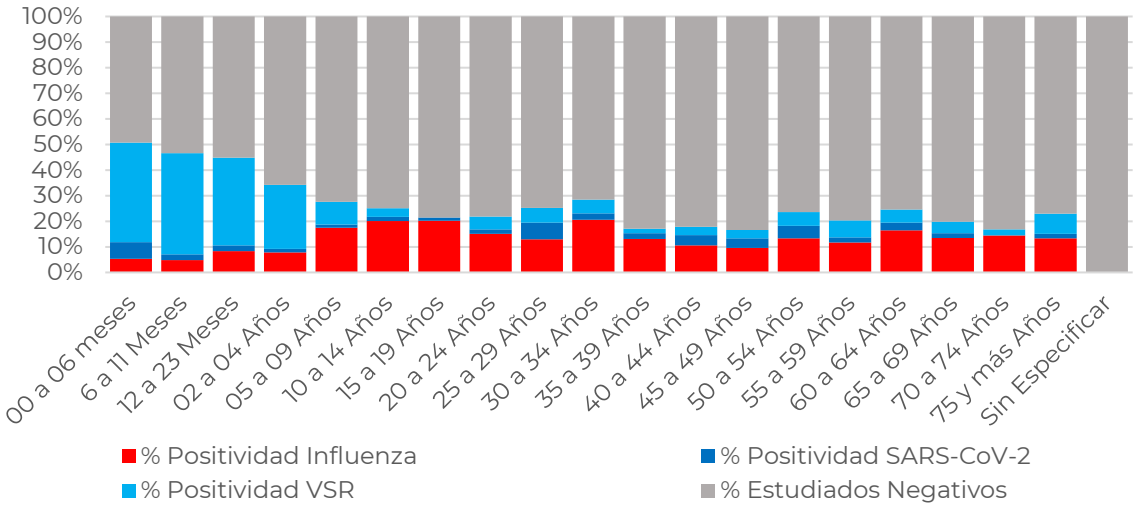
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 423 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 79 detecciones de influenza, 5 casos de SARS-CoV-2 y 14 casos de VSR. Los restantes 324 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

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 los grupos de edad comprendidos entre 5 y 39 años (máximo entre 30 y 34 años) y en adultos mayores. 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.

[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.

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 17/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina[39].



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]

[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 de IRAG.

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VI. Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) – Informe epidemiológico

VI.1. Nota metodológica

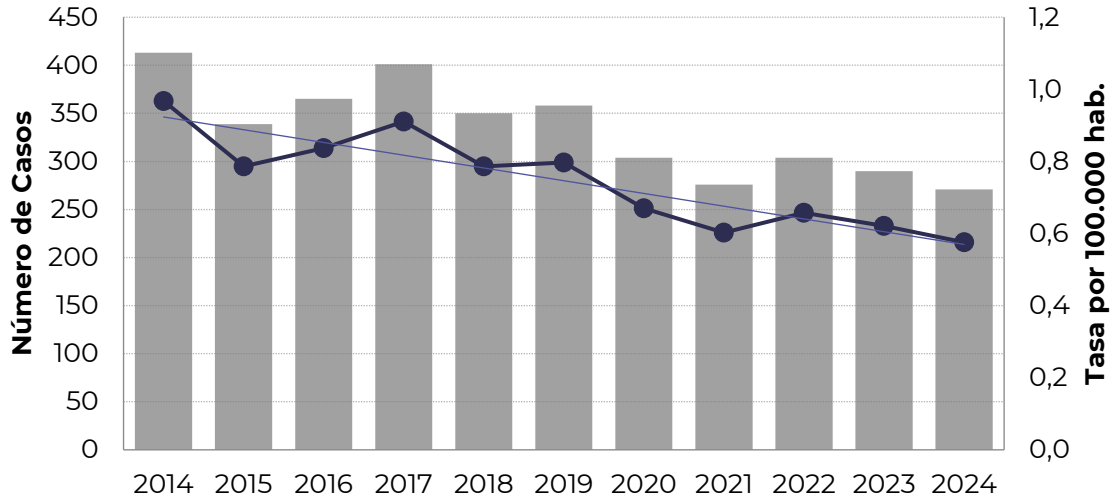
Para reporte de los casos de SUH se excluyen los casos reportados de SUH atípico y como parámetro temporal, para los casos notificados de SUH se considera la fecha de inicio del caso construida a partir de la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

VI.2. Situación en Argentina

VI.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA ANUAL 2014-2024

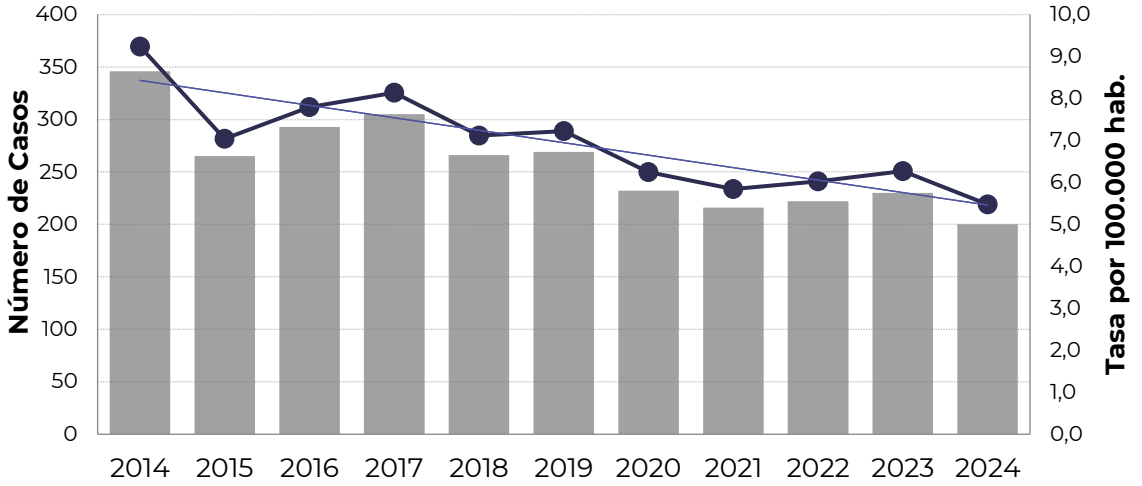
Los casos y tasas de incidencia de SUH para el total país muestran una fluctuación temporal con leves ascensos en algunos años y leves descensos en otros, observándose para el periodo 2014 a 2024 una tendencia descendente, con una mediana de 365 casos anuales con un mínimo de 200 y un máximo de 346 (tasa mínima de 0,6 casos c/100.000hab. en 2021 y en 2024 y una máxima de 0,97 en 2014) (Gráfico 1). En menores de 5 años también se observa una tendencia descendente de casos y tasas en el período, con una mediana de 265 casos anuales con un mínimo de 200 y un máximo de 346 (tasa mínima de 5,48 casos c/100.000 menores de 5 años en 2024 y una máxima de 9,24 en 2014) (Gráfico 2). Cabe destacar que la tendencia descendente se sostiene a lo largo de toda la serie incluyendo los años pandémicos.

Gráfico 1. Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. SE1 a SE52, años 2014-2024.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

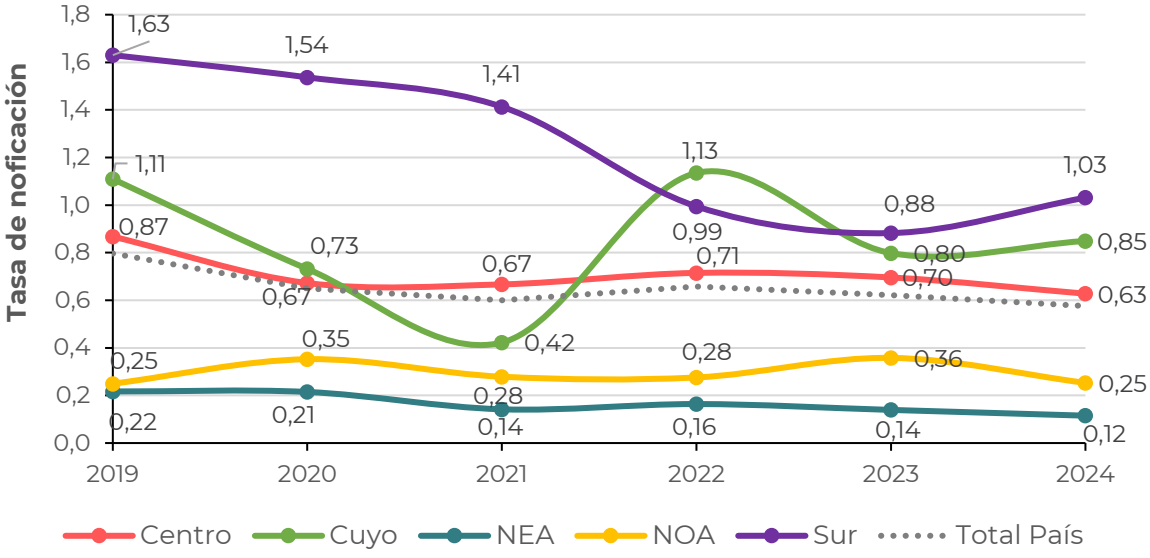
Gráfico 2. Casos y tasas de SUH (cada 100.000 menores de 5 años) en menores de 5 años de edad. Argentina. Años 2014-2024, SE1 a SE52.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

En el siguiente gráfico se muestran las tasas de incidencia de SUH según regiones y total país. En 2022 en Centro y Cuyo se observó un aumento de la tasa de incidencia de SUH respecto del 2020 y 2021 y de manera similar para el total del país. Por otro lado, en la región Sur se observó una disminución de la tasa de incidencia desde el 2019 al 2023, alcanzando el menor valor en 2023 con una tasa de 0.9 caso cada 100.000 habitantes. En 2024 respecto del año anterior, se observa un leve aumento de las tasas de incidencia de SUH en Sur y Cuyo mientras que en Centro y NOA se observa un leve descenso.

Gráfico 3. Tasas de incidencia de SUH cada 100.000 habitantes por región. Argentina. Años 2019-2024, hasta SE52.



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

Tabla 1. Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes) según provincia de residencia. Argentina. Año 2024, hasta SE 52.

Provincia	2024	
	Casos	Tasas
Buenos Aires	117	0,64
CABA	29	0,94
Córdoba	25	0,64
Entre Ríos	3	0,21
Santa Fe	16	0,44
Centro	**190**	**0,63**
Mendoza	17	0,82
San Juan	2	0,25
San Luis	10	1,88
Cuyo	**29**	**0,85**
Chaco	1	0,08
Corrientes	3	0,26
Formosa	1	0,16
Misiones	0	0,00
NEA	**5**	**0,12**
Catamarca	1	0,23
Jujuy	4	0,50
La Rioja	0	0,00
Salta	3	0,20
Sgo. del Estero	2	0,20
Tucumán	5	0,28
NOA	**15**	**0,25**
Chubut	13	1,97
La Pampa	4	1,08
Neuquén	5	0,72
Rio Negro	5	0,64
Santa Cruz	2	0,50
Tierra del Fuego	3	1,57
Sur	**32**	**1,03**
Total PAÍS	**271**	**0,58**

Tabla 2. Casos y tasas de SUH (cada 100.000 menores de 5 años) en menores de 5 años de edad según provincia de residencia. Argentina. Año 2024, hasta SE 52.

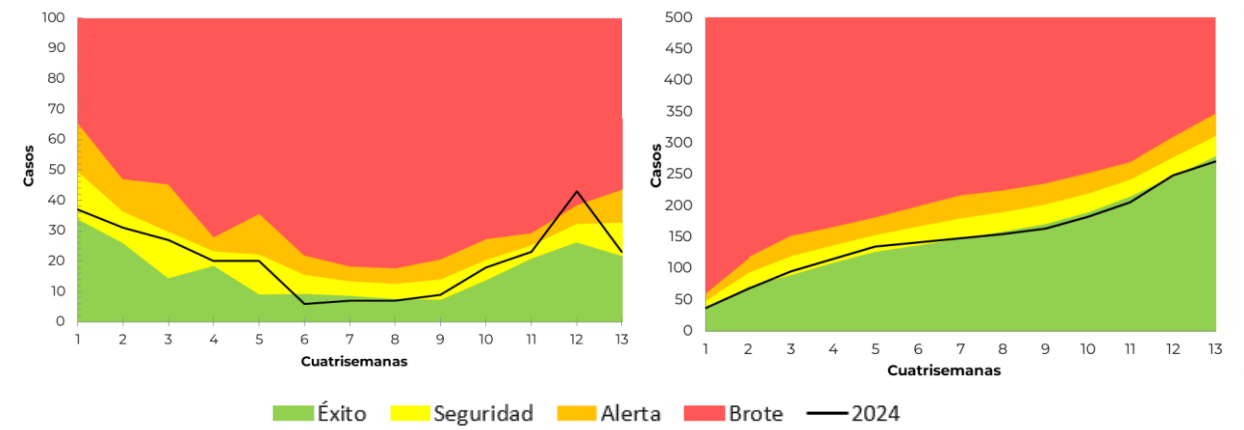
Provincia	2024	
	Casos	Tasas
Buenos Aires	87	6,28
CABA	22	11,20
Córdoba	19	6,45
Entre Ríos	2	1,81
Santa Fe	10	3,80
Centro	**140**	**6,22**
Mendoza	13	7,95
San Juan	2	2,99
San Luis	9	21,67
Cuyo	**24**	**8,83**
Chaco	1	0,91
Corrientes	2	2,03
Formosa	1	1,81
Misiones	0	0,00
NEA	**4**	**1,05**
Catamarca	1	2,95
Jujuy	4	6,03
La Rioja	0	0,00
Salta	1	0,74
Sgo. del Estero	1	1,11
Tucumán	3	2,01
NOA	**10**	**1,97**
Chubut	9	17,58
La Pampa	4	14,75
Neuquén	3	5,43
Rio Negro	3	5,00
Santa Cruz	1	2,95
Tierra del Fuego	2	13,21
Sur	**22**	**9,07**
Total PAÍS	**200**	**5,48**

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

La ocurrencia de los casos de SUH anualmente presenta un comportamiento estacional con un aumento considerable en los meses cálidos. En cuanto al comportamiento de la notificación a lo largo del año 2024 puede observarse en las primeras cuatrisemanas los casos notificados se encuentran entre zona de seguridad hasta la CS 5, mientras que a partir de la CS 6 descienden y fluctúan entre la zona de éxito y seguridad hasta la SE11, luego, en la SE 12, se observa un aumento de casos alcanzando la zona de brote. Respecto de los casos acumulados de SUH en el 2024, se observa durante las primeras cuatrisemanas en el límite entre zona de alerta y seguridad, ingresando en zona de éxito desde la CS6.

Gráfico 4. Corredor endémico cuatrisemanal de SUH. 2024 hasta CS 13 (N=271). Total país. Históricos 2019 a 2023.

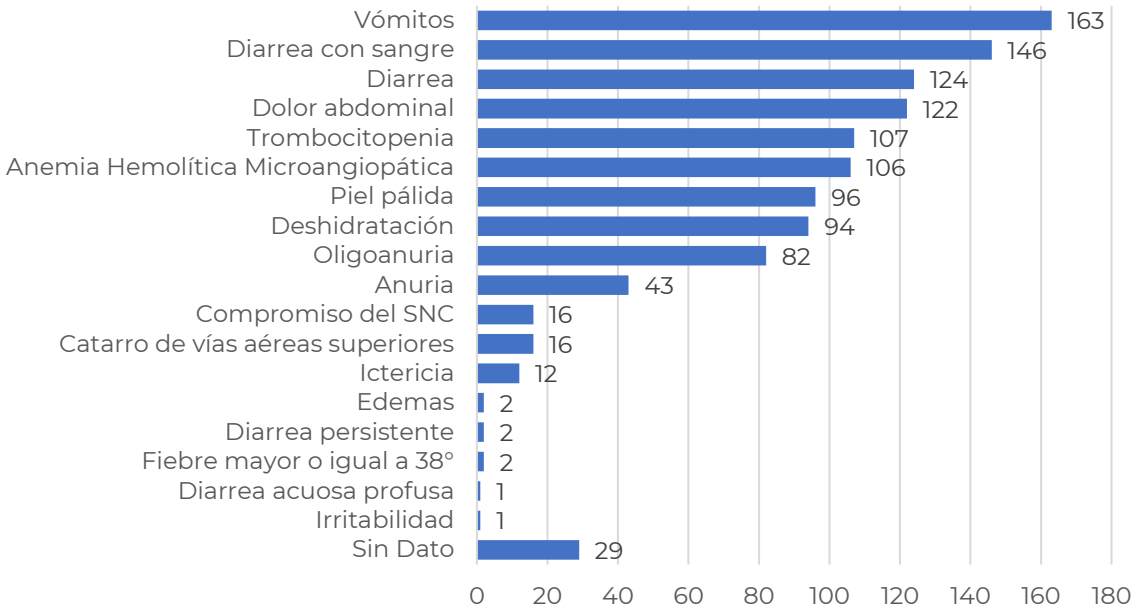
Gráfico 5. Corredor endémico acumulado de SUH. 2024 hasta CS 13 (N=271). Total país. Históricos 2019 a 2023.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

En relación a la información clínica registrada en el SNVS, en el siguiente gráfico se muestran los signos y síntomas de SUH, en donde se observó ente los principales síntomas; vómitos, diarrea con o sin sangre, dolor abdominal, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática (Gráfico 6). Respecto de los tratamientos registrados en el SNVS, diálisis peritoneal, se registró en el 23% de los casos; transfusiones, en el 20% de los casos, e hidratación parenteral, en el 11% de los casos.

Gráfico 6. Signos y Síntomas de SUH (N=242). Argentina. Año 2024, hasta SE52.



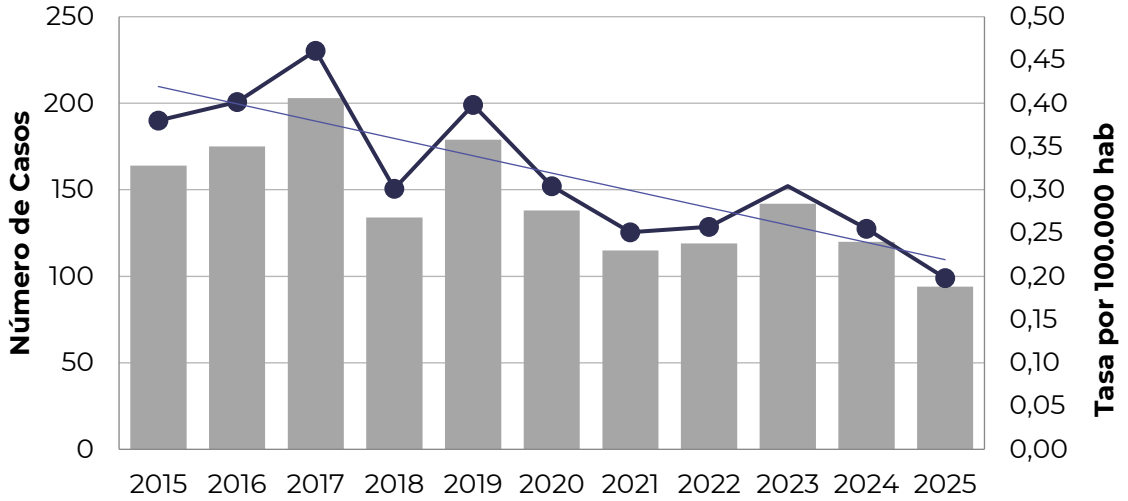
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

VI.2.B. SITUACIÓN ACTUAL A LA SE 17 (26/4/2025)

La cantidad de casos notificados de SUH en población general registran una tendencia al descenso desde el 2015 hasta el 2025 para el período analizado (SE 1 a SE 17). Las notificaciones

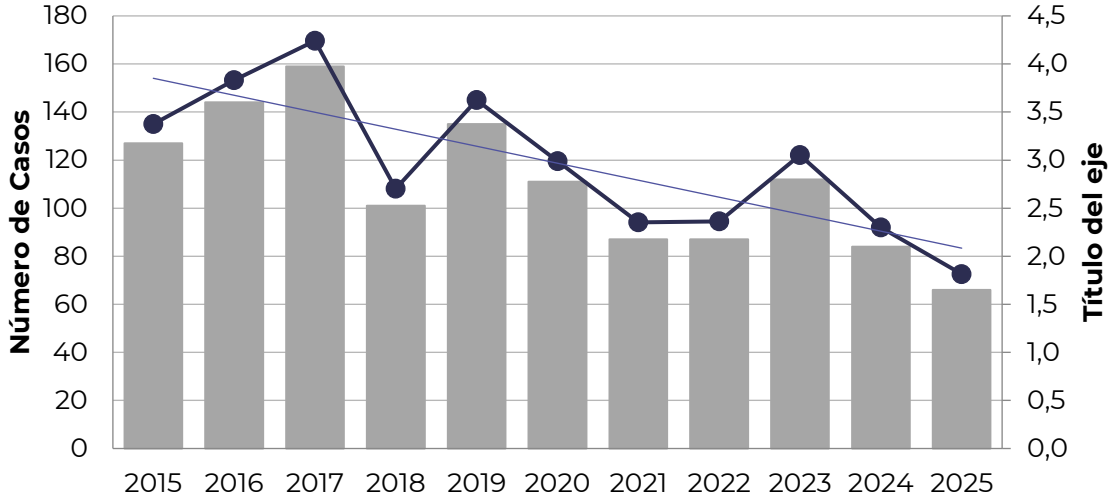
de SUH del total país del corriente año hasta la SE17 registran un leve descenso respecto de las registradas en el 2024 y en 2023 para el mismo periodo (Gráfico 7). Se observa un patrón similar en el registro de casos e incidencia acumulada en menores de 5 años en la serie de 10 años, SE1-SE17. En el transcurso de este año hasta la SE 17, en población general y en menores de 5 años, se observó que la cantidad fue el valor mínimo de la serie.

Gráfico 7. Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. Años 2015-2025, SE1 a SE17.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

Gráfico 8. Casos y tasas de SUH (cada 100.000 menores de 5 años) en menores de 5 años de edad. Argentina. Años 2015-2025, SE1 a SE17.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

El corredor endémico cuatrisemanal (CS) transcurrió dentro de lo esperado en las primeras cuatro CS, observándose, que la cantidad de notificaciones se ubicaron en la zona de éxito y seguridad (Gráfico 9 y 10). El corredor endémico acumulado (Gráfico 10), que muestra la cantidad de casos acumulados para cada cuatrisemana del año en curso, en relación a registros de casos acumulados de los años previos permite observar que el número de casos acumulados a nivel nacional hasta la CS 4 se encontró zona de seguridad.

Gráfico 9. Corredor endémico cuatrisemanal de SUH. 2025 hasta CS 4 (N=66). Argentina. Históricos 2020 a 2024.

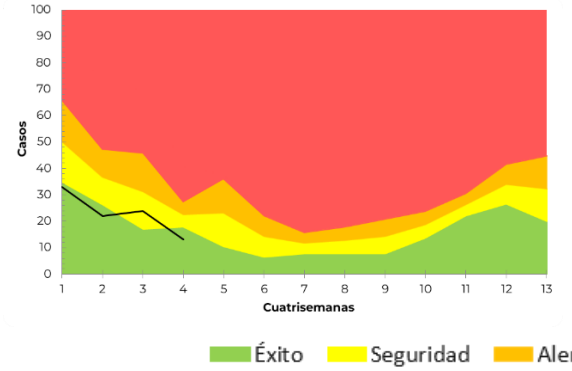
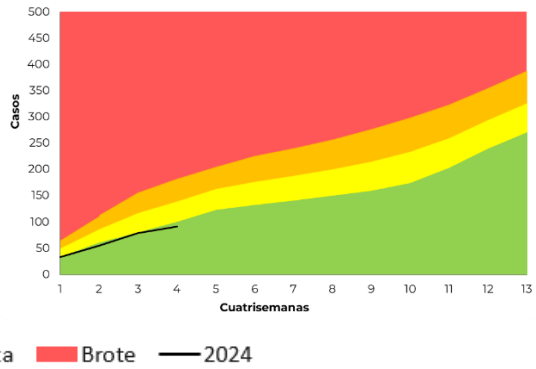


Gráfico 10. Corredor endémico acumulado de SUH. 2025 hasta CS 4 (N=66). Argentina. Históricos 2020 a 2024.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

Para el mismo periodo de análisis, desde SE1 a SE17, se registraron 94 casos en 2025, 33 casos menos en comparación al promedio de casos de 2020-2024) (Tabla 1).

En cuanto al análisis por regiones desde SE 1 a SE 17/2024 se observa que el 67% de los casos se presentan en la región Centro, con una incidencia acumulada 0,21 casos cada 100mil habitantes, mientras que la región Sur aporta el 16% y una incidencia acumulada de 0,5. Las regiones NOA y NEA sumadas aportan menos del 5% de los casos.

Tabla 3. Promedio de casos y casos de SUH según jurisdicción de residencia. Argentina. Años 2020-2025, periodo SE 1 a SE 17.

Provincia	Promedio 2020-2024 (SE 1 a 17)	Casos 2025 (SE 1 a 17)
Buenos Aires	56	45
CABA	11	8
Córdoba	11	8
Entre Ríos	4	1
Santa Fe	9	1
Centro	**90**	**29**
Mendoza	7	12
San Juan	2	0
San Luis	2	0
Cuyo	**11**	**12**
Chaco	0	0
Corrientes	2	1
Formosa	0	0
Misiones	0	0
NEA	**2**	**1**
Catamarca	1	1
Jujuy	1	0
La Rioja	0	0
Salta	2	1
Santiago. del Estero	1	0
Tucumán	1	0
NOA	**5**	**2**
Chubut	5	7
La Pampa	2	2
Neuquén	5	4
Rio Negro	4	2
Santa Cruz	1	1
Tierra Del Fuego	1	0
Sur	**18**	**16**
Total PAIS	**127**	**94**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

Con respecto a la distribución según edad, desde SE 1 a SE 17/2025, los casos estuvieron distribuidos entre los grupos de edad de 1 año, 2 a 4 años y 5 a 9 años, con el 37% de los casos en el grupo de 2 a 4 años, 35% en el grupo de 1 año y 18% en el grupo de 5 a 9 años. La incidencia acumulada más elevada se observó en el grupo de 1 año con 4,5 casos por cada 100.000 niños de 1 año de edad.

Tabla 4. Casos e incidencia acumulada de SUH (cada 100.000 hab.) según grupo de edad. Argentina. Año 2025, hasta SE 17.

Grupo de edad	Casos	Tasa de incidencia
Menor de 1 año	4	0,6
Igual a 1 año	33	4,5
2 a 4 años	35	1,6
5 a 9 años	17	0,5
10 a 14 años	4	0,1
15 a 24 años	0	0,0
25 a 34 años	0	0,0
35 a 44 años	0	0,0
45 a 64 años	1	0,0
65 años y más	0	0,0
Total PAÍS	**94**	**0,1**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

Según el registro de información en el SNVS, entre SE1 y SE17/2025, al menos 76 de 94 casos requirieron internación y 25 de ellos requirieron cuidados intensivos.

Desde la SE 1 hasta la SE 17 del corriente año se notificaron 2 fallecidos, 1 menor de 5 años y 1 mayor de 5, registro menor que el promedio para el periodo 2019-2024 (años completos SNVS 2.0) hasta la SE 17 que fue de 4 de fallecidos (Tabla 3). Ambos fallecidos se registraron en la región Centro que aporta el 67% del total de casos registrados del país.

Tabla 5. Casos fallecidos de SUH. Argentina. Años 2019-2025, hasta SE17.

Año	Casos fallecidos
2019	3
2020	1
2021	3
2022	4
2023	3
2024	7
2025	2

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

VI.3. Recomendaciones

Las estrategias de prevención deben ser dirigidas a los distintos actores que participan en toda la cadena de transmisión de la enfermedad:

1) Estrategias de prevención aplicadas a lo largo de las cadenas agroalimentarias involucradas:

a) Prevención en la cadena de la carne. Promover la aplicación de buenas prácticas ganaderas, Buenas Prácticas de Manufactura –BPM– y Procedimientos Operativos Estandarizados de Saneamiento –POES– a lo largo de la cadena de producción, distribución y comercialización de carne y sus productos derivados (mataderos, frigoríficos, carnicerías y centros de distribución) a fin de minimizar la contaminación y promover la obtención de productos cárnicos inocuos.

b) Prevención en la cadena frutihortícola: aplicación de Buenas Prácticas Agrícolas -BPA- y BPM a lo largo de toda la cadena (cosecha, almacenamiento, distribución y venta).

Implementación de prácticas y medidas para lograr un alimento seguro, tales como inocuidad del agua de riego y de lavado post cosecha, tratamiento de los abonos, etc.

c) Prevención en la cadena láctea: Promover la implementación de buenas prácticas en el tambo para una ordeñe higiénica. Aplicación de tratamientos térmicos para la obtención de una leche inocua. Promoción de la utilización de leche pasteurizada para la elaboración de productos derivados.

2) Estrategias de prevención dirigidas a la comunidad:

a) Promover la adopción de prácticas seguras entre las personas que manipulan alimentos en los diversos ámbitos: cocinas/comedores, comercios, instituciones educativas, recreativas y de cuidado, hogares, etc.

b) Toda persona que por su actividad laboral realice tareas que impliquen el contacto con alimentos deberá contar con el carnet de manipulador/a de alimentos vigente.

c) Prácticas a promover:

i. Lavarse minuciosamente las manos con agua segura y jabón después de ir al baño o cambiar pañales, antes de preparar alimentos y comer, después de tocar carnes y vegetales crudos. También después de tener contacto con animales o su entorno.

ii. Evitar la contaminación cruzada:

- En las áreas de preparación de alimentos limpiar y desinfectar los equipos y superficies, las tablas de cortar y los utensilios después de que hayan tomado contacto con carne cruda y/o sus jugos.

- Separar las carnes crudas de los alimentos cocidos o listos para consumir durante la compra, el almacenamiento y la preparación de los mismos.

iii. Cocinar completamente las carnes hasta que no queden partes rojas en su interior ni jugos rosados, (mínimo 71°C en el centro de la pieza), especialmente la carne picada, y sus preparaciones derivadas (hamburguesas, albóndigas, pan de carne arrollado, empanadas, pastel de carne).

iv. Lavado de frutas y verduras:

1) Lavar cuidadosamente frutas y verduras con abundante agua segura, especialmente si se consumen crudas. En el caso de verduras de hoja, lavar hoja por hoja.

2) Desinfectar con solución de agua segura y lavandina, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

I. Utilizar lavandina que indique en el rótulo “apta para desinfectar agua” y registrada en ANMAT.

II. Utilizar la cantidad indicada en el envase y dejar actuar el tiempo que allí se menciona.

III. Cantidad sugerida por litro de agua a utilizar:

* Lavandina 25 gr Cl/litro: 5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

* Lavandina concentrada 55 gr Cl/litro: 2,5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

Esta etapa de desinfección es especialmente importante en restaurantes, cocinas de instituciones educativas; hospitales, lugares de residencia, comedores de entornos laborales, etc.

3) Dejar actuar por 10 minutos y enjuagar con abundante agua segura.

- Evitar el consumo de leche cruda, productos lácteos y jugos sin pasteurizar.
- Usar agua segura para consumo y lavado de alimentos y superficies, así como también para lavado y aseo personal. Cuando haya dudas sobre la inocuidad del agua para beber o cocinar hervirla durante 3 minutos (hasta que salgan

burbujas) o agregar dos gotas de lavandina 55 g Cl activo/litro por cada litro de agua o 4 gotas de lavandina 25 g Cl activo/litro por cada litro de agua y dejarla reposar 30 minutos antes de utilizarla (o lo que indique el envase).

- Evitar manipular alimentos si la persona se encuentra con diarrea hasta obtener el alta médica.
- Lactancia:
  - Preparación de mamaderas: uso de agua segura para el lavado y preparación de fórmulas lácteas y mamaderas limpias y esterilizadas. Uso de leche pasteurizada, Ultra Alta Temperatura (UAT) o materna.
  - Lavado de manos antes de amamantar, preparar mamaderas o alimentar con mamadera.
- En caso de contacto con animales o sus heces: en granjas, zoológicos, ámbito doméstico, areneros, ámbito laboral (frigoríficos, carnicerías, zoológicos, veterinarios, trabajadores rurales, etc.):
  - separar la ropa y el calzado que se hayan utilizado o que pudieran estar contaminados con materia fecal y lavarla separada del resto.
  - Evitar ingerir alimentos mientras se realizan actividades con animales y lavarse bien las manos luego de las mismas.
- En aguas recreacionales:
  -Proteger, purificar y clorar los sistemas de abastecimiento público de agua; clorar las piletas públicas y de los hogares.
  -Evitar que niños con diarrea jueguen o se bañen en piletas, aún con los pañales colocados.
  -Evitar nadar, bañarse o jugar en el agua de lagos, lagunas, arroyos, canales o ríos que no estén habilitados como aguas de uso recreativo para bañarse, ya que pueden estar contaminados con efluentes de criaderos de ganado o cloacales.
  -Eliminar en forma adecuada los pañales y excrementos humanos de manera que su disposición final no genere una fuente de contaminación que permita la diseminación de la bacteria.
- Prácticas seguras en jardines maternales y de infantes:
  - Mantener la higiene de instalaciones, piletas y juguetes.
  - Facilitar y fomentar el lavado frecuente de manos con agua segura y jabón.
  - Evitar el cambio de pañales en las mismas superficies donde se elaboran o consumen alimentos.
  - Eliminar los pañales en bolsas cerradas.
  - Implementar procedimientos para el manejo seguro de viandas y mamaderas.

3) Programas de vigilancia y control en alimentos:

Implementación de programas de vigilancia y control a fin de monitorear la prevalencia de STEC en los alimentos epidemiológicamente relacionados a lo largo de la cadena agroalimentaria, basados en los criterios microbiológicos establecidos en el Código Alimentario Argentino e identificar patrones que contribuyan a prevenir contaminaciones futuras.

Ante la detección de STEC en alimentos, sin un caso asociado, las áreas de bromatología podrán, cuando lo consideren, alertar a los equipos de epidemiología de la jurisdicción, para promover la búsqueda activa de casos y alertar a los equipos de salud en la sospecha de SUH y diarreas por STEC.

VII. Tuberculosis - Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

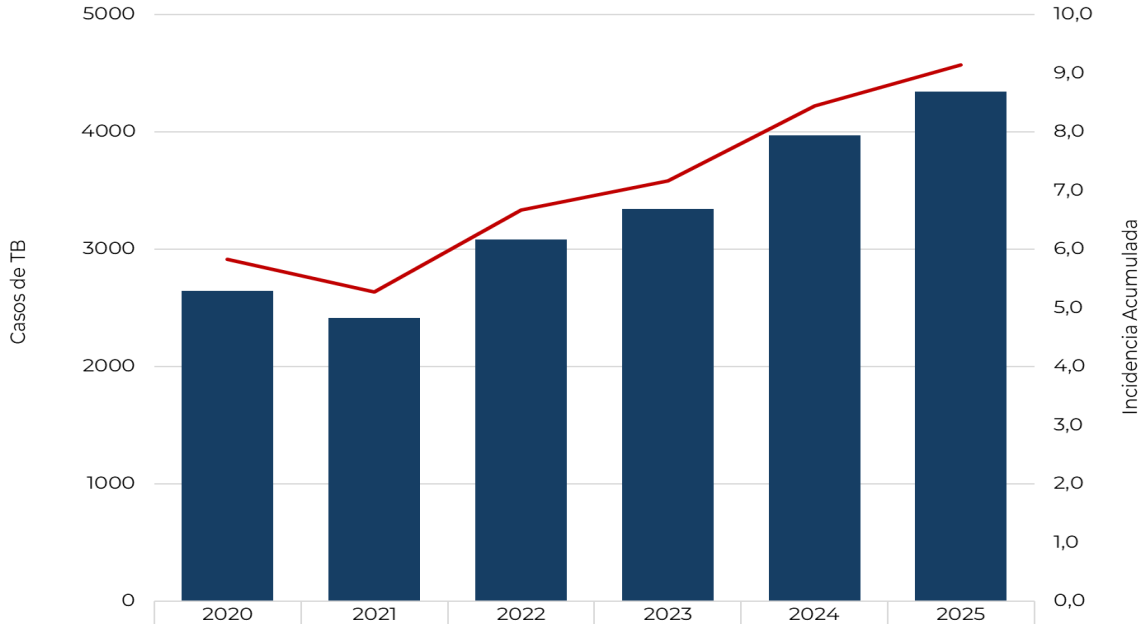
La información utilizada es resultante de la notificación de casos que se realiza a través del evento TB del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) que está vigente desde el año 2019, que permite el reporte individual de los casos por parte de los servicios de salud a lo largo de todo el país. Para el presente documento se utilizó la información exportada al 27 de abril de 2025 del SNVS 2.0, el cual contiene los casos registrados de las 24 jurisdicciones del país.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 17 de 2025 se registraron en el SNSV 2.0, 4.339 casos de TB; de estos, 4.160 (95,8%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 179 (4,2%) casos no nuevos (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Los casos pulmonares representaron el 83,3% (3.614) con una confirmación por bacteriología del 72,2% (2.608).

VII.2. Tendencia de Notificación de Casos de TB.

Entre 2020 y 2025, las notificaciones de TB mostraron un aumento constante. El número de casos se incrementó en todo el período un 64,2% (1.697 casos) y un 9,2% entre 2024 y 2025 (367 casos).

Gráfico 1. Tasas de notificación y número de casos de TB totales hasta la semana 17. Argentina, 2020-2025.



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	2642	2412	3082	3344	3972	4339
Tasa	5,8	5,3	6,7	7,2	8,4	9,1

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

VII.3. Notificación de Casos de TB según Jurisdicción hasta la semana 17

Al comparar las notificaciones de casos totales en 2025 con el mismo período de 2024, se observó un aumento del 9,2% en todo el país (Tabla 1). Este incremento se debe principalmente a la región centro (13,1%), ya que Buenos Aires, CABA, y Santa Fe notificaron más casos en 2025, representando el 73% del total de casos a nivel nacional.

Tabla 1. Notificación de casos de TB totales por jurisdicción de residencia hasta la semana 17. Argentina, 2024-2025.

Jurisdicción	Casos 2024	Tasa*	Casos 2025	Tasa*	Variación porcentual de los casos
Buenos Aires	1960	10,8	2306	12,6	17,7%
CABA	384	12,5	399	12,9	3,9%
Córdoba	161	4,1	162	4,1	0,6%
Entre Ríos	87	6,1	70	4,8	-19,5%
Santa Fe	216	5,9	238	6,5	10,2%
Total Centro	**2808**	**9,3**	**3175**	**10,4**	**13,1%**
Mendoza	57	2,8	41	2	-28,1%
San Juan	19	2,3	15	1,8	-21,1%
San Luis	12	2,3	13	2,4	8,3%
Total Cuyo	**88**	**2,6**	**69**	**2**	**-21,6%**
Chaco	154	12,3	115	9,1	-25,3%
Corrientes	61	5,3	50	4,3	-18,0%
Formosa	92	14,8	73	11,6	-20,7%
Misiones	56	4,3	33	2,5	-41,1%
Total NEA	**363**	**8,4**	**271**	**6,2**	**-25,3%**
Catamarca	7	1,6	9	2,1	28,6%
Jujuy	138	17,2	143	17,6	3,6%
La Rioja	9	2,2	11	2,6	22,2%
Salta	258	17,3	229	15,2	-11,2%
Santiago del Estero	40	3,9	20	2	-50,0%
Tucumán	82	4,6	56	3,1	-31,7%
Total NOA	**534**	**9**	**468**	**7,8**	**-12,4%**
Chubut	33	5	22	3,3	-33,3%
La Pampa	16	4,3	9	2,4	-43,8%
Neuquén	22	3,2	22	3,1	0,0%
Río Negro	31	4	17	2,1	-45,2%
Santa Cruz	13	3,2	21	5,1	61,5%
Tierra del Fuego	11	5,8	6	3,1	-45,5%
Total Sur	**126**	**4,1**	**97**	**3,1**	**-23,0%**
Sin información	53		259		
Total	**3972**	**8,3**	**4339**	**9,1**	**9,2%**

** Tasas de incidencia acumulada*

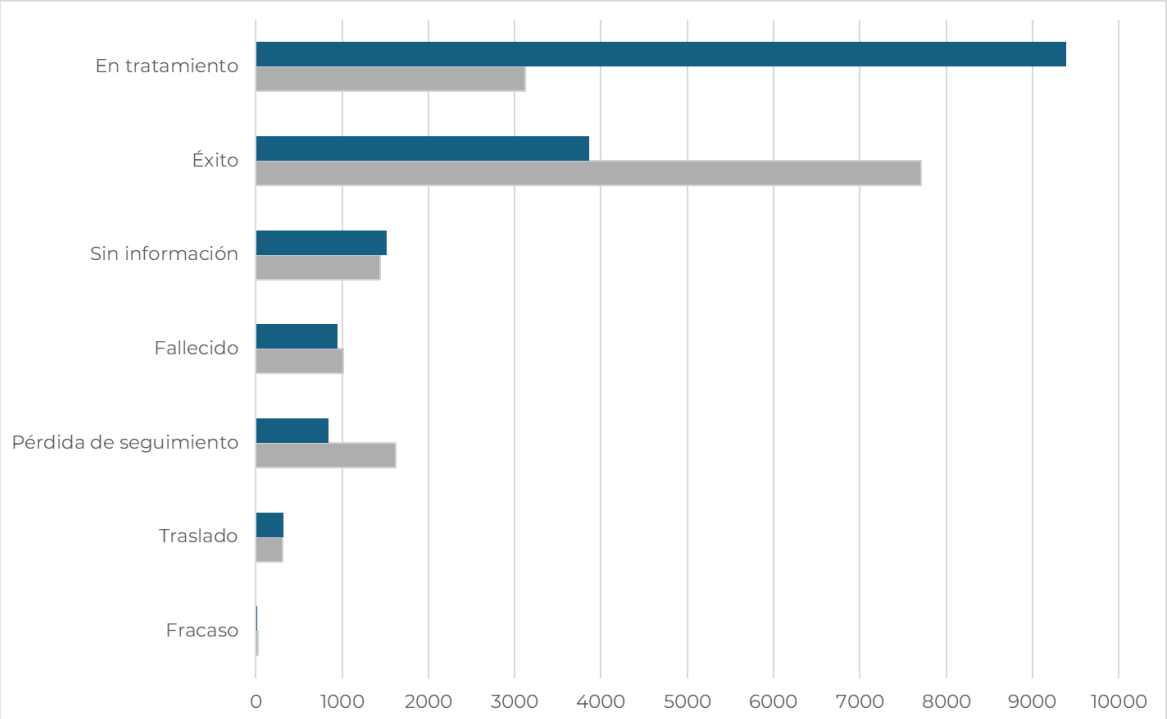
Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

En el resto de las regiones, hubo un descenso en las notificaciones, siendo la región del NEA la que tuvo mayor porcentaje de descenso alcanzando al 25,3%. Todas las provincias de esta región experimentaron una baja en la notificación. Las demás regiones también reportaron menos casos en 2025, pero no de manera uniforme; por ejemplo, San Luis, Catamarca, Jujuy, La Rioja y Santa Cruz registraron un aumento en la notificación de casos de TB en 2025.

VII.4. Condición de Tratamiento

A la semana 17 de 2025, el 9,4% (1439) de los casos de TB notificados en 2023 no tienen información sobre su tratamiento, y el 20,5% (3118 casos) aún figuran en tratamiento a pesar de haber pasado más de 12 meses desde el inicio. En 2024, el 10% (1519) de los casos notificados carecen de información sobre su tratamiento. Un alto porcentaje de casos 2024 figuran como en tratamiento. Parte de este porcentaje puede deberse a que algunos de ellos todavía están dentro del período de duración de los esquemas de tratamiento (Gráfico 2).

Gráfico 2. Resultado de la evaluación del tratamiento de los casos de TB totales hasta la semana 17. Argentina, 2023 y 2024.



	Fracaso	Traslado	Pérdida de seguimiento	Fallecido	Sin información	Éxito	En tratamiento
2024	19	320	843	945	1519	3865	9386
2023	30	309	1624	1016	1439	7708	3118

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

VII.5. Tendencia de la tuberculosis según grupos de edad 2009-2024

VII.5.A. INTRODUCCIÓN

La epidemiología de la TB muestra que el riesgo de enfermar está determinado, entre otros factores, por la edad. El riesgo de enfermar tras la infección primaria con *Mycobacterium tuberculosis* es mayor en lactantes (menores de 4 años) y disminuye lentamente hasta su punto más bajo entre los 5 y los 10 años. Durante la adolescencia (entre los 15 y los 19 años), se produce un pronunciado aumento del riesgo, con un pico entre los 20 y los 30 años. Las diferencias en el riesgo de enfermar en los distintos grupos de edad se relacionan con diferencias en la respuesta a la infección y las características clínicas de la enfermedad. En la primera infancia, las formas diseminadas de la enfermedad, como la tuberculosis miliar y la meningitis tuberculosa, son comunes, y la respuesta exacerbada de los ganglios linfáticos hiliares contribuye a la patología de las vías respiratorias. Con el aumento de la edad, estas características se vuelven menos comunes, observándose un cambio repentino en la patología durante la adolescencia. La tuberculosis en esta etapa muestra características de la llamada enfermedad de tipo adulto (anteriormente denominada tuberculosis posprimaria), cuyo sello distintivo es la destrucción tisular y la cavitación pulmonar.

Además, el tiempo entre la infección y la enfermedad también es diferente según la edad, siendo un indicador de transmisión reciente la magnitud y tendencia de los casos en grupos jóvenes, que reflejan un aumento de fuentes de infección comunitaria.

En nuestro país se observó, en los últimos años, una tendencia al aumento de los casos y las tasas de notificación por TB. Analizar los distintos componentes de este aumento permitirá identificar y focalizar acciones de control de la TB.

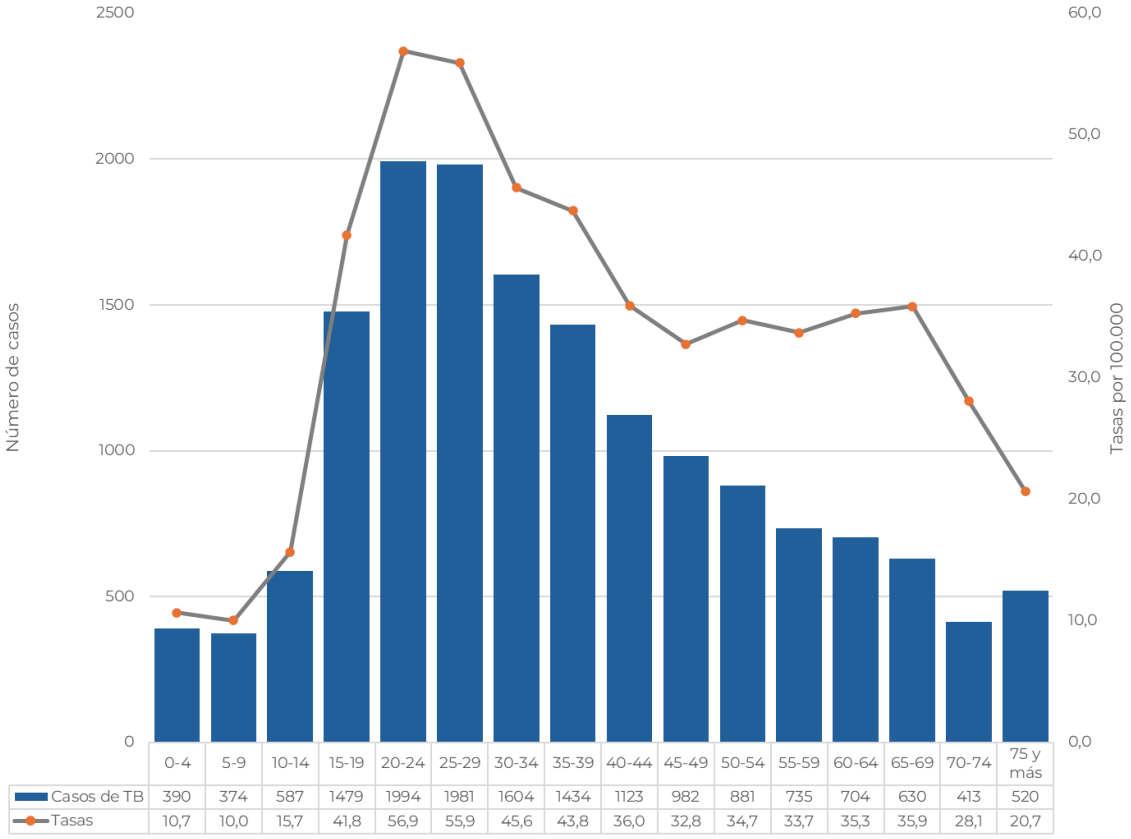
VII.5.B. TUBERCULOSIS SEGÚN EDAD

En Argentina se observa una predominancia de casos de TB notificados en grupos jóvenes (Gráfico 3).

El 17,5% de los casos corresponde a niños y adolescentes menores de 20 años y 60,7% de los casos se distribuyen en población joven de 15 a 44 años. El riesgo en estos grupos también es mayor, la tasa de notificación de TB más elevada se observa en el grupo de edad de 20 a 24 años (56,9 casos por 100.000 habitantes), la cual fue 1,7 mayor que la tasa para todas las edades en 2024 (33,6 por 100.000 habitantes). Le siguen en frecuencia los grupos de 25 a 29 y 30 a 34 años, (55,9 y 45,6 por 100.000 respectivamente).

El riesgo en adolescentes (15-19 años) fue de 41,8 por 100.000, y se ubicó entre las 5 tasas de notificación más elevadas por edad en 2024. En los menores de 15 años las tasas oscilaron entre 10,0 (5 a 9 años) y 15,7 (10-14 años) por 100.000, con un promedio de 12,7 por 100.000 para todo el grupo. En el grupo de 40 a 69 años las tasas fueron similares, con una tasa media de 34,6 por 100.000 habitantes. En las personas de 70 y más años las tasas disminuyeron a 28,1 y 20,7 por 100.000 para los grupos de 70 a 74 y 75 y más años respectivamente.

Gráfico 3. Notificación de casos de TB nuevos y recaídas por edad. Número de casos y Tasas por 100.000. Argentina, 2024.



	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 y más
Casos de TB	390	374	587	1479	1994	1981	1604	1434	1123	982	881	735	704	630	413	520
Tasas	10,7	10,0	15,7	41,8	56,9	55,9	45,6	43,8	36,0	32,8	34,7	33,7	35,3	35,9	28,1	20,7

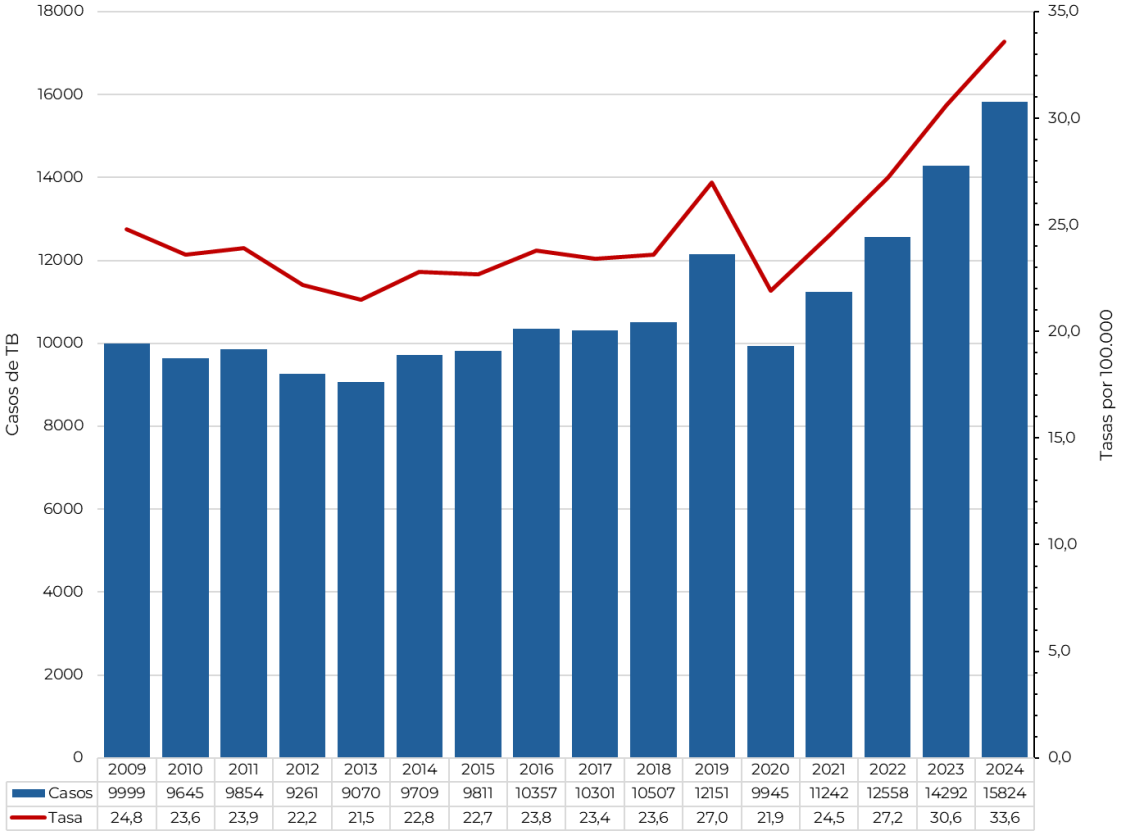
Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

VII.5.C. TENDENCIA.

En el período 2009-2024 la tasa de notificación de los casos de tuberculosis nuevos y recaídas aumentó un 35,5% y el número de casos aumentó 58,3%, registrándose 5.825 casos más entre ambos años (Grafico 4 y Tabla 2). El número de casos de TB reportados entre los extremos del período, 2009 y 2024, disminuyó solo en niños menores de 5 años, con una reducción del 7,2%, es decir, 30 casos menos. En los otros grupos etarios, hubo aumentos con una amplitud entre 26,6% en mayores de 75 años y 90,5% en adultos de 35 a 39 años.

La variación anual promedio porcentual (VAP) de la tasa fue de 1,69% (IC95%: 0,6 a 2,9; p=0,0067). Sin embargo, el comportamiento no fue homogéneo a lo largo de todo el período. Entre 2009 y 2013 se observó una tendencia al descenso, con una VAP de -3,4% (IC95%: -5,4 a -1,4; p=0,0123). Entre 2013 y 2019 la tendencia cambió, con una VAP al aumento de 2,9% (IC95%:0,9 a 4,8; p=0,0122), siendo significativa, además, la diferencia de pendientes para ambos períodos (p<0.001). Entre 2019 y 2020, la tasa disminuyó un 18,9% debido principalmente a la pandemia de COVID-19, que afectó la búsqueda, diagnóstico y tratamiento de casos de TB. Desde 2020, se observó un aumento constante hasta 2024, con una VAP de 11,4% (IC95%: 10,7 a 12,1; p<0.0001).

Gráfico 4. Tendencia de la notificación de los casos de TB nuevos y recaídas. Número de casos y tasas por 100.000. Argentina, 2009–2024.



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

Tabla 2. Número de casos de TB nuevos y recaídas por grupos de edad y diferencia porcentual. Argentina, 2009–2024.

Grupos de edad	Años																Diferencia porcentual 2009-2024
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
00-04	418	353	433	359	344	314	389	365	400	396	348	216	220	310	352	388	-7,18
05-09	235	231	259	228	216	257	251	193	193	225	212	184	163	234	298	374	59,15
10-14	366	277	371	321	290	307	337	284	318	351	360	286	355	457	494	585	59,84
15-19	903	876	864	868	871	956	912	945	1.018	1.019	1.131	1.010	1.208	1.141	1.264	1.480	63,90
20-24	1.373	1.373	1.355	1.244	1.210	1.224	1.233	1.490	1.392	1.344	1.620	1.412	1.442	1.551	1.818	1.988	44,79
25-29	1.182	1.168	1.173	1.055	1.065	1.158	1.119	1.236	1.203	1.192	1.472	1.244	1.355	1.586	1.744	1.977	67,26
30-34	985	983	962	875	866	975	953	947	986	997	1.163	1.012	1.096	1.221	1.501	1.598	62,23
35-39	751	758	723	748	733	769	787	850	838	882	1.024	814	906	1.026	1.123	1.432	90,68
40-44	660	574	644	610	572	683	703	669	652	709	870	780	837	914	1.136	1.123	70,15
45-49	550	557	603	500	515	532	573	597	652	659	740	604	820	804	1.024	983	78,73
50-54	581	549	550	509	523	582	572	601	551	578	680	496	631	735	844	881	51,64
55-59	505	509	545	504	508	534	540	593	561	558	688	558	624	679	708	734	45,35
60-64	436	455	428	433	405	454	460	498	475	494	603	459	619	592	665	704	61,47
65-69	348	344	324	330	294	334	353	381	366	372	481	291	361	514	498	629	80,75
70-74	296	262	233	261	251	222	255	275	261	277	332	272	271	366	360	413	39,53
75-79	186	196	169	189	175	194	163	203	203	187	206	147	181	212	254	298	60,22
80 y más	223	166	191	180	175	169	173	185	181	191	191	144	138	199	195	220	-1,35
Total	9.999	9.645	9.854	9.261	9.070	9.709	9.811	10.357	10.301	10.507	12.151	9.945	11.242	12.558	14.292	15.824	58,26

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

El gráfico 5 muestra la comparación de la distribución por grupos de edad según los quiebres mencionados. El descenso entre 2009 y 2013 se observó en todos los grupos de edad. Las

personas de 70 años o más experimentaron la mayor disminución, con un promedio del 30%. Los adultos de 40 a 44 y los niños de 0 a 4 y 10 a 14 años tuvieron una caída del 25%, mientras que los adolescentes de 15-19 años presentaron el menor descenso, un 10,1%, (Gráfico 5 a).

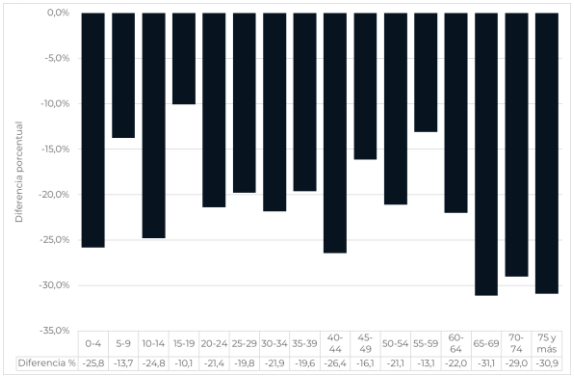
El aumento en el período 2013-2019 solo excluye a los niños de 5 a 9 años, en los que disminuyó un 2,7%. En el resto de los grupos la tasa aumentó, siendo mayor en los adultos de 60 a 70 años con una media del 40%, seguidos de los grupos jóvenes de 15 a 24 años y de 40 a 44 años con un aumento del 30%. Los dos extremos, de 0 a 4 años y los adultos de 75 y más años, registraron el menor aumento, que fue inferior al 1% (Gráfico 5 b).

Como se mencionó, la pandemia produjo un marcado descenso en la notificación de casos de TB entre 2019 y 2020. El descenso promedio del 18,9% a nivel nacional varió según grupos de edad. Las mayores disminuciones fueron en menores de 5 años (37,5%) y en personas de 64 a 69 años (40,5%). El menor descenso se registró en adolescentes de 15 a 19 años (10,6%), (Grafico 5 c).

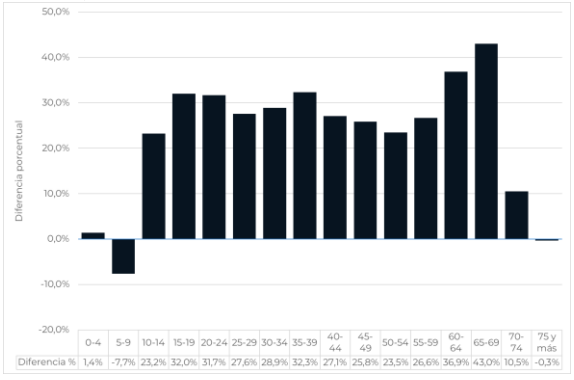
Durante el período 2020-2024, se observó un incremento en todos los grupos etarios. En los menores de 15 años, la tasa aumentó más de un 80% y se duplicó en el grupo de 5 a 9 años. Los adultos mayores también experimentaron un incremento del 100% en su tasa de notificación durante este periodo (Grafico 5 d).

Gráfico 5. Tasa de notificación de casos de TB nuevos y recaídas por grupos de edad. Argentina, 2009-2024

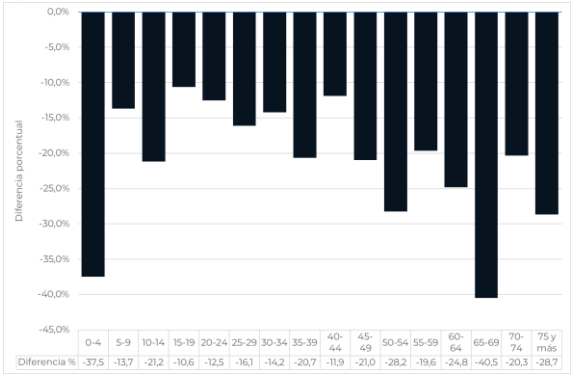
a) 2009-2013



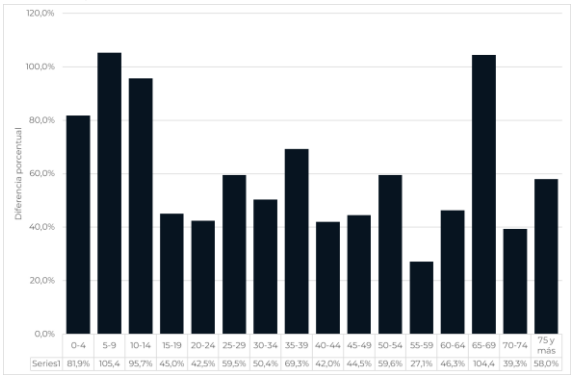
b) 2013-2019



c) 2019-2020



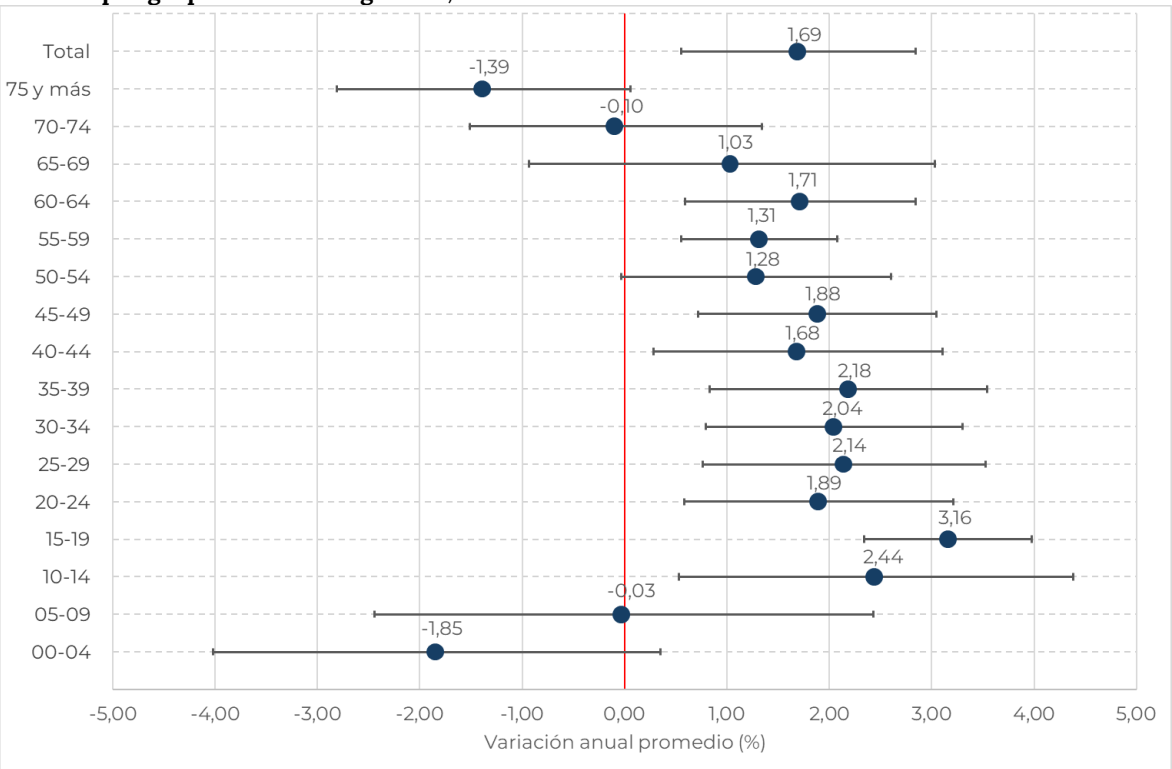
d) 2020-2024



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

Al comparar la velocidad y dirección de las tendencias por grupos de edad en cada período analizado, se observó que no hay ningún grupo con un descenso significativo. Los aumentos registrados no fueron significativos en los grupos de 65 a 69 años y 50 a 54 años. En el resto, el incremento fue significativo (p<0.05), siendo el grupo de 15 a 19 años el que tuvo la mayor velocidad de aumento promedio, con un 3,2% (IC95%: 2,3 a 4; p<0.001), (Grafico 6).

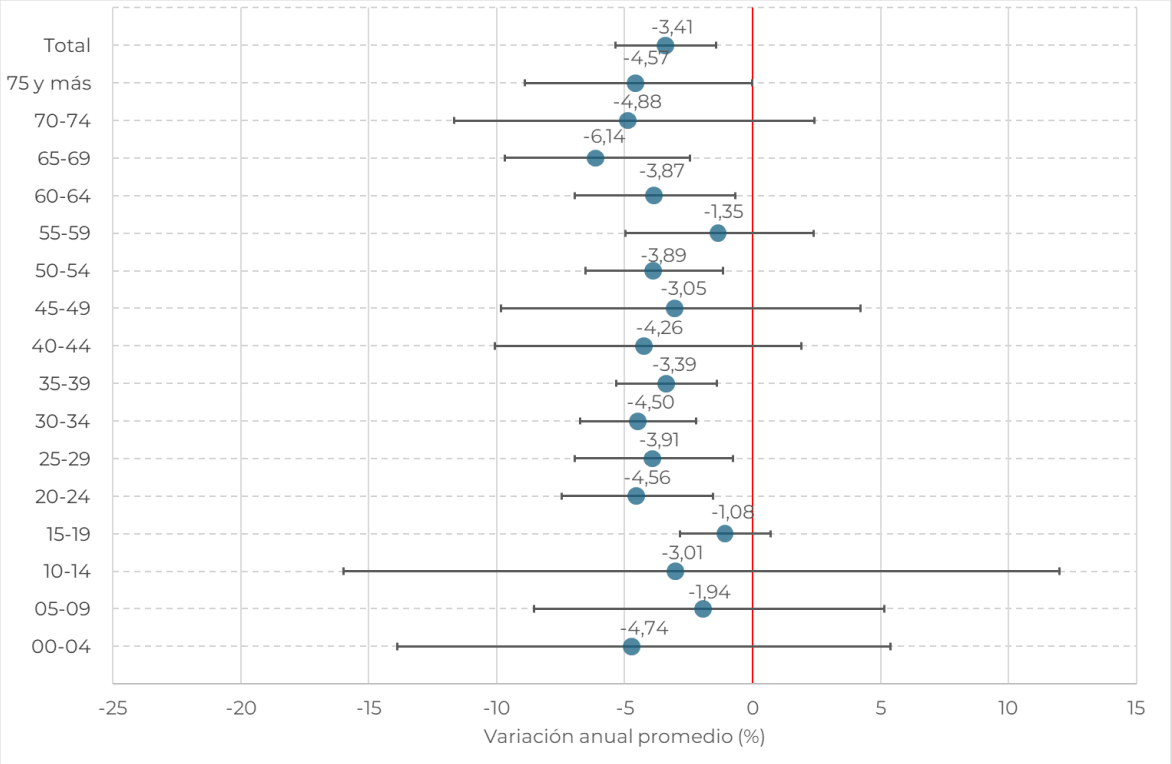
Gráfico 6. Variación anual promedio porcentual de la tasa de notificación de casos de TB nuevos y recaídas por grupos de edad. Argentina, 2009-2024.



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

La tendencia al descenso observada entre 2009 y 2013 mostró un comportamiento heterogéneo según los grupos de edad. Aunque no hubo ningún grupo con una velocidad promedio al aumento, en 9 de los grupos de edad analizados, los descensos tampoco fueron significativos. Entre los descensos significativos, los adultos de 65 a 69 años registraron el mayor, con -6,1% (IC95%: -9,7 a -2,5; p=0,0134). Durante este período, los jóvenes adultos de 20 a 39 años también tuvieron descensos significativos entre -3,4% (IC95%: -5,3 a -1,4; p=0,0124) en el grupo de 35 a 39 años y -4,6% (IC95%: -7,5 a -1,6; p=0,0172) en el grupo de 20 a 24 años, (Grafico 7).

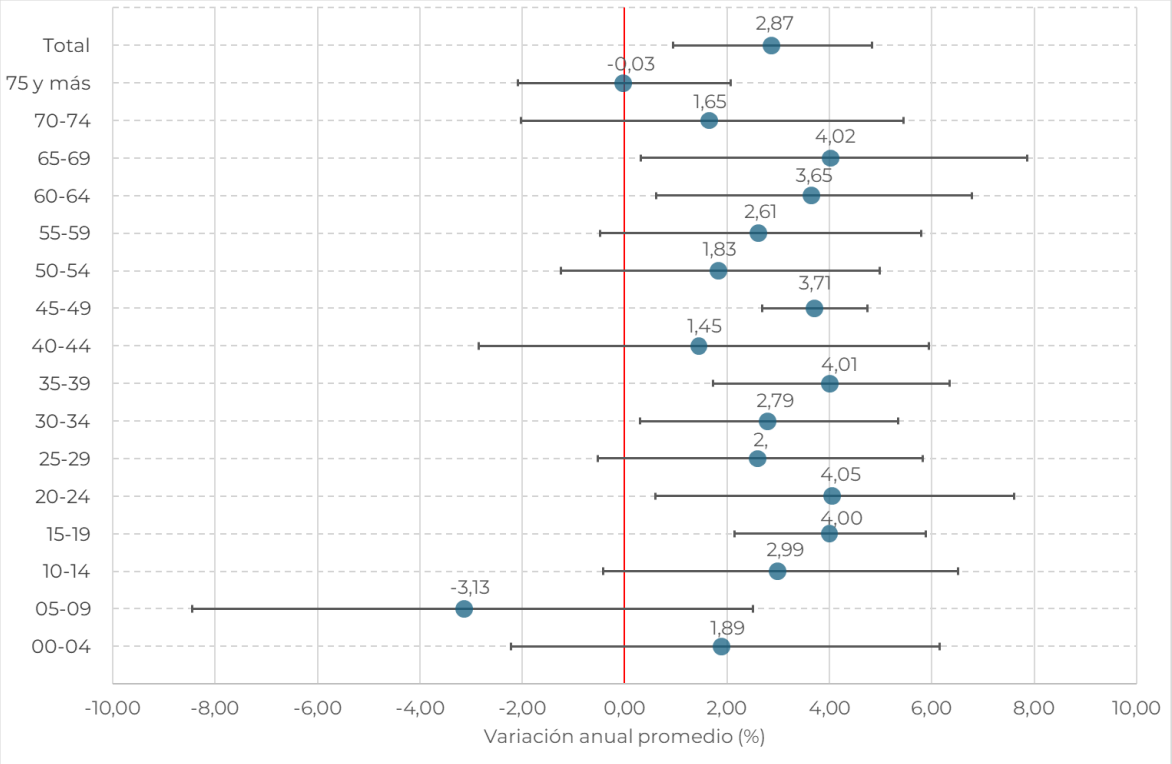
Gráfico 7. Variación anual promedio porcentual de la tasa de notificación de casos de TB nuevos y recaídas por grupos de edad. Argentina, 2009-2013.



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

El cambio de tendencia entre 2013 y 2019 tampoco fue homogéneo según los grupos de edad. Solo el grupo de 5 a 9 años tuvo una VAP al descenso, pero no fue significativa. En el resto de los grupos, las tasas se incrementaron, aunque nuevamente, en 9 de los grupos este aumento no fue significativo. El comportamiento de los grupos con aumento significativo es homogéneo, ya que la VAP varió de 2,8% (IC95%: 0,3 a 5,3; p=0,0345) para los casos de 30 a 34 años a 4,1% (IC95%: 0,6 a 7,6; p=0,0292) en los jóvenes de 20 a 24 años, como se muestra en el (Gráfico 8).

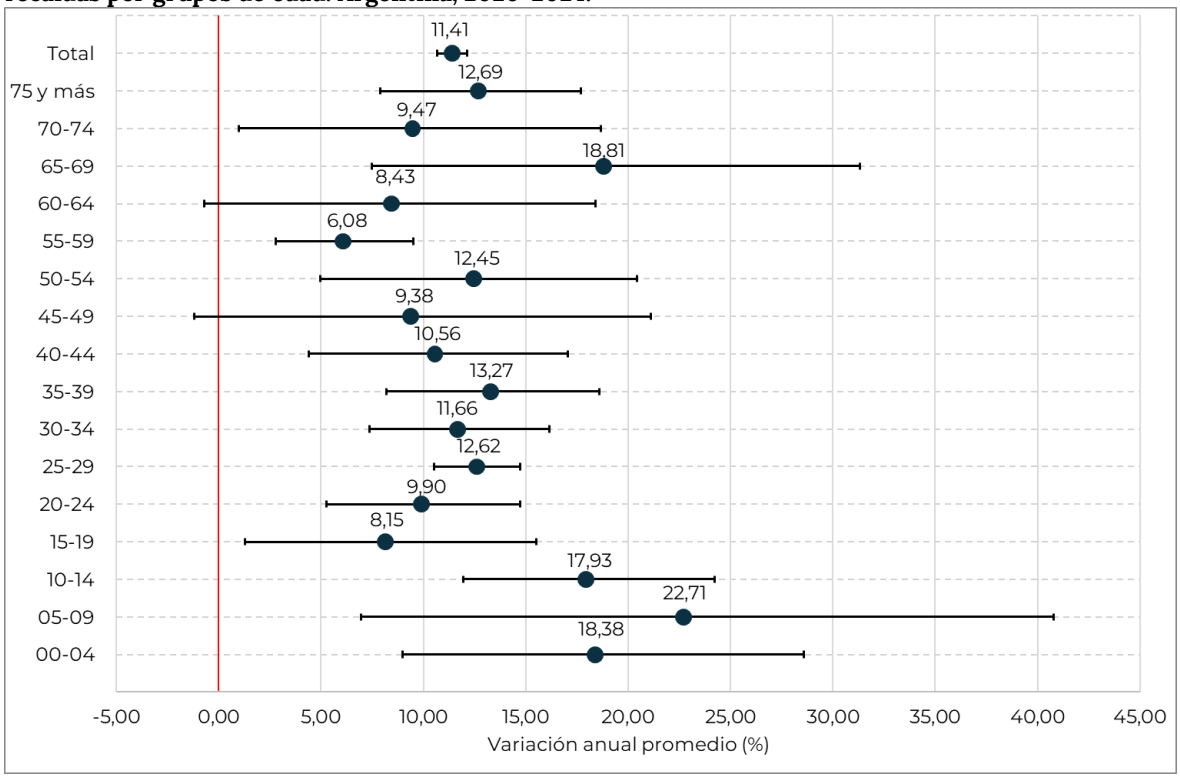
Gráfico 8. Variación anual promedio porcentual de la tasa de notificación de casos de TB nuevos y recaídas por grupos de edad. Argentina, 2013-2019



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

Posterior a la pandemia, las tasas aumentaron en todos los grupos de edad. A diferencia de los períodos anteriores, solo en dos grupos la tendencia no fue significativa: entre los casos de 45 a 49 años y de 60 a 64 años (p > 0,05). En este período, los menores de 15 años presentaron aumentos superiores al 15% anual, siendo el grupo de 05 a 09 años el que mostró la mayor velocidad observada entre todos los grupos analizados, con un 22,7% (IC95%: 7 a 40,8; p=0,0178). Otro grupo con una velocidad superior al 15% fue el de 65 a 69 años, con una VAP de 18,8% (IC95%= 7,5 a 31,3, p=0,0119). También se encuentran por encima del promedio de todas las edades los grupos de 25 a 39 años, 50 a 54 años y los casos de 75 años y más. La menor velocidad de aumento significativa observada fue en el grupo de 55 a 59 años: 6,1% (IC95%: 2,8% a 9,5%; p= 0,0095), (Gráfico 9).

Gráfico 9. Variación anual promedio porcentual de la tasa de notificación de casos de TB nuevos y recaídas por grupos de edad. Argentina, 2020-2024.



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

VII.5.D. CONCLUSIONES

El perfil de la tuberculosis (TB) en Argentina revela un impacto notable entre la población joven. Más del 60% de los casos notificados en 2024 se registraron en individuos de entre 15 y 44 años, con las tasas más elevadas en el grupo de 20 a 24 años.

La evolución de la incidencia por períodos muestra comportamientos diferenciados entre los grupos etarios. En particular, el grupo de adolescentes (15-19 años) presentó la mayor tasa de crecimiento anual promedio en todo el período (VAP: 3,16%), lo cual es indicativo de un incremento en la transmisión de la enfermedad en la comunidad antes de la pandemia de COVID-19, sumado a un aumento consistente desde 2013 en la mayoría de los grupos etarios, especialmente en adultos jóvenes y mayores de 60 años.

El análisis del último período (2020-2024) indica que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la lucha contra la TB, afectando negativamente la detección y tratamiento de la enfermedad. A partir de 2020, se observó un incremento generalizado en todos los grupos etarios, con aumentos importantes en menores de 15 años (más del 15% anual) y más del 10% en los grupos de adultos jóvenes.

El aumento del riesgo de TB en todos los grupos etarios, particularmente en niños, adolescentes y jóvenes entre 2020 y 2024, sugiere una reactivación post-pandemia. Este incremento podría estar relacionado con el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos en general y de los niños y adolescentes en particular.

Es esencial fortalecer el acceso a pruebas diagnósticas en las poblaciones vulnerables y asegurar la disponibilidad de tratamientos adecuados y oportunos. Además, el aumento en niños y

adolescentes refuerza la necesidad de mejorar los programas de vacunación con BCG y el estudio de contactos, ya que estos grupos son indicadores de fuentes de infección familiar reciente. Asimismo, dada la dificultad para diagnosticar la enfermedad en niños, la capacitación del personal de salud debe ser prioritaria.

INFORMES **ESPECIALES**

VIII. Panorama de la fuerza laboral de Vigilancia y Salud Pública en Argentina 2024

VIII.1. Introducción

El presente informe muestra los resultados obtenidos con la encuesta *Panorama de la Fuerza Laboral de Vigilancia y Salud Pública en Argentina 2024,* realizada durante este año. La misma tuvo como objetivo caracterizar a los equipos que integran las áreas de vigilancia epidemiológica, analizando su formación académica, las condiciones en las que se desempeñan y las áreas que consideran más relevantes para su trabajo.

Este trabajo se enmarca en un proyecto más amplio desarrollado por consultoras de Tephinet (Red de Programas de Entrenamiento de Epidemiología e Intervenciones en Salud Pública, por sus siglas en inglés) a fines de 2023, quienes presentaron la necesidad de explorar el panorama de la fuerza laboral en Sudamérica.

De tal modo, el estudio se propuso realizar un mapeo de las estrategias nacionales de desarrollo de la fuerza laboral en salud pública en la región, con un enfoque particular en la capacitación en vigilancia epidemiológica. A través de una búsqueda exhaustiva en sitios web gubernamentales y de una encuesta dirigida a los puntos focales de la REDSUR (Red de Programas de Entrenamiento de Epidemiología de Campo de Suramérica), se recopiló información sobre la existencia de planes nacionales que incluyen componentes relacionados con la formación en epidemiología de campo.

La metodología empleada en el estudio incluyó una revisión documental de los planes nacionales identificados, utilizando una matriz de análisis para evaluar la presencia de elementos clave como la accesibilidad del plan, la inclusión de profesionales de vigilancia, las estrategias de educación continua y la mención específica de programas como FETP (Programa de Entrenamiento de Epidemiología de Campo, por sus siglas en inglés). Además, se diseñaron dos encuestas para complementar la información obtenida a través de los documentos y conocer en profundidad el perfil de los profesionales que trabajan en vigilancia epidemiológica en la región. Uno de los formularios fue dirigido a las personas que ocupan cargos/funciones de dirección o gestión y otro dirigido a los profesionales de vigilancia de la Salud Pública.

Se planteó que los resultados preliminares del estudio permitan identificar las brechas existentes en la capacitación de los profesionales de vigilancia epidemiológica en Sudamérica, así como las buenas prácticas implementadas en los diferentes países. Esta información se considera fundamental para diseñar estrategias de fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante eventos de salud pública en la región.

La participación de Argentina en esta encuesta se realizó mediante una adaptación del proyecto de investigación, donde se adecuaron las preguntas a las formas de organización del sistema de salud propias del país y se le agregaron preguntas específicas para dar cuenta del mapeo. Se hizo énfasis en comprender mejor las necesidades y la realidad de las y los profesionales en esta área.

VIII.2. Justificación

Tomando como punto de partida la encuesta regional, el estudio realizado buscó comprender las necesidades de capacitación de los equipos de vigilancia epidemiológica en Argentina. A través de este análisis, se pretendió identificar las áreas en las que se requiere mayor

capacitación y apoyo en materia de vigilancia de la salud. Los resultados de esta investigación servirán para diseñar estrategias y programas de capacitación más efectivos, que permitan mejorar la respuesta ante eventos de salud pública en toda la región.

El Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (Epi-Ar Inicial) es una pieza clave en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en Argentina. A través de una capacitación práctica y basada en la resolución de problemas reales, equipa a los trabajadores de salud con las habilidades necesarias para investigar brotes, analizar datos y diseñar intervenciones de salud pública efectivas. De esta manera, se contribuye a mejorar la calidad de la información epidemiológica y a fortalecer la toma de decisiones basadas en la evidencia.

VIII.3. Metodología

En base a las dos encuestas formuladas por la consultoría de Tephinet, se diseñó una única encuesta local alojada en *Google Forms* con un total de 29 preguntas, las cuales fueron divididas en seis bloques temáticos: datos personales y situación laboral, programas de vigilancia, antecedentes académicos, capacitaciones cortas, programa de entrenamiento de epidemiología de campo y habilidades y competencias.

El 8 de abril de 2024 se envió un mail con la invitación a participar de la encuesta a los directores de epidemiología, los referentes de vigilancia epidemiológica clínica y laboratorial de las jurisdicciones con la solicitud de su difusión hacia adentro de las instituciones y equipos de trabajo.

En una segunda instancia se enviaron mediante el mail institucional del área de capacitación a todos los correos electrónicos declarados de las personas que contaban con usuario de SNVS 2.0.

Simultáneamente se publicó en el Boletín Epidemiológico Nacional, desde la SE 19 a la SE 26 de 2024 (BEN N°704 al 711) una invitación a participar de la encuesta mediante un código QR que conducía al enlace de la misma.

El formulario permaneció abierto hasta fines de octubre de 2024.

VIII.4. Resultados

Tras mantener el formulario abierto durante 7 meses para recibir respuestas, se recopilaron un total de 891 registros provenientes de las 24 jurisdicciones del país.

VIII.4.A. DATOS PERSONALES Y SITUACIÓN LABORAL

Las personas encuestadas tenían una mediana de edad de 45 años, con un máximo de 79 y un mínimo de 22. El 79% era de género femenino, el 20,5% masculino y el 0,5% persona no binaria o no declaró su género.

En relación a los años de experiencia trabajando en epidemiología/vigilancia epidemiológica, independientemente de haber cambiado de cargo, funciones o lugar de trabajo, la mediana fue de 7 años con un máximo de 36 y un mínimo de menos de 1 año en este tipo de actividad.

El 21,8% de las respuestas recibidas corresponden a personas que trabajan en la provincia de Buenos Aires, el 11,7% a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 10,4% a la provincia de Córdoba y el resto se distribuyó como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia de la Jurisdicción de trabajo consignada. (n=891)

Jurisdicción	Cantidad de respuestas	%
Buenos Aires	194	21,8
CABA	104	11,7
Córdoba	93	10,4
Santa Fe	58	6,5
Tucumán	53	5,9
Mendoza	52	5,8
Entre Ríos	47	5,3
Salta	34	3,8
Chaco	28	3,1
La Rioja	27	3,0
Neuquén	25	2,8
Jujuy	22	2,5
Corrientes	22	2,5
San Luis	21	2,4
Chubut	20	2,2
Catamarca	19	2,1
Santa Cruz	17	1,9
Misiones	14	1,6
Río Negro	12	1,3
Santiago del Estero	10	1,1
Tierra del Fuego	7	0,8
La Pampa	7	0,8
San Juan	3	0,3
Formosa	2	0,2
Suma total	**891**	**100**

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

El 65,3% de las personas refiere trabajar en el sector público provincial, el 20,1% en el sector público municipal, el 8,8% en el sector público nacional y el resto de las personas refiere su dependencia de trabajo como se refleja en la Tabla 2.

Se destaca la baja participación en la encuesta por parte de personas que trabajan en el ámbito privado.

Tabla 2. Frecuencia de la dependencia de trabajo consignada. (n= 891)

Dependencia de trabajo	Cantidad	%
Sector público provincial	582	65,3
Sector público municipal	179	20,1
Sector público nacional	78	8,8
Sector Privado Asistencial y/o Laboratorio	38	4,3
Obras sociales y otros	6	0,7
Trabaja para 2 o más sectores diferentes	6	0,7
Organización no gubernamental o similar	2	0,2
Total	**891**	**100**

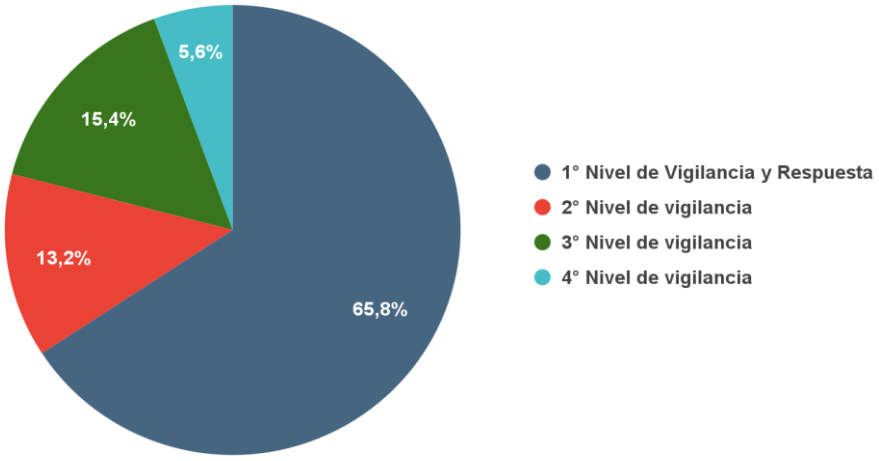
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

Se consultó acerca del nivel de vigilancia en el cual se desempeña en base a 4 categorías:

- 1° Nivel de Vigilancia y Respuesta: La persona que trabaja en este nivel realiza recopilación de los datos, notificación, análisis, etc. de 1 o más efectores de salud
- 2° Nivel de vigilancia: La persona es referente territorial o programático de 1 o más unidades de 1° nivel de vigilancia.
- 3° Nivel de vigilancia: La persona es referente jurisdiccional de epidemiología, programas o laboratorio para actividades de vigilancia y respuesta.
- 4° Nivel de vigilancia: La persona es referente nacional de epidemiología, programas o laboratorio para actividades de vigilancia y respuesta.

Se obtuvo como resultado que el 65,8% (586 personas) se desarrolla en el 1° nivel, el 15,4% (137 personas) en el tercero, el 13,2% (118) en el 2° y sólo el 5,6% (50) en el 4° nivel de vigilancia. (Gráfico 1)

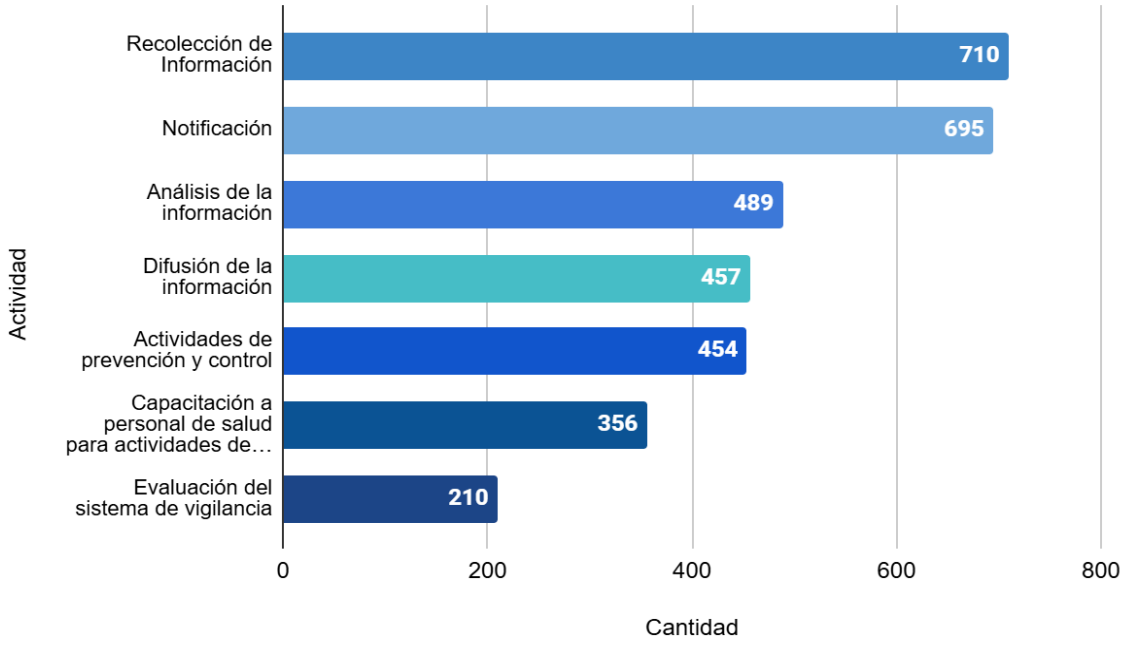
Gráfico 1. Nivel de vigilancia en el desempeño de las tareas laborales. (n= 891)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

Las tareas que refieren realizar dentro de sus actividades laborales cotidianas, son la recolección de la información, la notificación, análisis, difusión de la información y las actividades de prevención y control. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Tareas realizadas dentro de las actividades laborales. (n= 891)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

VIII.4.B. PROGRAMAS DE VIGILANCIA

El 38,3% de las personas encuestadas (341) mencionó que no existen cargos específicos para epidemiólogos en el nivel donde trabaja, un 36,4% (324 personas) que sí existen y el 25,4% (226 personas) que desconoce esa información. (Gráfico 3)

Cuando se analiza por nivel de vigilancia, se observan diferencias en la percepción sobre la existencia de cargos específicos para epidemiólogos. En el 1° nivel, el porcentaje de quienes creen que no existen cargos específicos (37,9%) es ligeramente mayor al de quienes afirman que sí los hay (32,8%). En el 2° nivel, prevalece la percepción de que no existen cargos (50%), aunque una proporción considerable (36,4%) señala que sí. En el 3° nivel, más de la mitad (54%) considera que sí existen cargos, siendo esta la proporción la más alta de todos los niveles, mientras que el 27% indica que no. Por último, en el 4° nivel, el 46% cree que no existen cargos específicos, el 30% indica que sí, y el 24% no está seguro, reflejando una mayor incertidumbre respecto a los niveles anteriores.

Tabla 3. Cargos específicos para epidemiólogos según nivel de vigilancia. (n= 891)

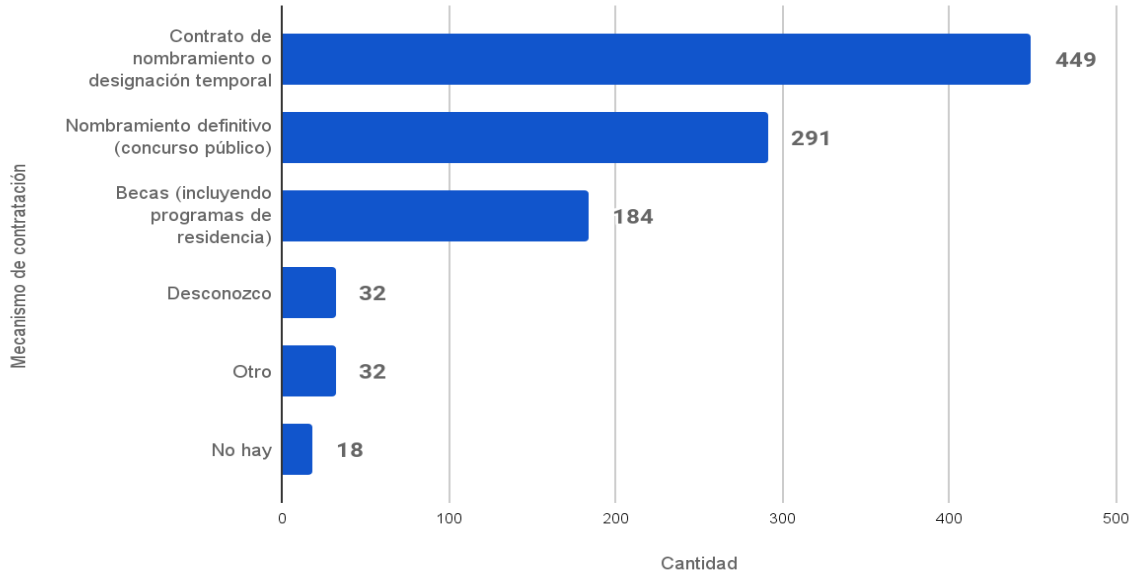
Cargos específicos	1° Nivel de Vigilancia	%	2° Nivel de Vigilancia	%	3° Nivel de Vigilancia	%	4° Nivel de Vigilancia	%	Total
No	222	37,9	59	50	37	27	23	46	**341**
No estoy segura/o	172	29,4	16	13,6	26	19	12	24	**226**
Si	192	32,8	43	36,4	74	54	15	30	**324**
Total	**586**	**100**	**118**	**100**	**137**	**100**	**50**	**100**	**891**

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

Cuando se consulta cuáles son los cargos existentes para las personas que trabajan en vigilancia epidemiológica, el 50,4% refiere que existe "Responsables de Vigilancia Epidemiológica", 35,9% "Epidemiólogas/os", el 22,8% desconoce cuál sería el cargo y el resto que no existe cargo.

Los mecanismos de contratación de los profesionales de vigilancia en salud del sector público son contrato de nombramiento o designación temporal, Concurso público o nombramiento definitivo y Becas. (Gráfico 3).

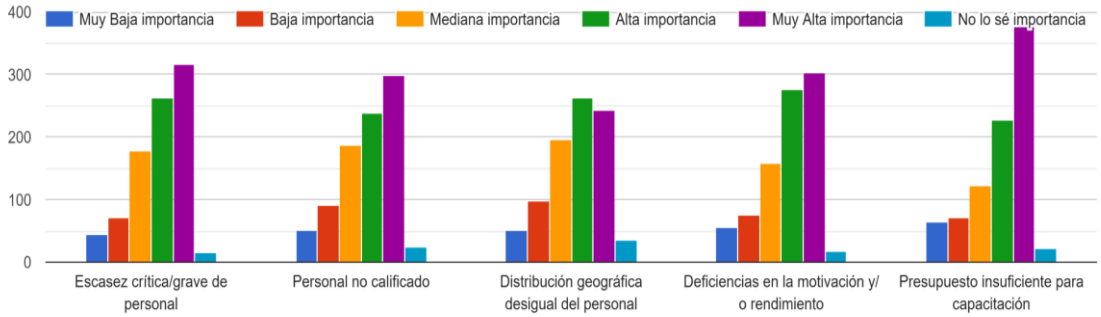
Gráfico 3. Mecanismos de contratación para personas trabajadoras en vigilancia epidemiológica (n= 891)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

Entre los desafíos que existen para el mejoramiento de la fuerza laboral en vigilancia de la salud pública y la respuesta a emergencias, se menciona que el presupuesto es el que mayor importancia tiene, seguido por la escasez grave de personal, personal no calificado y deficiencias en la motivación. (Gráfico 4)

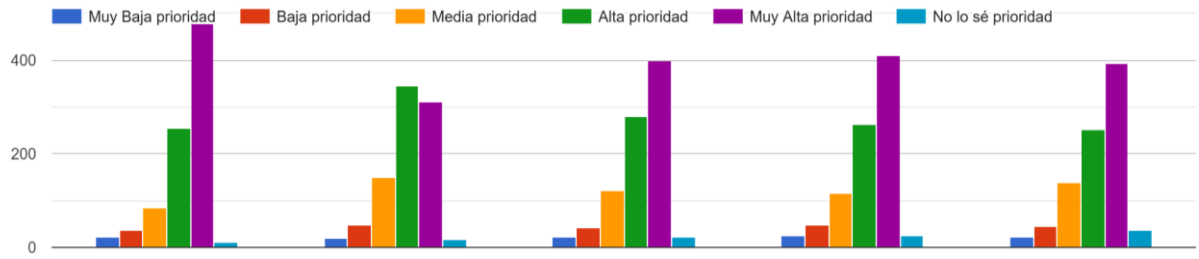
Gráfico 4. Niveles de importancia para el mejoramiento de la fuerza laboral en base a desafíos.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

En 2021, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó una revisión de las Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP). La FESP número 6 se enfoca en el desarrollo de recursos humanos para la salud. Se propusieron varias acciones relacionadas con la vigilancia en salud pública, solicitando a los encuestados que prioricen cada una de ellas. A nivel global, se priorizaron como se muestra en el gráfico 5.

Gráfico 5. Ponderación de las actividades de vigilancia en salud pública relacionadas con la FESP n° 6. (n= 891)



Recolección, calidad y uso de los datos para el monitoreo y evaluación en el campo de la salud pública.	Comunicación científica, oral y escrita.	Priorización y uso de evidencias para mejora de la calidad y planificación en salud pública.	Formulación de políticas, implementación de programas, evaluación.	Enfoque que incluya los determinantes sociales de la salud

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

Cuando se analiza la priorización de las acciones para los distintos niveles de vigilancia, se muestra que en general, la *recolección, calidad y uso de datos para el monitoreo y evaluación en salud pública* es percibida como una prioridad alta o muy alta en todos los niveles, con una valoración especialmente alta en el 3° nivel de vigilancia (58,4% muy alta). Sin embargo, en el 4° nivel, solo el 26% la calificó como muy alta. De manera similar, la *priorización y uso de evidencias para la planificación en salud pública* fue considerada muy alta por al menos el 43% de los encuestados en todos los niveles, alcanzando el 50% en el 2° y 3° niveles.

Por otro lado, existen diferencias en la valoración de la *comunicación científica, oral y escrita*. Aunque la mayoría de los niveles la calificaron como prioridad alta o muy alta (39%-42%), el 1° nivel muestra una mayor dispersión hacia prioridades medias (17,7%). En cuanto al *enfoque en los determinantes sociales de la salud*, más del 40% en todos los niveles la consideraron una prioridad muy alta, aunque el 4° nivel tiene un porcentaje notablemente menor de personas que calificaron esta acción como de prioridad media o baja (28% frente a un promedio del 35% en otros niveles).

Tabla 4. Ponderación de las actividades de vigilancia en salud pública relacionadas con la FESP n°6 por nivel de vigilancia. (n= 891)

FESP N° 6	Prioridad	1° Nivel de Vigilancia	2° Nivel de Vigilancia	3° Nivel de Vigilancia	4° Nivel de Vigilancia
Recolección, calidad y uso de los datos para el monitoreo y evaluación en el campo de la salud pública	Muy Alta	52,70%	55,90%	58,40%	26,00%
	Alta	29,20%	24,60%	27,70%	34%
	Media	10,10%	9,30%	8,80%	8,00%
	Baja	4,30%	3,40%	3,60%	4,00%
	Muy Baja	2,20%	5,10%	1,50%	2,00%
	No lo sé	1,50%	1,70%	0%	0%
Comunicación científica, oral y escrita	Muy Alta	33,80%	39%	37,20%	32,00%
	Alta	38,70%	38,10%	39,40%	42,00%
	Media	17,70%	10,20%	16,80%	22,00%
	Baja	5,80%	5,10%	5,10%	0%
	Muy Baja	1,70%	5,10%	1,50%	4,00%
	No lo sé	2,20%	2,50%	0%	0%
Priorización y uso de evidencias para mejora de la calidad y planificación en salud pública	Muy Alta	43,00%	50%	50,40%	38,00%
	Alta	31,40%	31,40%	29,90%	34,00%
	Media	14,70%	5,90%	13,10%	24,00%
	Baja	5,50%	5,10%	2,90%	2,00%
	Muy Baja	2,40%	5,90%	1,50%	2,00%
	No lo sé	3,10%	1,70%	2,20%	0%
Formulación de políticas, implementación de programas, evaluación	Muy Alta	44,70%	56,80%	43,80%	44,00%
	Alta	29,90%	23,70%	32,80%	30,00%
	Media	13,80%	8,50%	11,70%	22,00%
	Baja	6,10%	4,20%	4,40%	2,00%
	Muy Baja	2,00%	5,10%	4,40%	2,00%
	No lo sé	3,40%	1,70%	2,90%	0%
Enfoque que incluya los determinantes sociales de la salud	Muy Alta	42,80%	50,00%	44,50%	44,00%
	Alta	28,30%	26,30%	30,70%	28,00%
	Media	17,40%	7,60%	13,90%	20,00%
	Baja	5,10%	5,10%	4,40%	8,00%
	Muy Baja	2,00%	5,10%	3,60%	0,00%
	No lo sé	4,30%	5,90%	2,90%	0,00%

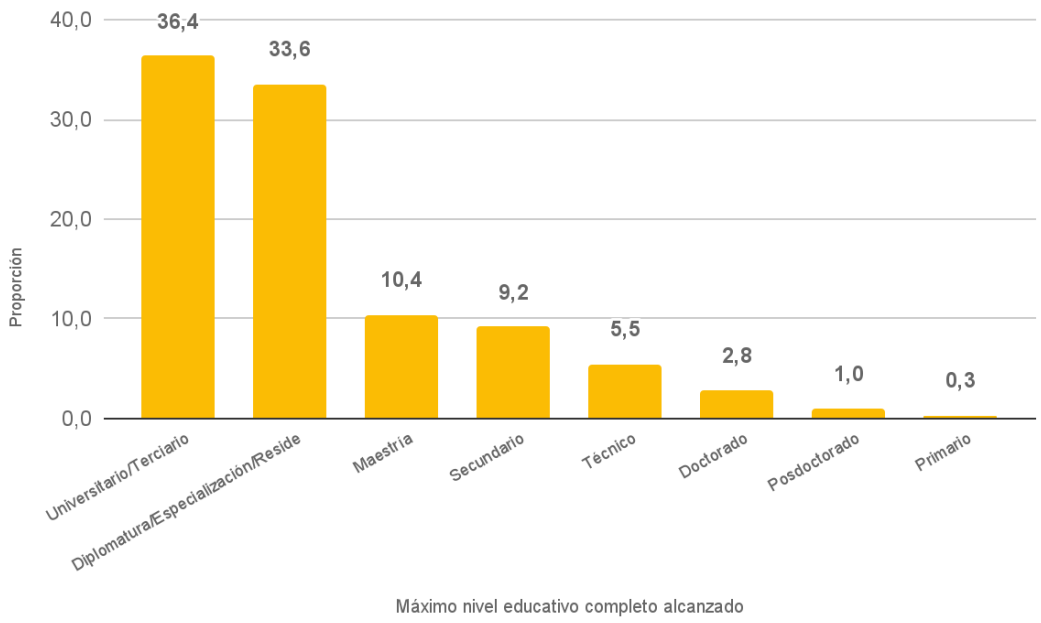
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

VIII.4.C. ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Se consultó acerca del nivel educativo, ya que esta información puede ser útil para diseñar planes de formación o capacitación adaptados a las necesidades.

El 36,4% de los encuestados contaba con título universitario o terciario, el 33,6% con una diplomatura, especialización o residencia, el 10,4% con una maestría. Esto significa que aproximadamente el 80% de las personas que respondieron la encuesta cuentan como mínimo con un título universitario y/o terciario. (Gráfico 6)

Gráfico 6. Máximo nivel educativo completo alcanzado. (n= 891)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

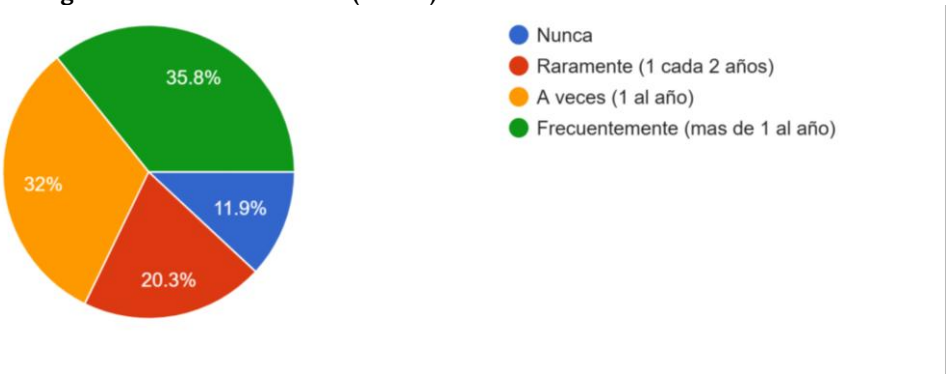
El 43,8% (390) del total de los encuestados tiene algún posgrado relacionado con Salud Pública, Vigilancia o Epidemiología.

VIII.4.D. CAPACITACIONES CORTAS

Las capacitaciones cortas se definen como programas de formación intensivos, de breve duración, diseñados para actualizar, reforzar o desarrollar habilidades específicas y conocimientos técnicos en un área determinada y pueden abordarse a través de talleres, cursos, seminarios o módulos virtuales. Su objetivo principal es mejorar la competencia laboral.

En el ámbito de la formación en Salud Pública, Vigilancia en Salud o Epidemiología General, solo el 11,9% (106 personas) señaló no haber participado en actividades de actualización en los últimos 5 años. En contraste, el 67,8% (604 personas) afirmó haber asistido a al menos una actividad formativa al año en estas áreas, mientras que 181 personas (20,3%) lo hicieron de forma ocasional. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Frecuencia de realización de capacitaciones cortas en Salud Pública, Vigilancia o Epidemiología en los últimos 5 años. (n= 891)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

Se consultó acerca de los lugares y/o plataformas donde realizaron estas capacitaciones cortas, de las 785 personas que respondieron realizarlas capacitaciones cortas, los espacios y/o plataformas más mencionadas fueron sectores públicos como los ministerios de salud y sus plataformas virtuales de formación con el 63,8%. El 20,9%, organismos internacionales (OPS, OMS, FAO, etc.) también con sus plataformas virtuales, el 11,5% universidades públicas y privadas. El 3,9% de las menciones fueron otros espacios de formación.

VIII.4.E. PROGRAMA DE ENTRENAMIENTOS DE EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO

En este apartado, se consultó sobre la realización de entrenamientos de campo. En Argentina, este tipo de formación está a cargo del PRESEC (Programa de Especialización en Epidemiología de Campo), el Programa Epi-Ar Inicial y las residencias de epidemiología. Estas dos últimas son equivalentes a los programas de entrenamiento en epidemiología de campo propuestos por los CDC, el programa Frontline y el programa Avanzado respectivamente.

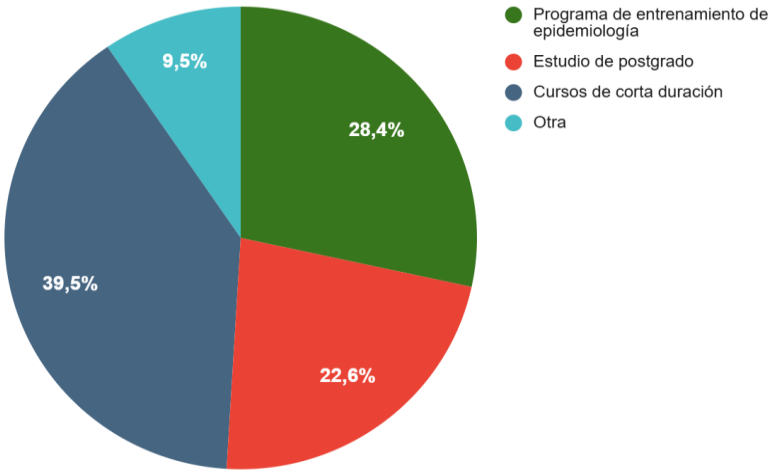
De las 143 personas que indicaron haber realizado entrenamiento en epidemiología de campo, 65 (45,5%) cursaron el Epi-Ar Inicial, 32 (22,4%) realizaron la residencia en epidemiología, y 46 personas (32,2%) participaron en otro tipo de formación en epidemiología de campo.

En cuanto a sus actividades laborales, el 50,3% informó que aplica métodos epidemiológicos para abordar problemas de salud inesperados, cuando es necesario realizar una investigación rápida in situ para una intervención oportuna. El 45% señaló que no aplica estos métodos, mientras que el 4,7% lo hace dependiendo de la contingencia.

VIII.4.F.HABILIDADES Y COMPETENCIAS

En el área de competencias adquiridas, se consultó cuál formación o capacitación fue reconocida como la que más contribuyó al desarrollo de las habilidades y competencias actualmente aplicadas en el área. Los resultados mostraron que el 39,5% (352 personas) identificó los cursos de corta duración como el principal aporte, el 28,4% (253 personas) señaló los programas de entrenamiento en epidemiología, el 22,6% (201 personas) atribuyó este desarrollo a su estudio de posgrado, y el 9,5% (85 personas) indicó otras vías. (Gráfico 8).

Gráfico 8. Formación Clave para el Desarrollo de Competencias en el Área. (n= 891)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la encuesta.

VIII.5. Conclusiones

La fuerza laboral en vigilancia y salud pública en Argentina se caracteriza por una predominancia de mujeres (79%) con una mediana de edad de 45 años, una experiencia laboral media de 7 años en el área y concentrándose la actividad laboral en el sector público provincial (65,3%) y el primer nivel de vigilancia (65,8%).

En términos de educación y formación, el 80% de los encuestados cuenta con al menos un título universitario o terciario, y el 43,8% ha cursado estudios de posgrado relacionados con salud pública, vigilancia o epidemiología. Sin embargo, esta capacitación formal necesita ser complementada con el fortalecimiento y actualización continua de las competencias técnicas a través de programas específicos y sostenidos que respondan a las demandas cambiantes del sector.

Las capacitaciones y entrenamientos representan un pilar fundamental para el desarrollo profesional. En los últimos cinco años, el 67,8% de los encuestados participó en al menos una capacitación corta anual en temas como salud pública o vigilancia, mientras que solo el 11,9% no accedió a este tipo de oportunidades.

A pesar de estas fortalezas, los desafíos en la vigilancia epidemiológica persisten. La falta de presupuesto, la escasez de personal calificado y los problemas de motivación son algunos de los principales obstáculos identificados.

Otro aspecto relevante es la infraestructura laboral. Más del 38% de los encuestados afirmó que no existen cargos específicos para epidemiólogos en su lugar de trabajo, lo que evidencia una falta de estructuración formal.

En base a esta información, resulta crucial implementar estrategias nacionales que fortalezcan las capacidades en vigilancia epidemiológica. La promoción de programas de entrenamiento prácticos, como los de epidemiología de campo, y el aprovechamiento de plataformas digitales para la formación continua son pasos fundamentales hacia este objetivo.

IX. Informe de las infecciones por STEC analizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia en el marco de la vigilancia nacional durante el año 2024

IX.1. Nota metodológica

Informe elaborado con los resultados obtenidos por el equipo del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS *"Dr. Carlos G. Malbrán"* durante la vigilancia de las infecciones por STEC.

IX.2. Infecciones por STEC – LNR 2024

IX.2.A. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR STEC

Durante el año 2024 se recibieron en el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) muestras de un total de 551 casos, 220 correspondientes a casos de síndrome urémico hemolítico (SUH), 171 a casos de diarreas aguda sanguinolenta (DAS) y 160 a diarrea aguda (DA). Se confirmó la infección por *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC) en el 89,5% (SUH), 48,5% (DAS) y 24,4% (DA) de los casos, aplicando como criterios diagnósticos la identificación del patógeno, la detección de anticuerpos a-LPS O157, O145, O121, O103 por Glyco IELISA y la detección por PCR (RT-PCR y de punto final) de los genes de stx1, stx2 y rfbO157 (Tabla 1). Es importante destacar, que la aplicación de estas estrategias de diagnóstico ha podido dar especificidad al diagnóstico de las diarreas (122/331; 36,9%), que de otra manera hubieran quedado sin diagnosticar. Sumado a esto, en la Tabla 2 se muestra cómo la utilización de estos tres criterios diagnósticos durante el periodo 2020-2024 permitió mantener los porcentajes de asociación de los casos de SUH con la infección por STEC en niveles superiores al 70% alcanzando un pico máximo en el último año de 89.5%. Este algoritmo de diagnóstico, que incluye el análisis bioinformático de las secuencias genómicas de las cepas aisladas, permitió la realización de la caracterización completa del patógeno y el estudio de la relación clonal y análisis de brotes.

Tabla 1. Casos de SUH, DAS y DA estudiados en el LNR. Diagnóstico de infección por STEC. Año 2024. Argentina.

Año	Laboratorio Nacional de Referencia						
	Diagnóstico	Casos estudiados en el LNR	Casos asociados a infección por STEC (%)	Casos según criterio diagnóstico			N° cepas STEC aisladas
				Solo Antic. O157 /O145 O121/O103	Solo PCR+ sin aislamiento	Aislamientos STEC+	
2024	SUH	220	197 (89.5%)	93	44	60	62
	DAS	171	83 (48.5%)	8	11	64	65
	DA	160	39 (24.4%)	5	10	24	24

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Tabla 2. Casos de SUH estudiados en el LNR. Diagnóstico de infección por STEC. Período 2020-2024. Argentina.

Año	Laboratorio de Referencia Nacional					
	Casos de SUH estudiados	Casos asociados a infección por STEC	Casos según criterio diagnóstico			N° cepas STEC aisladas
			Solo Antic. O157 /O145 /O121/O103	Solo PCR+ sin aislamiento	Aislamientos STEC+	
2020	271	195 (72%)	120	11	64	66
2021	247	192 (77.7%)	104	23	65	67
2022	274	220 (80%)	91	46	83	85
2023	230	173 (75,2%)	80	34	59	59
2024	220	197 (89.5%)	93	44	60	62

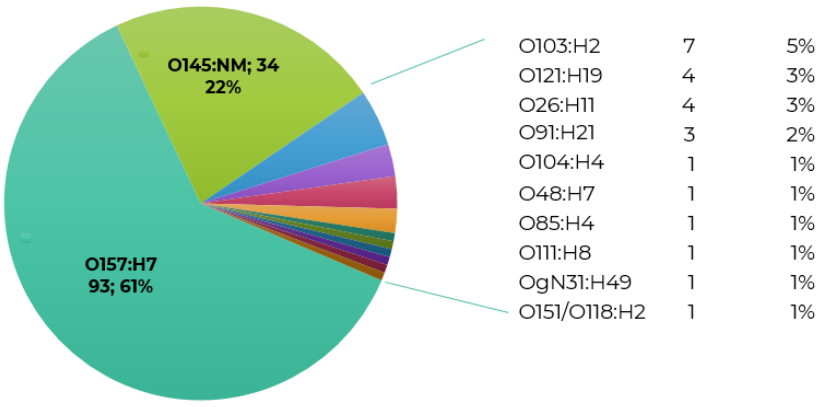
Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

IX.2.B. ANÁLISIS BIOINFORMÁTICO A PARTIR DE LAS SECUENCIAS GENÓMICAS DE LOS AISLAMIENTOS DE STEC

Como parte del diagnóstico de referencia, se realiza la secuenciación de genoma completo (SGC) de todos los aislamientos identificados como STEC. Para ello se procede a la extracción del ADN de todas las cepas en tiempo real y es enviado a la Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática de ANLIS para su secuenciación. Una vez que las secuencias están listas son enviadas al LNR donde se realiza el análisis siguiendo los protocolos bioinformáticos verificados por el LNR para la caracterización completa y vigilancia genómica de dicho patógeno.

En primera instancia se llegó a la identificación de todos los serotipos, teniendo en cuenta que con SGC se alcanza a caracterizar aún a aquellos con los que no se contaba con el antisuero correspondiente para su identificación mediante los ensayos de seroaglutinación y serotipificación molecular por PCR. Durante este periodo se observa igual tendencia general en la frecuencia de distribución de los serotipos O157.H7 (61%) y O145.NM[H28] (22%) que en años anteriores. Serotipos como el O48.H7, O91.H21, O111.H8 y O151/O118.H2 vuelven a aparecer en baja frecuencia y otros como O85.H4 y OgN31.H49 (STEC), y O104.H4 (EAEC-Stx patotipo híbrido), aparecen como nuevos seropatotipos en circulación. En el gráfico 1 se presenta la distribución de serotipos de cepas STEC (n=151) asociados a casos de SUH, DAS y DA.

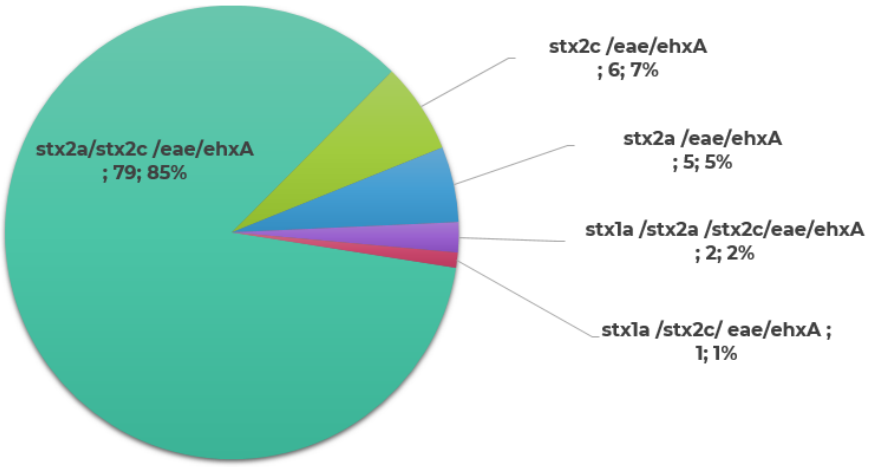
Gráfico 1. Serotipos de STEC y EAEC-Stx asociados a casos de SUH, DS, y D. Año 2024 (n=151)



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Mediante el análisis por SGC se identificaron los genes que se buscan tradicionalmente para el diagnóstico (subtipo de toxina Shiga, gen eae-proteína Intimina y gen ehxA-enterohemolisina de STEC); y otros genes accesorios. Del total de perfiles de virulencia de STEC asociados a enfermedad humana, se observa que stx2a, stx2c, eae, ehxA (85%) es el más frecuente entre las cepas STEC O157.H7 (Gráfico 2). Es importante destacar que del total de casos (n=79) con este perfil, el 89% se lo detectó asociado a enfermedad severa como SUH y DAS.

Gráfico 2. Perfiles de virulencia de STEC O157. Año 2024 (n=93)



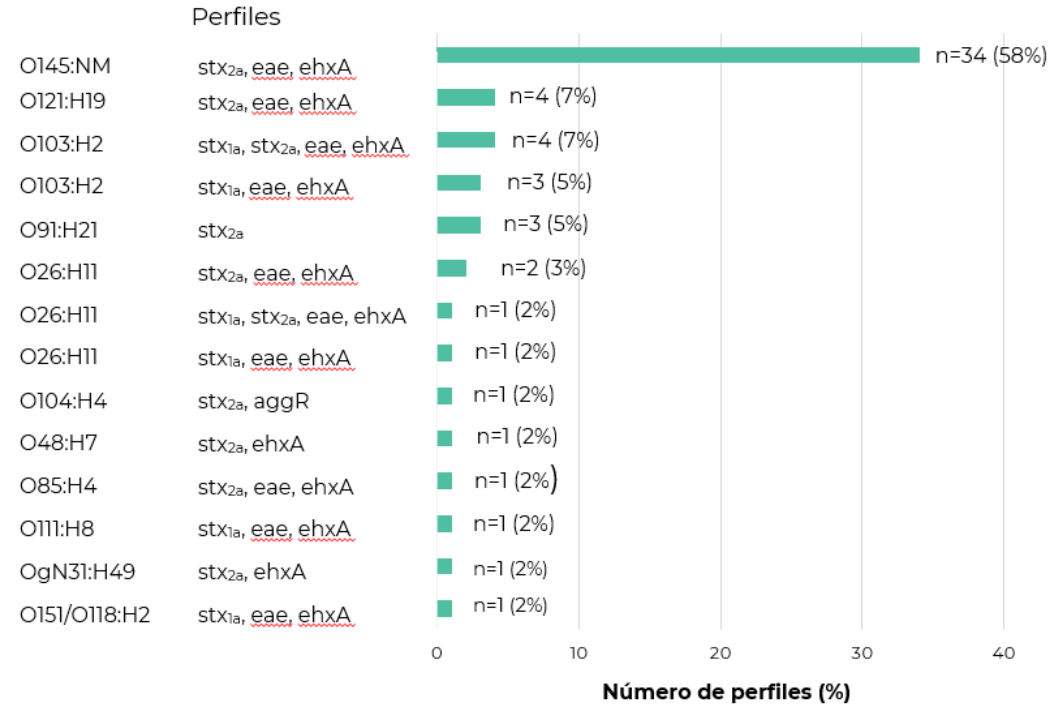
Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Respecto a las cepas STEC no-O157, el genotipo stx2a, eae, ehxA (Grafico 3) se detecta en mayor proporción (58%). Asimismo, del total de las cepas no-O157 (n=58) el 89,6 % resultó ser eae positivo. Por otro lado, del total de las cepas STEC no-O157 eae negativas, el 50% (3/6) estuvo asociado a enfermedad severa como SUH (EAEC-Stx O104.H4 aggr - stx2a patotipo híbrido) y DAS (O48.H7 stx2a, ehxA; O91.H21 stx2a, ehxA). Es importante aclarar que estos últimos serotipos, no pertenecen al grupo de los Grandes 6 del inglés Big six (O26, O45, O103, O111, O121 y O145), serogrupos eae positivos que habitualmente se buscan a nivel mundial por ser responsables de brotes y casos severos.

En nuestro país, la infección por STEC se presenta en forma esporádica, y como brotes familiares, institucionales o de la comunidad. Los resultados obtenidos a partir de la utilización de metodologías para la vigilancia molecular (análisis por SGC de las secuencias de los patógenos aislados, señal positiva para los genes de stx /rfbO157 por PCR a partir de la muestra de cultivo de materia fecal), junto con los resultados de identificación de anticuerpos anti-LPS y la información epidemiológica, facilitan la identificación de este tipo de eventos.

Durante el año 2024, entre los casos derivados al LNR se lograron detectar 13 brotes intrafamiliares en distintas provincias, principalmente de las regiones de Cuyo, Centro y Sur del país (Mapa 1). Se observa en general que todos los eventos tienen la particularidad de incluir a un bajo número de individuos infectados. Once de los 13 casos índice con enfermedad (SUH y DAS) fueron niños menores de 5 años, siendo los dos niños restantes con SUH de 6 y 8 años, respectivamente. De los 19 contactos asintomáticos (CA) detectados, solo tres niños fueron menores de 5, 4 fueron ≥5 y <15 años; y 12 fueron ≥15. La edad promedio para los CA mayores de 5 años fue de 30 años con un rango entre 5-67 años. El 77% de los niños con SUH o DAS correspondientes a los brotes analizados pertenecieron al sexo masculino, mientras que solo un 47% lo fue entre el grupo de los asintomáticos. No hubo fallecidos entre los casos sintomáticos. En la Tabla 3 se describen a cada uno de los brotes y los criterios diagnósticos identificados por evento.

Gráfico 3. Perfiles de virulencia de STEC no-O157. 2024 (n=58)

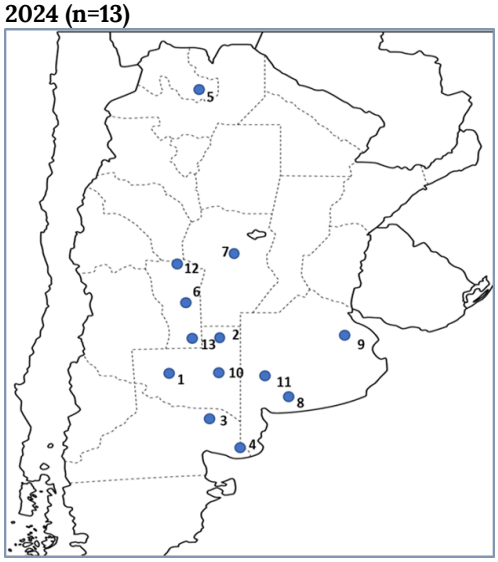


Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

IX.2.C. BROTES FAMILIARES

En nuestro país, la infección por STEC se presenta en forma esporádica, y como brotes familiares, institucionales o de la comunidad. Los resultados obtenidos a partir de la utilización de metodologías para la vigilancia molecular (análisis por SGC de las secuencias de los patógenos aislados, señal positiva para los genes de stx /rfbO157 por PCR a partir de la muestra de cultivo de materia fecal), junto con los resultados de identificación de anticuerpos anti-LPS y la información epidemiológica, facilitan la identificación de este tipo de eventos.

Mapa 1. Argentina. Distribución espacial de los brotes familiares estudiados en el LNR durante el año 2024 (n=13)



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Tabla 3. Brotes familiares de infección asociada a STEC. Argentina. Año 2024

Nombre del Brote	2024-1 / 2024-2 / 2024-3 / 2024-4 / 2024-5 / 2024-6 / 2024-7 / 2024-8 / 2024-9/ 2024-10/2024-11/2024-12/2024-13
Año /Periodo/mes (n° de brotes)	2024. Enero (1), Febrero (2), Marzo (1), Abril (1), Mayo (2), julio (1), Agosto (1), Octubre (1), Noviembre (3)
Lugar	Brote 1. La Pampa Brote 2. La Pampa Brote 3. Río Negro Brote 4. Río Negro Brote 5. Jujuy Brote 6. San Luis Brote 7. Córdoba Brote 8. Buenos Aires Brote 9. Buenos Aires Brote 10. La Pampa Brote 11. Buenos Aires Brote 12. San Luis Brote 13. San Luis
N° de casos relacionados con el evento familiar	Brote 1. SUH y 2 CA Brote 2. DAS y 1 CA Brote 3. SUH y 1 CA Brote 4. SUH y 1 CA Brote 5. SUH y 4 CA Brote 6. SUH y 1 CA Brote 7. SUH y 1 CA Brote 8. DAS y 3 CA Brote 9. SUH y 1 CA Brote 10. SUH y 1 CA Brote 11. SUH y 1 CA Brote 12. SUH y 1 CA Brote 13. SUH y 1 CA
Edad de los casos de SUH y DAS (<5/≥5) años	11/ 2
Edad de los CA años (<5/≥5 <15/≥15)	3/ 4/12
Distribución por sexo de los casos de SUH y DAS (M/F)	10/3
Distribución por sexo de los CA (M/F)	9/10
Criterios diagnósticos identificados por evento	Brote 1. SUH (STEC O157.H7) / CA (STEC O157.H7) / CA (PCR señal *stx2/rfb*O157 sin aislamiento) Brote 2. DAS (STEC O145.H28) / CA (PCR señal stx2 sin aislamiento) Brote 3. SUH (Ac anti-O157+) / CA (STEC O157.H7) Brote 4. SUH (STEC O157.H7) / CA (PCR señal stx2/rfbO157 sin aislamiento) Brote 5. SUH y 4 CA (PCR señal stx2 sin aislamiento) Brote 6. SUH (Ac anti-O157+ y anti-O145) / CA (PCR señal stx2 sin aislamiento) Brote 7. SUH y CA (STEC O157.H7) Brote 8. DAS y 3 CA (STEC O145.H28) Brote 9. SUH (Ac anti-O145) / CA (STEC O145.H28) Brote 10. SUH (STEC O157.H7) / CA (PCR señal stx2/rfbO157 sin aislamiento) Brote 11. SUH (Ac anti-O145+ PCR señal stx2 sin aislamiento) / CA (PCR señal stx2 sin aislamiento) Brote 12. SUH y CA (STEC O157.H7) Brote 13. SUH y CA (STEC O145.H28)
SGC Identificación de número de secuencias (En negrita) **Ver análisis epidemiológico molecular**	Brote 1. SUH (**EC1103** STEC O157.H7) / CA (**EC1141** STEC O157.H7). **Cero SNPs de diferencia** Brote 2. DAS (**EC1194** STEC O145.H28) Brote 3. CA (**EC1214** STEC O157.H7) Brote 4. SUH (**EC1270** STEC O157.H7) Brote 5. Sin aislamientos Brote 6. Sin aislamientos Brote 7. SUH (**EC1383** STEC O157.H7) y CA (**EC1384** STEC O157.H7) **Cero SNPs de diferencia** Brote 8. DAS (**EC1445** STEC O145.H28) y 3 CA (**EC1463, EC1446, EC1447** STEC O145.H28) Brote 9. CA (**EC1477** STEC O145.H28) Brote 10. SUH (**EC1566** STEC O157.H7) Brote 11. Sin aislamientos Brote 12. SUH (**EC1577** STEC O157.H7) y CA (**EC 1587** STEC O157.H7) Brote 13. SUH (**EC1613** STEC O145.H28) y CA (**EC1618** STEC O145.H28)

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Durante el año 2024, entre los casos derivados al LNR se lograron detectar 13 brotes intrafamiliares en distintas provincias, principalmente de las regiones de Cuyo, Centro y Sur del

país (Mapa 1). Se observa en general que todos los eventos tienen la particularidad de incluir a un bajo número de individuos infectados. Once de los 13 casos índice con enfermedad (SUH y DAS) fueron niños menores de 5 años, siendo los dos niños restantes con SUH de 6 y 8 años, respectivamente. De los 19 contactos asintomáticos (CA) detectados, solo tres niños fueron menores de 5, 4 fueron ≥5 y <15 años; y 12 fueron ≥15. La edad promedio para los CA mayores de 5 años fue de 30 años con un rango entre 5-67 años. El 77% de los niños con SUH o DAS correspondientes a los brotes analizados pertenecieron al sexo masculino, mientras que solo un 47% lo fue entre el grupo de los asintomáticos. No hubo fallecidos entre los casos sintomáticos. En la Tabla 3 se describen a cada uno de los brotes y los criterios diagnósticos identificados por evento.

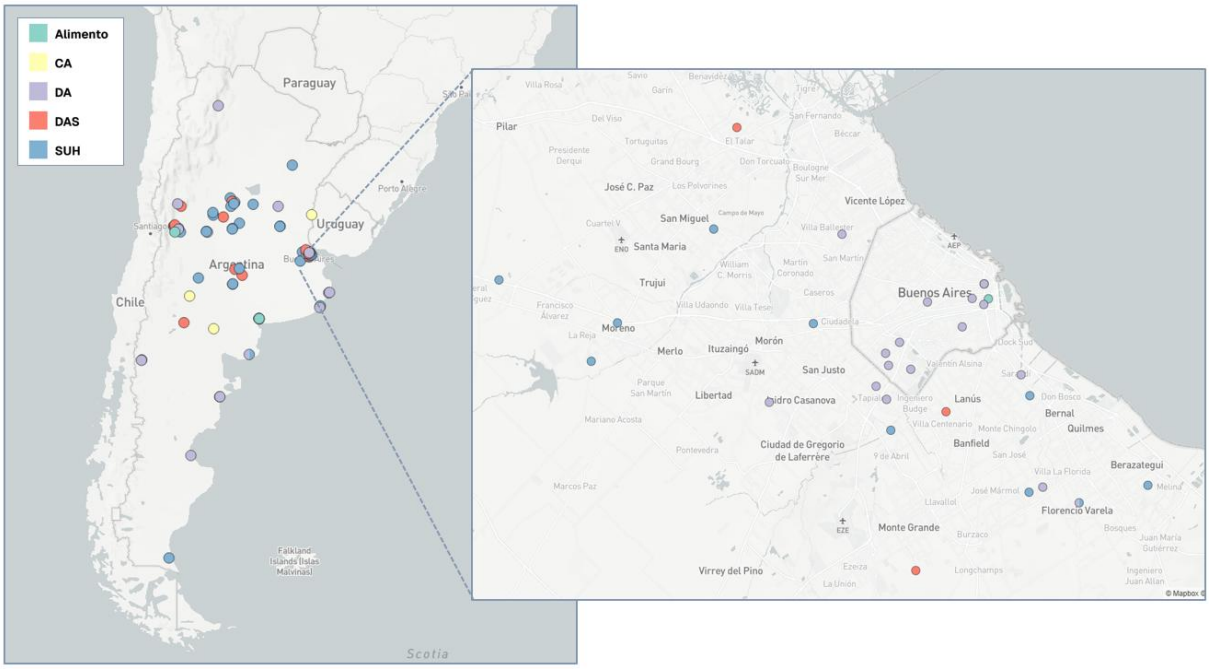
IX.2.D. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO MOLECULAR DE LAS INFECCIONES POR STEC O157.H7 Y O145.H28

A continuación, se describe el análisis epidemiológico molecular de los casos asociados a la infección por STEC O157.H7 y O145.H28, los cuales son los serotipos identificados con mayor frecuencia. Para el estudio de relación clonal y análisis de brotes las secuencias fueron analizadas mediante el estudio de polimorfismos de nucleótido único (SNPs) del inglés “Single Nucleotide Polymorphisms”. Esto permite identificar una variante genómica en una posición determinada de una sola base en el ADN bacteriano. Al estudiar las secuencias en su conjunto, estas diferencias nos permiten establecer grupos poblacionales de acuerdo a la cantidad de SNPs que presentan.

Epidemiología de STEC O157.H7

Para este análisis se incluyeron 93 cepas de origen clínico, 4 cepas de casos asintomáticos (CA), 23 de origen alimentario y una cepa adicional correspondiente a un control de excreción de un paciente. Se observa gran distribución de las cepas STEC O157.H7 en todo el país principalmente en la zona central destacándose un conglomerado en la zona del Área Metropolitana de Buenos Aires. En el Mapa 2 se observa la distribución de casos por diagnóstico clínico (SUH, DAS, y DA), CA y los aislamientos de origen alimentario obtenidos a partir de denuncias o relevamientos bromatológicos.

Mapa 2. Distribución geográfica de los casos clínicos, contactos asintomáticos y alimentos, con aislamiento de STEC O157.H7 estudiados en el LNR. Año 2024.



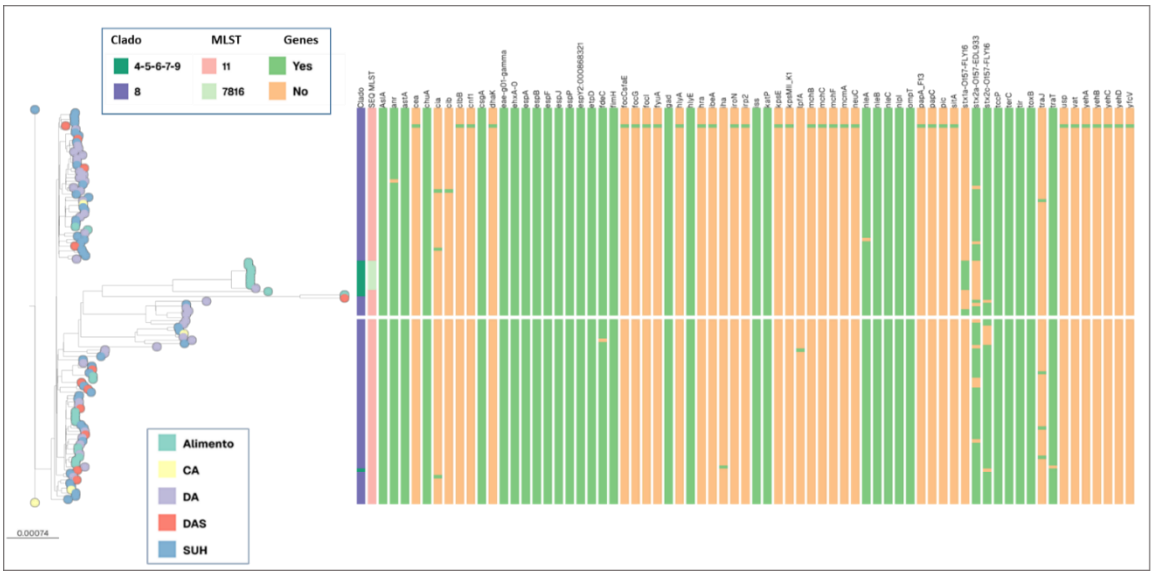
Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

El estudio e interpretación de la relación clonal entre las secuencias de STEC O157.H7 según el análisis de SNPs, finalizó con la creación de un árbol filogenético (grafico 4) a partir del cual se pudo inferir la similitud entre las secuencias. Para poder identificar las diferencias mínimas entre las secuencias se realizó el mapeo contra una referencia autóctona, alineamiento y comparación entre secuencias. En la Grafico 4 se muestra acompañando al árbol, la clasificación de las cepas en clados de virulencia, el secuenciotipo generado por MLST (del inglés "Multilocus sequence typing") y el perfil de todos los genes de virulencia principales y accesorios. Según el análisis de clados y la subtipificación de la toxina Shiga, el 90,1% del total (117/129) de las cepas STEC O157.H7 resultaron ser del clado 8 hipervirulento y presentan *stx*$_{2a}$/*stx*$_{2c}$, *stx*$_{2a}$, *stx*$_{2c}$ y *stx*$_{1a}$/*stx*$_{2c}$. En cuanto al MLST se observa que el 86,8% (112/129) corresponde al ST-11, mayormente identificado, mientras que el resto son ST-7816. Coincidentemente, la mayoría de las cepas ST-7816 son de origen alimentario, sólo una estuvo asociada a DAS y todas presentaron el perfil *stx*$_{1a}$/*stx*$_{2c}$.

Los perfiles de virulencia son muy conservados entre todas las secuencias mostrando los genes esperados de virulencia como *eae-γ* y *ehxA*. También se identificaron los genes *AslA*, *anr*, *astA*, *chuA*, *csgA*, *espA*, *espB*, *espF*, *espJ*, *espP*, *espY*, *etpD*, *fdeC*, *fimH*, *gad*, *hlyE*, *iha*, *iss*, *kat*, *nleA*, *nleB*, *nleC*, *nlpI*, *ompT*, *tccP*, *terC*, *tir*, *toxB*, *traT* dentro del perfil genético más prevalente. En una sola cepa se encontraron genes adicionales como *hlyA*, *iroN*, *irp2* y *kps*, entre otros.

A partir del alineamiento de todos estos genomas se encontraron 46656 variaciones genéticas, lo que demuestra que dentro de su propio perfil presentan gran diversidad.

Gráfico 4. Análisis de la relación clonal entre las cepas STEC O157.H7 de acuerdo al estudio de SNPs.



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

En relación al árbol de la Figura 1, se pueden observar 3 grandes ramas donde se distribuyen y se identifican 8 *clusters* (color azul) y además 6 brotes (color verde) con aislamientos confirmados por epidemiología molecular, descritos previamente en la Tabla 3. En relación al análisis de los 8 *clusters* (cepas genéticamente relacionadas sin vínculo epidemiológico), 5 estaban conformados exclusivamente por cepas de origen alimentario y los 3 restantes por cepas de origen clínico. Las secuencias presentaron una distancia entre 0 y 5 SNPs, lo que indica una alta relación genética de estas cepas, si bien en algunos casos tampoco presentan relación en tiempo y espacio. Esto podría indicar la circulación en el país de clones exitosos que perduran en el tiempo.

No se encontró relación clonal entre cepas de origen alimentario y casos clínicos.

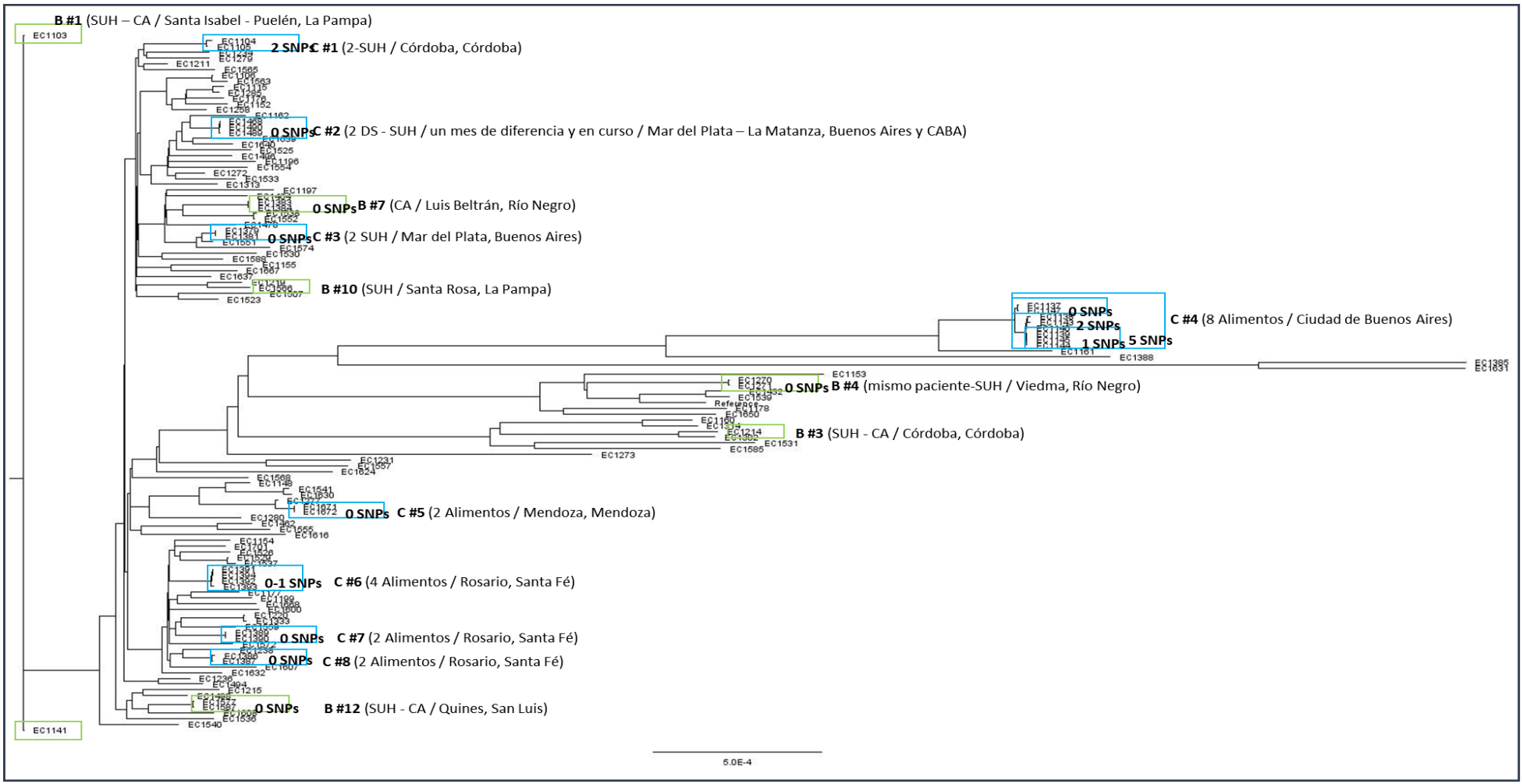
Tres de los casos derivados al LNR, en los que pudo determinarse la infección por STEC O157.H7, correspondieron a casos fallecidos. A partir del análisis de genoma completo de las cepas aisladas de dichos pacientes, no se observaron características distintivas respecto del resto. Como se mencionó más arriba, las cepas del serotipo STEC O157.H7 que circulan en nuestro país se caracterizan por presentar un perfil de gran virulencia lo que, sumado a las variables de susceptibilidad del huésped, podría favorecer un avance más tórpido de la enfermedad hacia un desenlace fatal.

Epidemiología de STEC O145.H28

Para este análisis se incluyeron 36 cepas de origen clínico, 5 cepas de CA y 2 de origen alimentario.

Se observa gran distribución de las cepas STEC O145.H28 en todo el país principalmente en la zona central destacándose un conglomerado en la zona del Área Metropolitana de Buenos Aires. En el Mapa 3 se observa la distribución de casos según diagnóstico clínico (SUH, DAS, y DA), CA y los aislamientos de origen alimentario obtenidos a partir de relevamientos bromatológicos.

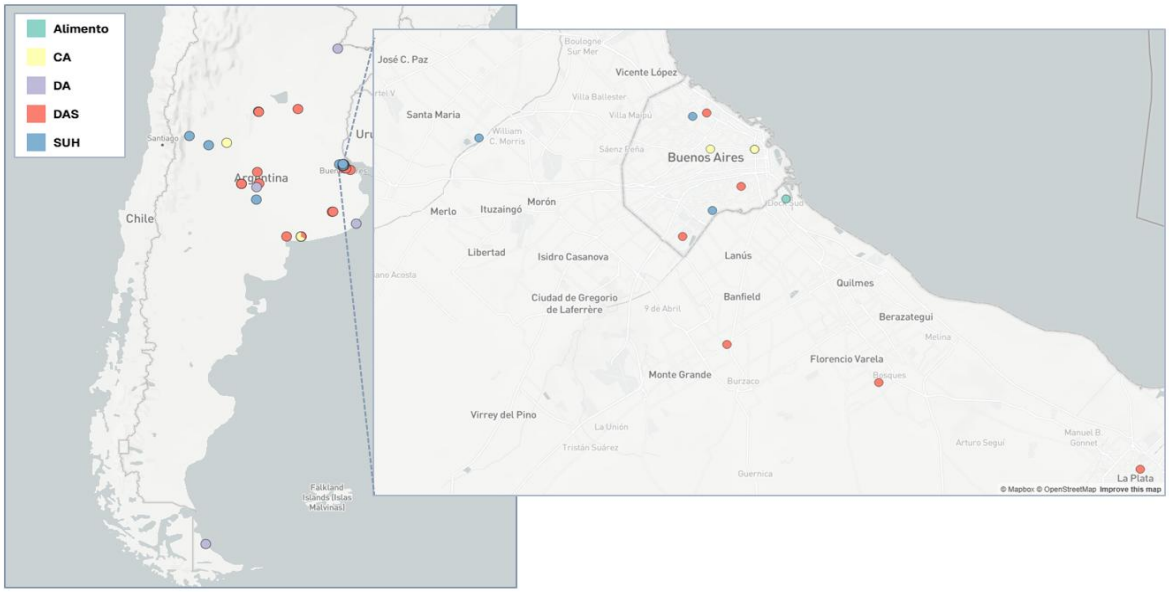
Figura 1. Detalle de los brotes y *clusters* identif. según el análisis de relación clonal entre las cepas STEC O157.H7 de acuerdo al estudio de SNPs.



#N°: Brote número.
#N°: Cluster número.

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Mapa 3. Distribución geográfica de los casos clínicos, contactos asintomáticos y alimentos, con aislamiento de STEC O145.H28, estudiados en el LNR. Año 2024



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

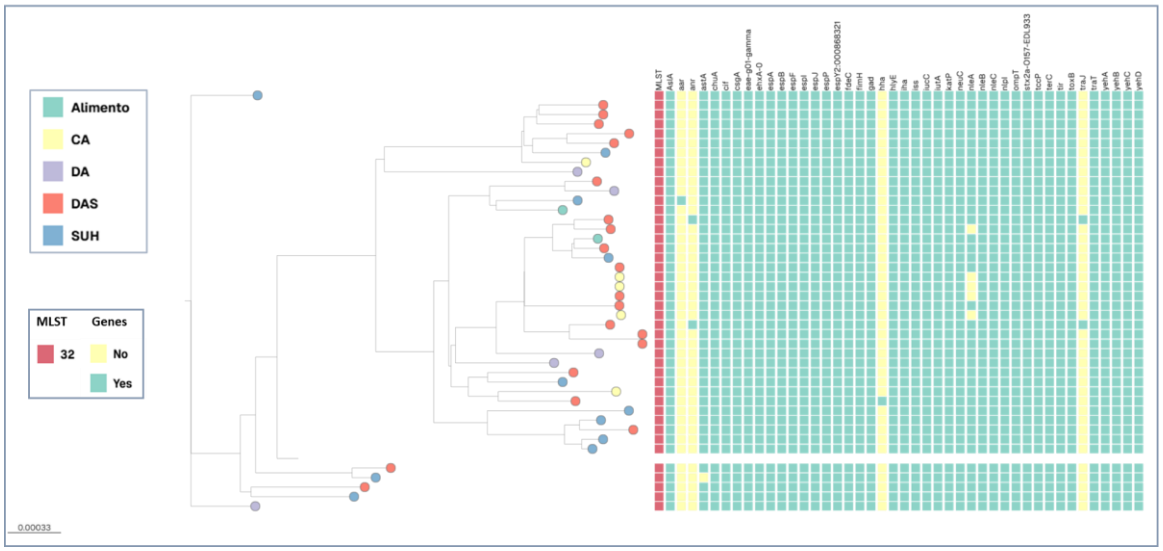
En la Figura 2 se muestra el árbol filogenético, la clasificación de las cepas según el secuenciotipo generado por MLST y el perfil de todos los genes de virulencia principales y accesorios. Del análisis realizado, se puede observar que el 100 % de las cepas STEC O145.H28 son portadoras del gen *stx*$_{2a}$, y pertenecen al secuenciotipo ST-32 identificado también a nivel mundial. Los perfiles de virulencia son muy conservados entre todas las secuencias. Además de los genes esperados de virulencia como el *eae-γ* y *ehxA* se identificaron los genes *AslA*, *astA*, *chuA*, *cif*, *csgA*, *espA*, *espB*, *espF*, *espI*, *espJ*, *espP*, *espY*, *fdeC*, *fimH*, *gad*, *hlyE*, *iha*, *iss*, *iucC*, *iutA*, *katP*, *neuC*, *nleA*, *nleB*, *nleC*, *nlpI*, *ompT*, *tccP*, *terC*, *tir*, t*oxB*, *traT*, *yehA*, *yehB*, *yehC* y *yehD*. En al menos dos cepas se encontraron genes adicionales como *aar, anr*, *hha* y *traj*. A partir del alineamiento de todos estos genomas se encontraron 34329 variaciones genéticas, lo que demuestra que dentro de su propio perfil presentan gran diversidad.

En relación al árbol se pueden observar 2 ramas, una de ellas de mayor tamaño que incluye a tres más pequeñas con la gran mayoría de las cepas.

En el árbol de la Figura 3 se identifican 4 *clusters* (color azul) y los 3 brotes (color verde) con aislamiento confirmado ya descritos previamente en la Tabla 3. En cuanto a los *clusters*, si bien presentaron diferencias mínimas de SNPs (0-1), al no tener vínculo epidemiológico no se pueden considerar parte de un mismo evento, pero podría tratarse de un clon exitoso presente en la misma área o región.

No se encontró relación clonal entre cepas de origen alimentario y casos clínicos.

Figura 2. Análisis de la relación clonal entre las cepas STEC O145.H28 de acuerdo al estudio de SNPs

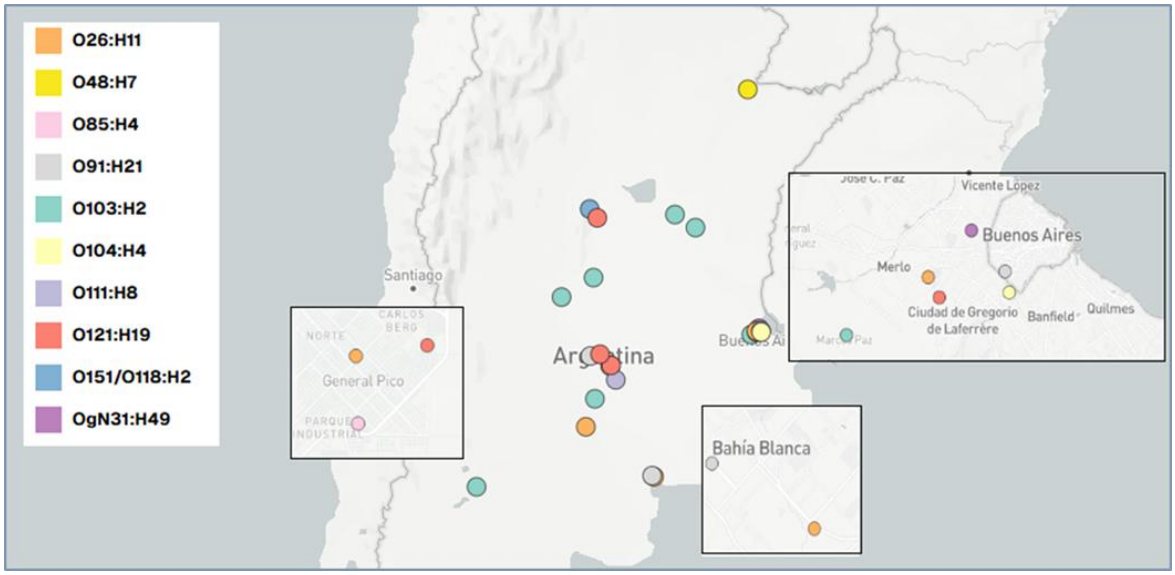


Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Análisis de otros STEC

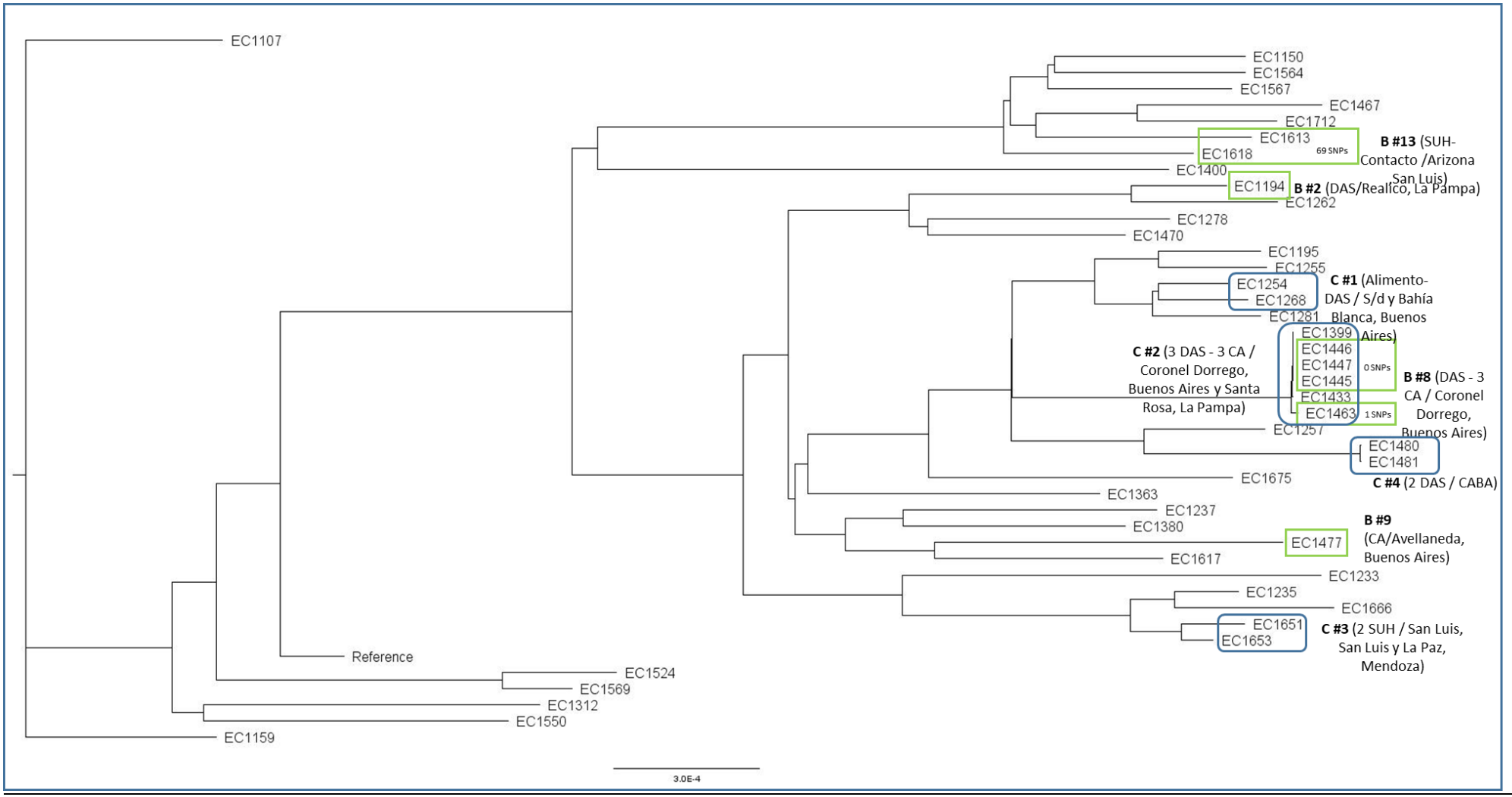
Para este análisis se incluyeron 23 cepas STEC de diferentes serotipos (excepto O157.H7 y O145.H28), aisladas de muestras de origen clínico y dos de origen alimentario (O26.H11 y O121.H19). También se incluyó en el análisis una cepa EAEC-Stx (patotipo híbrido) productor de toxina Shiga aislada de un caso de SUH. En el Mapa 4 se muestra el geo-referenciamiento de los aislamientos. Se observa mayor distribución de estos serotipos en la región central del país, debido a que muy probablemente en esta región se encuentran los laboratorios que derivan al LNR muestras y/o aislamientos para alcanzar el diagnóstico referencial.

Mapa 4. Distribución geográfica de otros serotipos de STEC identificados durante el año 2024.



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Figura 3. Detalle de los brotes y *clusters* identificados según el análisis de relación clonal entre las cepas STEC O145.H28 de acuerdo al estudio de SNPs.

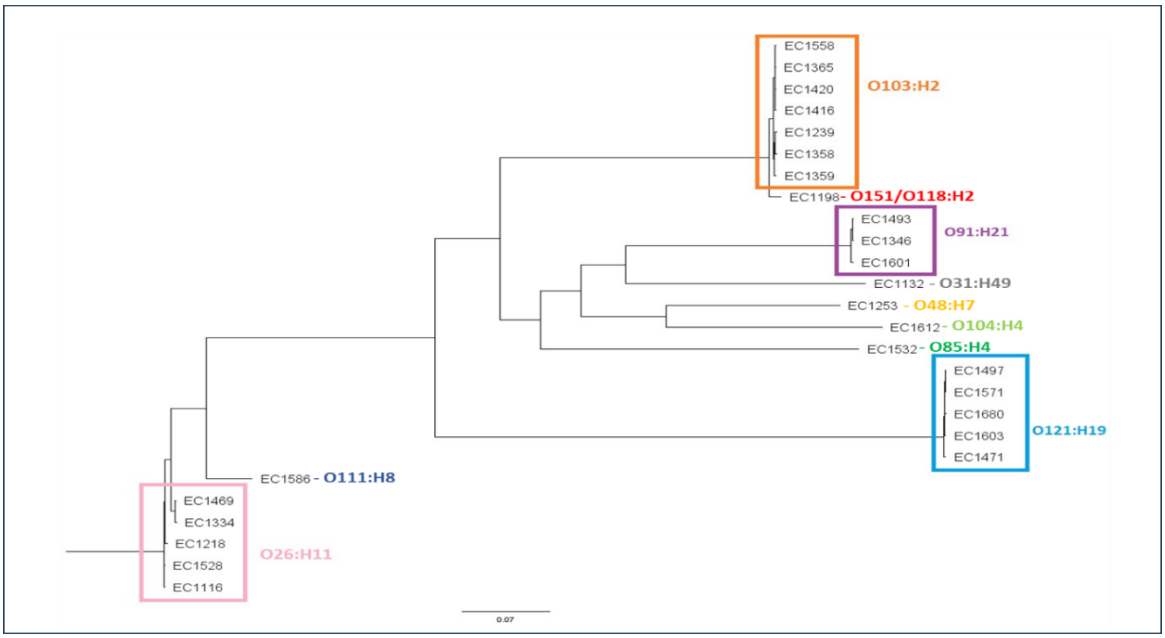


B#N°: Brote número. C#N°: Cluster número.

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Para el estudio de relación clonal se realizó el análisis de pangenoma para el concepto de clasificación con el fin de identificar las variables genéticas que se pueden atribuir a un conjunto de secuencias sin el uso de una referencia. A partir de dichas variables se observó en un árbol de máxima similitud la distribución poblacional con la correcta asociación de los serotipos identificados (Figura 4).

Figura 4. Análisis de la relación clonal para la clasificación/agrupamiento de diferentes serotipos de STEC según el análisis de pangenoma.



Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

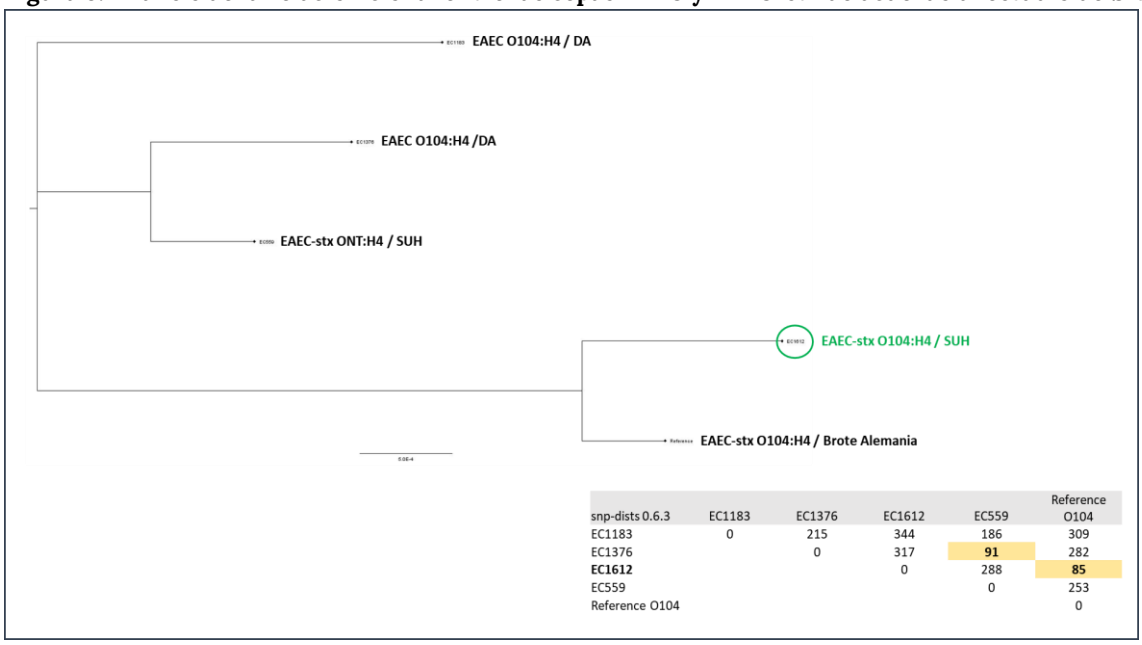
Análisis de EAEC-Stx O104.H4

Las cepas EAEC-Stx son consideradas un nuevo patotipo *E. coli* , que tienen el *coregenome* de EAEC y poseen la capacidad de producir toxina Shiga por la adquisición del fago que porta el gen de la toxina.

En Argentina es la primera vez que se identifica el serotipo EAEC-stx O104.H4 asociado a un caso de SUH. Hasta el momento se habían identificado el EAEC-stx ONT:H4 (no-O104) y EAEC O104.H4 típico (*stx*-negativo). Se realizó el análisis de SNPs entre estas cepas utilizando como referencia la secuencia TY_2482, correspondiente a un aislamiento del brote causado por EAEC-stx O104.H4 en Alemania que se extendió a otros países de Europa y Estados Unidos en el año 2011, causando 810 casos de SUH y 39 casos fatales.

En la Figura 5 se observa la distancia entre las secuencias analizadas y si bien entre la cepa de interés aislada en Argentina y la cepa de referencia aislada en Alemania hay una distancia de 85 SNPs, se consideran ocasionalmente relacionadas. Sin embargo, presentan un perfil de virulencia similar: *stx*2a, *agg*R, *aaiC*, *aap*, *agg4A*, *agg4C*, *agg4D* y *lpfA*, entre otros.

Figura 5. Análisis de la relación clonal entre las cepas EAEC y EAEC-stx de acuerdo al estudio de SNPs.



snp-dists 0.6.3	EC1183	EC1376	EC1612	EC559	Reference O104
EC1183	0	215	344	186	309
EC1376		0	317	**91**	282
EC1612			0	288	**85**
EC559				0	253
Reference O104					0

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

IX.2.E. DETECCIÓN DE CO-INFECCIÓNES DE CEPAS STEC CON CEPAS DE OTRAS CATEGORÍAS DE E. COLI DIARREIGÉNICO

El LNR realiza el diagnóstico diferencial y vigilancia de las infecciones por STEC en el marco del estudio de *Escherichia coli* diarreigénico (DEC). En este sentido se aplica un algoritmo de diagnóstico que permite detectar los distintos patotipos de DEC además del STEC: *E. coli* enteropatogénico (EPEC), *E. coli* enteroagregativo (EAEC), *E. coli* enterotoxigenico (ETEC) y *E. coli* enteroinvasivo (EIEC); como así también las co-infecciones y nuevos patotipos híbridos. Durante el periodo en estudio se detectaron diferentes co-infecciones con STEC (n=17) asociadas a casos de SUH, DAS y DA (Tabla 4). En general se observa mayor cantidad de co-infecciones asociaciadas a casos severos como SUH y DAS (14/17; 82%), fundamentalmente aquellas que son STEC-STEC (n=3). De todos modos, las asociaciones con lascategorías de EAEC (n=8) y ETEC (n=6) fueron las más frecuentes.

Tabla 4. Casos con co-infecciones de STEC/DEC. Año 2024

SUH	DAS	D	CA
·STEC O157.H7	·STEC O157.H7	·STEC O157.H7	STEC O145.H28
·STEC O145.H28	·STEC O85.H4	·EAEC O153.H2	ETEC O15.H6
·STEC O145.H28	·STEC O103.H2	·STEC O157.H7	
STEC O103.H2	·EAEC O6.H18	·ETEC O51.H26	
STEC O157.H7	·STEC O26.H11		
EAEC O175.H28	·EAEC O86.H2		
STEC O121.H19	·STEC O157.H7		
·EAEC O15.H6	·EAEC O6.H18		
·STEC O26.H11	·STEC O157.H7		
·EAEC O92.H33	·EAEC O15.H6		
·STEC O157.H7	·STEC O157.H7		
·ETEC O166.H15	·ETEC O169.H41		
·STEC O145.H28			
·ETEC O80:H42			
·STEC O103.H2			
·ETEC ONT:H9			

Fuente: Elaboración propia del Laboratorio Nacional de Referencia Servicio Fisiopatogenia del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

IX.3. Conclusiones

- La vigilancia basada en laboratorio en el marco de la Red de Nacional de diarreas y patógenos bacterianos de transmisión alimentaria, en conjunto con la utilización del SNVS, han contribuido a la mejora del diagnóstico y notificación de las infecciones por STEC.
- La incorporación de la SGC en el algoritmo de diagnóstico permitió identificar perfiles de virulencia más completos incluyendo la caracterización de los antígenos somáticos "O" y flagelares "H", ampliando de esta manera el conocimiento sobre las características específicas y dinámica de los patógenos.
- Si bien en la Argentina se observa mucha diversidad entre las cepas circulantes, también se pudieron establecer *clusters* con estrecha relación clonal, así como asociaciones de cepas a brotes confirmados por la información epidemiológica suministrada.
- Los perfiles de virulencia de STEC O157.H7 *stx*$_{2a}$/*stx*$_{2c}$/*eae*/*ehx*A y de O145.NM[H28] *stx*$_{2a}$/*eae*/*ehx*A continúan siendo prevalentes, en casos de SUH, DAS y DA.
- Cabe destacar que STEC O157 y no-O157 es detectado tanto en casos de DA como en DAS y por lo tanto es importante fortalecer su diagnóstico en las etapas tempranas a fin de controlar, por un lado, la evolución a formas severas de enfermedad y, por el otro, la aparición de brotes.
- La mejora del flujograma diagnóstico con la inclusión de la detección de genes de virulencia de las diferentes categorías de DEC, permite la detección de STEC, DEC, co-infecciones y nuevos patotipos.
- La detección de anticuerpos a-LPS contribuyó a un mejor diagnóstico de las infecciones por STEC, fundamentalmente en los casos de SUH donde no se ha podido recuperar STEC.
- Es importante destacar que el trabajo en conjunto y en forma oportuna de las diferentes áreas Clínica, Epidemiología, y de Bromatología logró controlar las infecciones por STEC en muchos de los eventos estudiados.
- Se insta a fortalecer el diagnóstico referencial en cada una de las regiones del país para lograr alcanzar una vigilancia integrada del SUH y de las infecciones por STEC.

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 24 y el 30 de abril del 2025.

X.1. Sarampión – Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 28/04/2025.

Del 1 de enero al 18 de abril de 2025, se confirmaron un total de 2318 casos de sarampión, incluyendo tres muertes, en la Región de las Américas de la OMS, lo que representa un aumento de 11 veces en comparación con los 205 casos reportados en el mismo período de 2024. Los casos se han notificado en seis países: Argentina (21 casos), Belice (2 casos), Brasil (5 casos), Canadá (1069 casos), México (421 casos, incluyendo una muerte) y Estados Unidos de América (800 casos, incluyendo dos muertes).

Figura 1. Curva epidémica que muestra los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas, por semana, del 1 de enero al 18 de abril de 2025 (n = 2318)

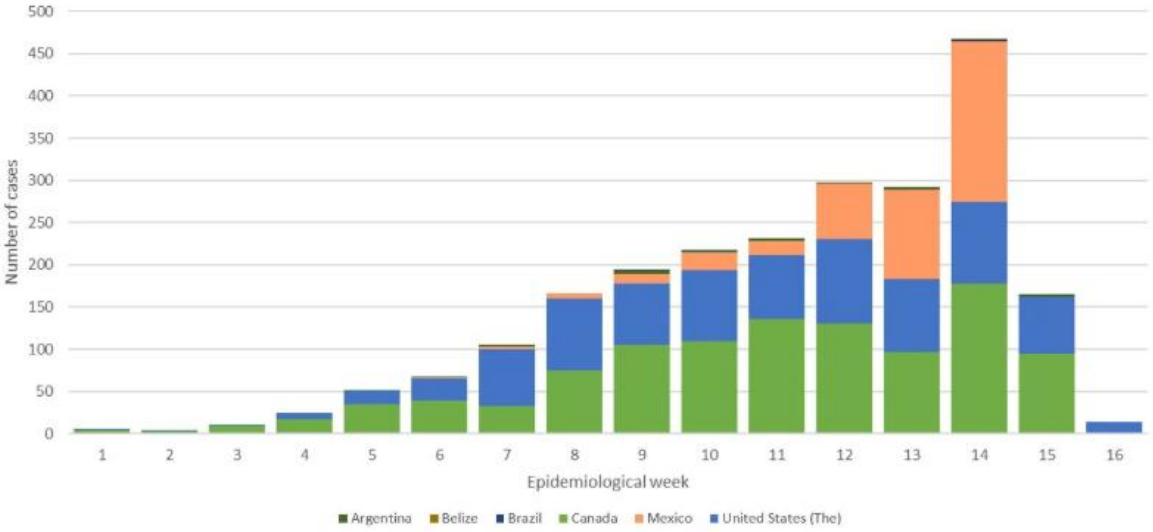
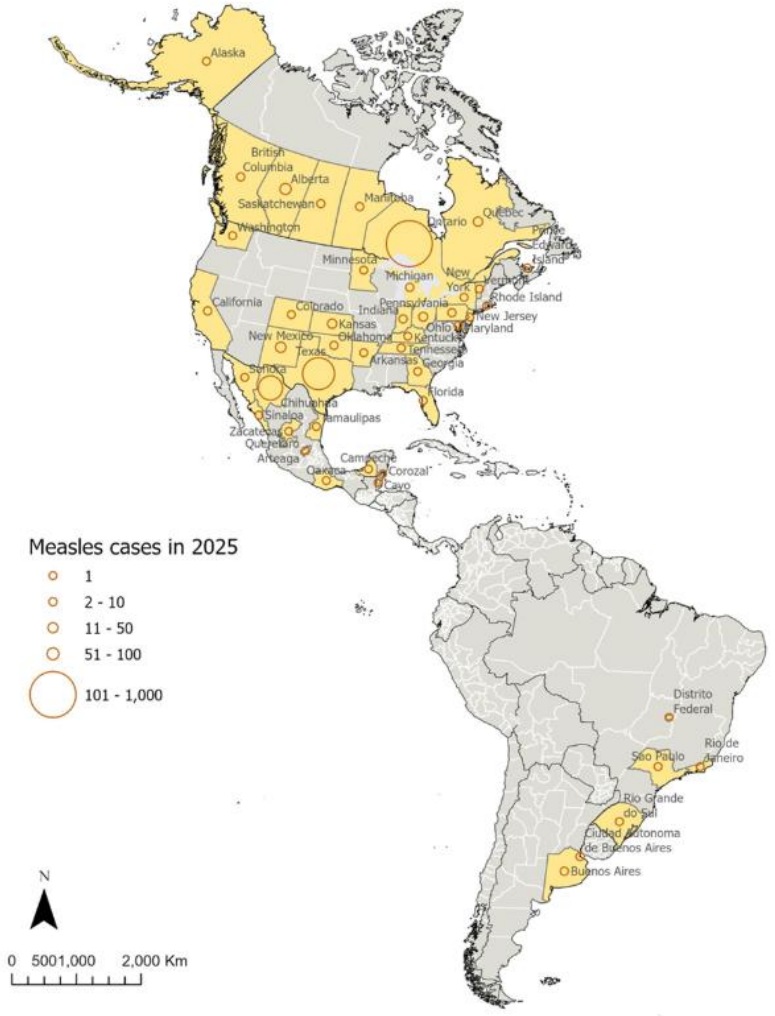


Figura 2. Distribución geográfica de los casos confirmados entre el 1 de enero y el 18 de abril de 2025



© Pan American Health Organization-World Health Organization 2025. All rights reserved.
The designations employed and the presentation of the material in these maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.
Map production:
PAHO Health Emergencies Department (PHE)
Health Emergency Information and Risk Assessment Unit (HIM)

PAHO
Pan American Health Organization
World Health Organization
Americas Region

X.1.A. RESUMEN POR PAÍSES

Argentina

Ver apartado del BEN correspondiente a la situación actual nacional.

Belice

El 12 de abril de 2025, el Ministerio de Salud y Bienestar de Belice confirmó dos casos positivos de sarampión, los primeros desde 1991. Se trató de dos varones de 17 años, de los distritos de Corozal y Cayo, sin antecedentes de vacunación, que viajaron a Chihuahua, México, del 5 de enero al 31 de marzo de 2025 para asistir a una reunión religiosa. La aparición de síntomas fue el 2 y 3 de abril de 2025. Se tomaron muestras de sangre y frotis nasofaríngeos, que fueron confirmados como positivos el 12 de abril de 2025. Trece contactos cercanos que asistieron a la misma reunión fueron entrevistados por el equipo del Ministerio y monitoreados diariamente. A pesar de los esfuerzos por aumentar la cobertura de vacunación, Belice sigue por debajo del rango objetivo del 92-95%. En 2024, la cobertura nacional para la segunda dosis de la vacuna triple viral (SRP) fue del 83,9%.

Brasil

Entre el 1 de enero y el 18 de abril de 2025, Brasil notificó cinco casos confirmados de sarampión en cuatro localidades: Distrito Federal (1), Río de Janeiro (2), Rio Grande do Sul (1) y São Paulo (1). Los dos casos de Río de Janeiro fueron en niños menores de un año, sin antecedentes de vacunación. La aparición de síntomas fue el 28 de febrero y el 2 de marzo de 2025. Los casos del Distrito Federal (síntomas el 1 de marzo) y Rio Grande do Sul (6 de abril) fueron adultos con antecedentes de viaje internacional. Además, se notificó un caso en un adulto vacunado en São Paulo, sin antecedentes de viaje internacional (síntomas el 4 de abril), cuyo origen de infección está en investigación.

Canadá

Entre el 1 de enero y el 12 de abril de 2025, Canadá notificó 1069 casos confirmados y probables de sarampión en siete provincias: Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec y Saskatchewan. Esta cifra supera ampliamente los 177 casos de 2024 y representa el número anual más alto desde la eliminación del sarampión en 1998.

La mayoría de los casos (83%) están relacionados con un gran brote multijurisdiccional entre personas no vacunadas en comunidades con baja cobertura vacunal que tienen interacciones entre sí. Entre el 27 de octubre de 2024 y el 12 de abril de 2025, se notificaron 971 casos en siete provincias. El brote comenzó con un caso importado que asistió a un evento masivo en New Brunswick en octubre de 2024, con participantes de varias provincias. De los casos asociados, el 84% no estaba vacunado y el 12% tenía estado vacunal desconocido. Hasta la fecha, solo unos pocos casos asociados al brote se han registrado fuera de las comunidades inicialmente afectadas, sin evidencia de transmisión comunitaria sostenida.

Adicionalmente, entre el 1 de enero y el 12 de abril de 2025, se reportaron pequeños brotes localizados (dos o más casos con vínculos epidemiológicos o virológicos), distintos al brote multijurisdiccional, todos relacionados con casos importados. Durante el mismo período, se atribuyeron 16 casos al viaje internacional.

México

Entre el 1 de enero y el 16 de abril de 2025, México confirmó 421 casos de sarampión: dos importados, 35 relacionados con importación y 384 bajo investigación. Los casos se registraron

en Campeche (4), Chihuahua (403, incluyendo una muerte), Oaxaca (4), Querétaro (1), Sinaloa (1), Sonora (5), Tamaulipas (2) y Zacatecas (1).

El primer caso confirmado fue un niño no vacunado en Oaxaca con antecedentes de viaje internacional entre octubre de 2024 y enero de 2025. El niño llegó a México el 29 de enero y presentó síntomas el 10 de febrero. El 14 de febrero, el laboratorio estatal de Oaxaca confirmó sarampión por RT-PCR e IgM, identificando el genotipo B3. Posteriormente, se confirmaron tres casos relacionados.

El 20 de febrero se notificó un segundo caso confirmado en Chihuahua, también en un niño no vacunado, con síntomas desde el 11 de febrero. El laboratorio estatal confirmó la presencia de sarampión por RT-PCR e IgM, con genotipo D8. A través de rastreo de contactos y búsqueda activa de casos, se identificaron otros 419 casos adicionales.

La mayoría de los casos se dieron en personas de 25 a 44 años (34,4%, n=145), seguidos por niños de 5 a 9 años (13,5%, n=57). En cuanto al historial vacunal, el 92,4% (n=389) no tenía antecedentes de vacunación; el 3,8% (n=16) tenía una dosis de la SRP, y otro 3,8% dos dosis.

Estados Unidos de América

Hasta el 17 de abril de 2025, se notificaron 800 casos confirmados de sarampión en 25 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Indiana, Kansas, Kentucky, Maryland, Michigan, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Estado de Nueva York, Ciudad de Nueva York, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas (incluyendo dos muertes), Vermont y Washington. Del total, el 93% (n=751) están asociados a brotes (definidos como tres o más casos), habiéndose identificado diez brotes hasta la fecha. El brote en Texas, Nuevo México y Oklahoma representa el 82% de los casos reportados.

El 31% (n=249) de los casos fueron en menores de cinco años, el 38% (n=304) en personas de 5 a 19 años, el 29% (n=231) en adultos mayores de 20, y el 2% (n=16) no tenía información sobre la edad. La gran mayoría (96%) no estaba vacunada o tenía estado vacunal desconocido; el 1% había recibido una dosis de la vacuna SRP y el 2% tenía dos dosis. El 11% de los casos (n=85 de 800) requirió hospitalización. Entre los niños menores de cinco años, el 19% (47 de 249) fue hospitalizado. La cobertura de vacunación con SRP en niños ha disminuido en los últimos años, del 95,2% en 2019-2020 al 92,7% en 2023-2024.

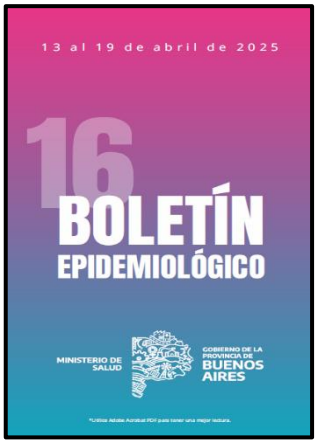
Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON565

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

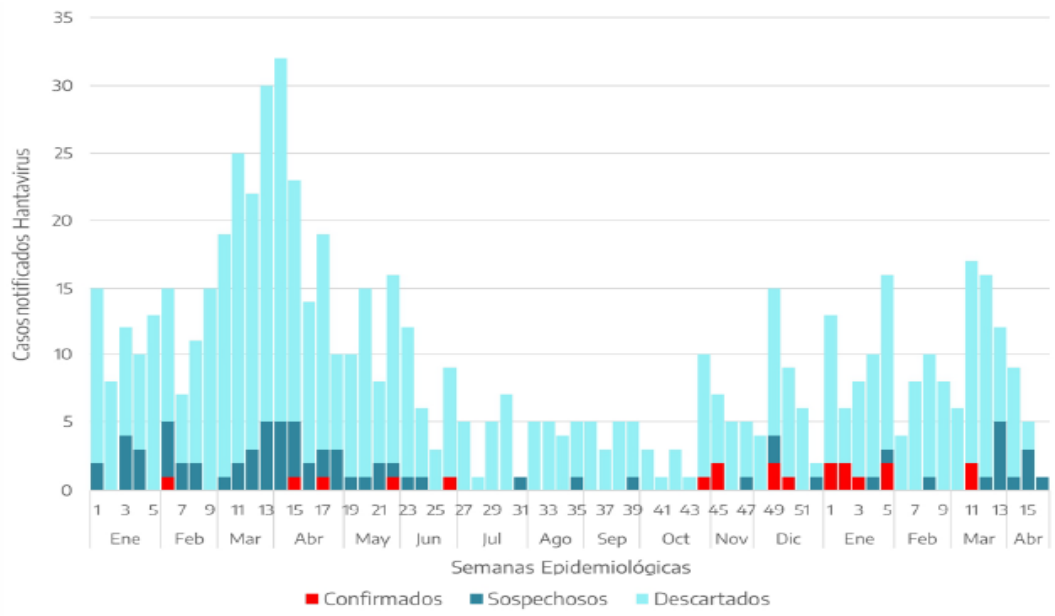
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Hantavirosis

El número de casos confirmados en las primeras semanas del 2025 supera lo registrado en el año anterior. Durante 2024 se notificaron 506 casos sospechosos de hantavirus, de los cuales 11 fueron confirmados, 437 descartados y 58 sospechosos. Entre los casos confirmados 2 fallecieron, el primero se trató de un hombre de 44 años de edad durante la primera semana de febrero (SE 6) y el segundo correspondió a una mujer de 39 años en la segunda semana de diciembre (SE 50).



Casos notificados de hantavirosis por semana epidemiológica. PBA, SE 1 a SE 52 de 2024 (N= 506) y SE 1 a SE 16 de 2025 (n=149).



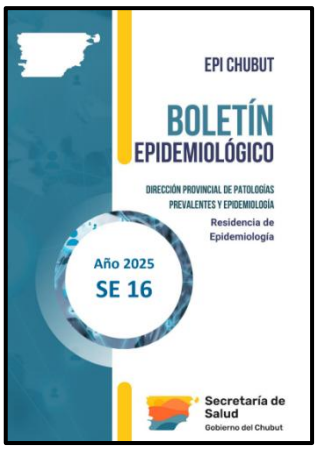
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

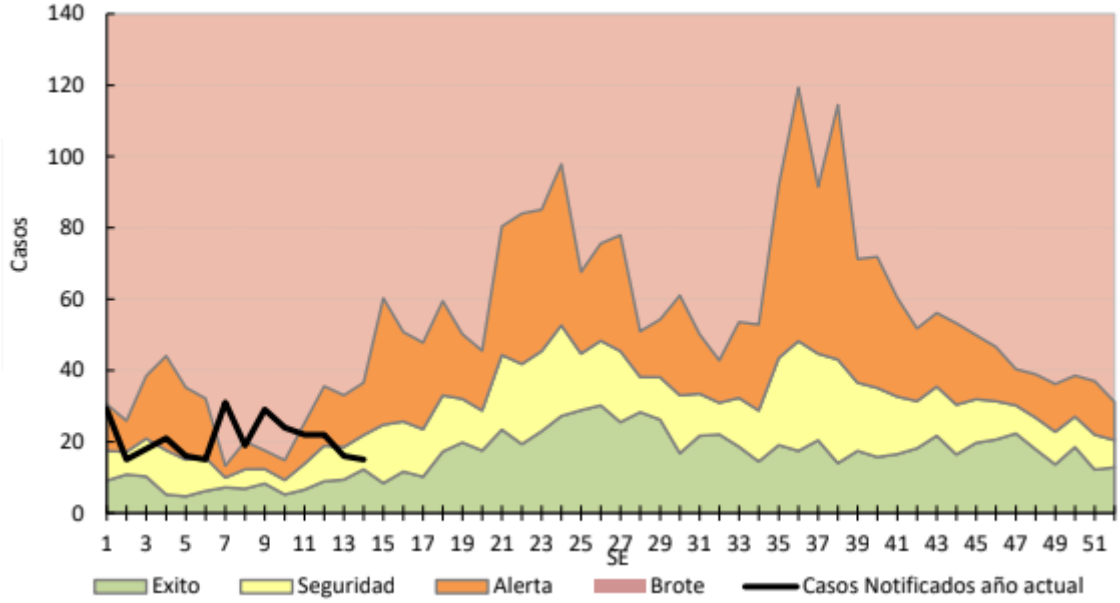
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Chubut: Neumonía

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



Corredor endémico semanal de Neumonía Provincia de Chubut. SE 1-14 Año 2025. N=292

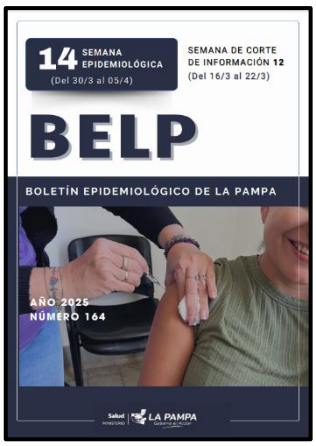


Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

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

XI.3. La Pampa: Enfermedad tipo influenza (ETI)

En 2025 se notificaron 496 casos de ETI, un 18% menor a lo notificado el año anterior mismo periodo de tiempo. Los departamentos de la provincia que aumentaron la tasa con respecto a 2024 figuran en rojo.



Casos y tasas (por 1000 hab.) de ETI hasta SE12 periodo 2024-2025 por Departamento. La Pampa.

Departamento	2024		2025		Dif. de casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Atreucó	6	0,5	33	3,0	27
Caleu Caleu	1	0,4	1	0,4	0
Capital	225	1,9	145	1,2	-80
Catriló	0	0,0	0	0,0	0
Conhelo	70	4,6	25	1,6	-45
Chalileo	4	1,4	3	1,0	-1
Chapaleufú	7	0,6	4	0,3	-3
Chical Có	0	0,0	0	0,0	0
Curacó	0	0,0	0	0,0	0
Guatraché	13	1,4	9	0,9	-4
Hucal	8	1,0	14	1,8	6
Lihuel Calel	0	0,0	0	0,0	0
Limay Mahuida	0	0,0	0	0,0	0
Loventué	1	0,1	24	2,6	23
Maracó	94	1,4	21	0,3	-73
Puelén	0	0,0	128	11,0	128
Quemú Quemú	15	1,8	6	0,7	-9
Rancul	9	0,8	4	0,4	-5
Realicó	76	4,4	57	3,3	-19
Toay	57	3,2	18	1,0	-39
Trenel	7	1,2	4	0,7	-3
Utracán	0	0,0	0	0,0	0
Total	593	1,6	496	1,4	-97

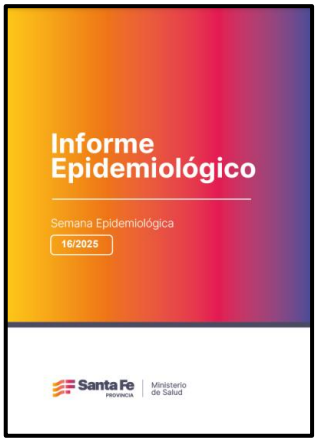
Fuente: Elaboración propia del Área de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.

Para más información:

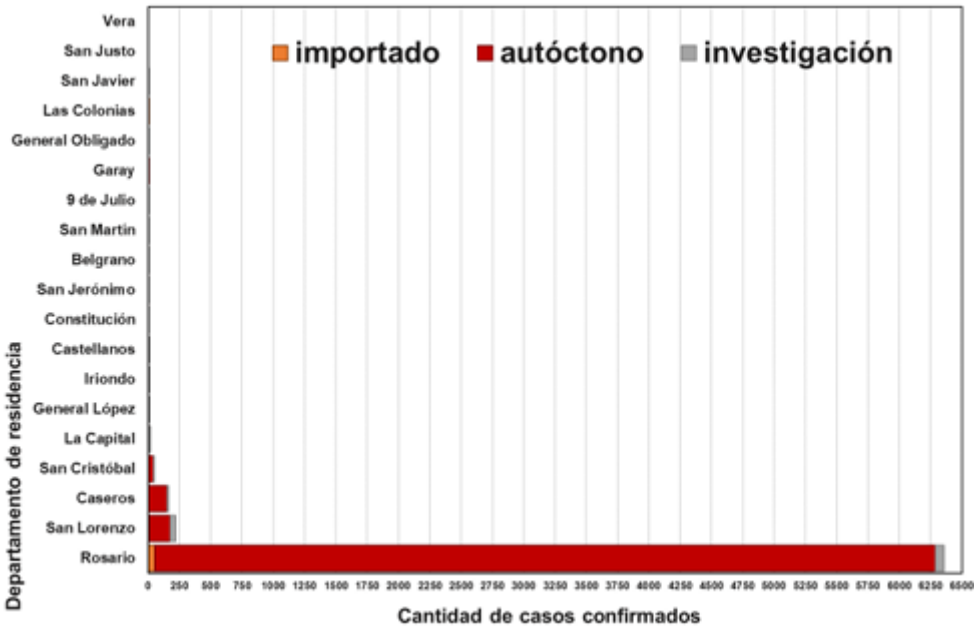
vigilanciaepidemiologia@lapampa.gob.ar

XI.4. Santa Fe: Dengue

Es necesario señalar que durante la última semana epidemiológica se observa un aparente descenso en el número de casos, lo cual puede estar relacionado con el retraso en la notificación y no con su disminución. Por lo mencionado, dado la carga retrospectiva de los casos, se podría ver modificada la dinámica previamente descrita en próximos boletines, una vez que los registros sean actualizados.



Casos de Dengue "importados" y "autóctonos" desde SE 31/2024 hasta a SE 17/2025 según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. N= 6857.

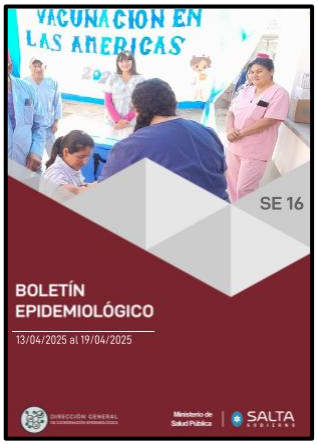


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 26/04/2025.

Para más información:

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

XI.5. Salta: Dengue

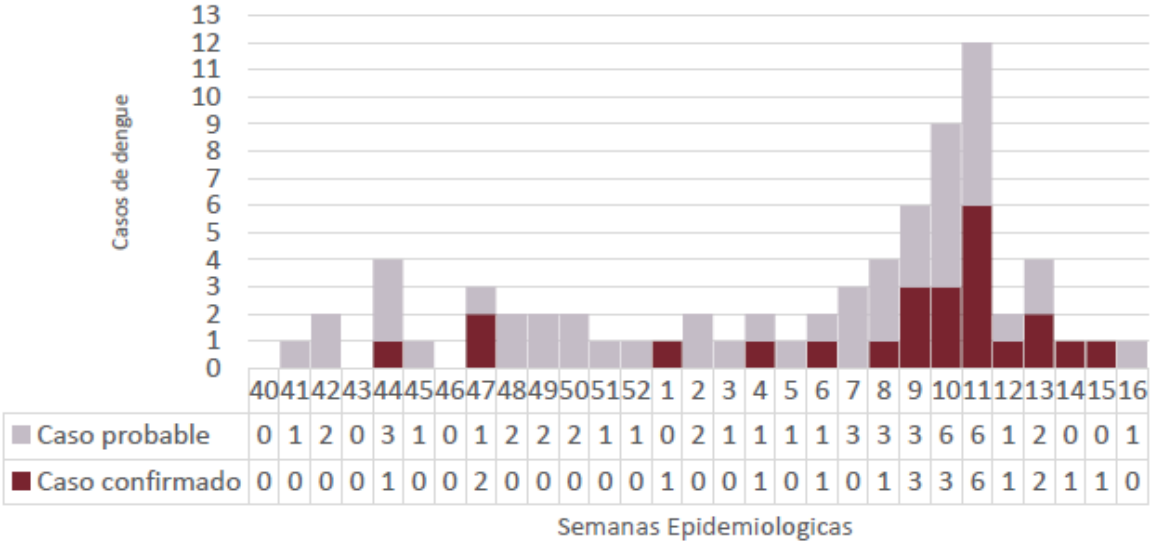


Hasta la SE 16/2025 se confirmaron 24 casos de dengue para la provincia de Salta 22 confirmado por laboratorio y 2 confirmado por nexo epidemiológica (tasa de incidencia 1.7 casos cada 100.000 hab.) y se notificaron 47 casos probables (Grafico N°2).

En la SE 44/2024 se presentó el primer caso confirmado de dengue de la temporada, con residencia en el departamento de Capital y sin antecedentes de viaje por lo que se lo clasifico como autóctono, con serotipo DEN-2. En la SE 47/2024 se confirmó un nuevo caso de Dengue, paciente con residencia en Capital, sin antecedente de viaje, no se pudo establecer el serotipo.

Hasta SE 16 del año 2025, se reportaron 21 casos confirmados en la capital salteña, de los cuales uno se identificó como DEN-2, tres casos no se pudieron establecer el serotipo y el resto se identificó como DEN-1. La tasa de incidencia para el departamento Capital hasta la SE 15/2025 es de 3.2 casos de dengue por 100.000 hab.

Dengue: Curva de casos confirmados y probables por semana epidemiológica. SE 40/2024 a SE 16/2025. Provincia de Salta.



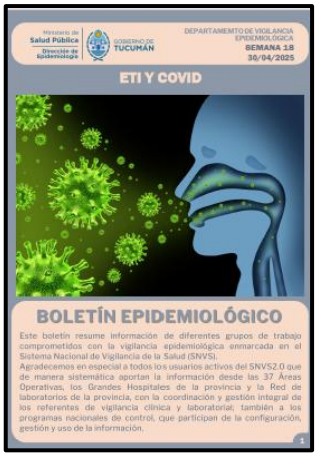
Fuente: Elaboración propia de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

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

XI.6. Tucumán: Eventos Priorizados

La vigilancia epidemiológica, tiene como objetivo monitorear el comportamiento de la ENOS (Enfermedades de Notificación Obligatoria). La siguiente tabla muestra la situación de aquellas enfermedades con mayor potencial epidémico, comparando con la situación promedio de 5 años anteriores a igual semana epidemiológica.



Casos esperados y ocurridos para la SE 16 (13 al 19 de abril de 2025) de patologías priorizadas. Provincia de Tucumán.

Patología	Esperados	Ocurridos	Diferencia %	Chi^2	Valor de p *	Tasa de Incidencia por 1000	IC 95 %	
Diarreas	304	256	-15.7	4.80	0.0284	16.9	14.9	19.0
Varicela	10	12	19.4	0.15	0.7026	0.8	0.3	1.2
Bronquiolitis	104	93	-10.9	0.84	0.3603	6.2	4.9	7.4
ETI	527	2728	417.9	1458.61	0.0000	180.5	173.7	187.2
Neumonia	52	83	60.3	6.78	0.0092	5.5	4.3	6.7
Escorpionismo	37	52	42.1	2.46	0.1168	3.4	2.5	4.4

Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

En los eventos priorizados, durante la semana epidemiológica 16, se registró un aumento significativo de ETI y Neumonía; una disminución de Diarreas.

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 en **marzo** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

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

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

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

XII.1. Información relevante: enteroparasitosis

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

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

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

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

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

XIII. 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.

XIII.1. Información detallada sobre la residencia:

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

XIII.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.

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

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

XIV. 1° 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

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



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

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



Duración: 30 horas

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