



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

47

NÚMERO 629
AÑO 2022

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



Ministerio de Salud
Argentina

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

DR. ALBERTO ÁNGEL FERNÁNDEZ

MINISTRA DE SALUD DE LA NACIÓN

DRA. CARLA VIZZOTTI

JEFA DE GABINETE

LIC. SONIA GABRIELA TARRAGONA

SECRETARIA DE ACCESO A LA SALUD

DRA. SANDRA MARCELA TIRADO

SUBSECRETARIA DE MEDICAMENTOS E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. NATALIA GRINBLAT

DIRECTORA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

DRA. ANALÍA REARTE

DIRECTOR DE EPIDEMIOLOGÍA

MG. CARLOS GIOVACCHINI

CONTENIDO

Staff	4
SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES	2
Viruela símica	3
Hepatitis aguda grave de origen desconocido	11
EVENTOS PRIORIZADOS	14
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	15
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	40
INFORMES ESPECIALES	49
VIH en Argentina - 2021	50
ALERTAS EPIDEMIOLOGICAS INTERNACIONALES	63
Actualización epidemiológica - Cólera - 29 de noviembre de 2022	63
Enfermedad de Ébola causada por el ebolavirus Sudan – Uganda	63
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA	63
Recomendaciones para la prevención y control de Candida auris en establecimientos de salud	64
Resolución 2827/2022: Actualización de las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria	65

STAFF

Dirección de Epidemiología

Carlos Giovacchini	Juan Pablo Ojeda	Andrés Hoyos Obando
Victoria Hernández	Ignacio Di Pinto	María Pía Buyayisqui
Tamara Wainziger	Guillermina Pierre	Karina Martínez
Silvina Erazo	Martina Meglia Vivarés	Ezequiel Travín
Sebastián Riera	Camila Domínguez	Dalila Rueda
Martina Iglesias	Paula Rosin	Analí López Almeйда
María Belén Markiewicz	Fiorella Ottonello	Laura Bidart
Maria Eugenia Chaparro	Federico M. Santoro	Mariel Caparelli
Luciana Iummato	Daniela Álvarez	Mercedes Paz
Leonardo Baldiviezo	Cecilia S. Mamani	Mariana Mauriño
Julio Tapia	Carla Voto	Georgina Martino
Julieta Caravario	Antonella Vallone	Alexia Echenique
Juan Ruales	Mariel Caparelli	Estefanía Cáceres
Silvina Moisés		

Contribuyeron con la gestión y/o análisis de la información para la presente edición, además de los equipos de la Dirección de Epidemiología:

- Informe viruela símica: Adrián Lewis¹
- Informe infecciones respiratorias agudas: Elsa Baumeister y Andrea Pontoriero², Josefina Campos³.
- Informe VIH en Argentina – 2021: Ariel Adaszko⁴, Sebastián Aquila⁴, Johanna Blanco⁴, Vanesa Kaynar⁴, Valeria Levite⁴, Mercedes Musso⁴, Marysol Orlando⁴.

Imagen de tapa: Jóvenes leyendo material informativo. Foto aportada por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis.

Este boletín es el resultado del aporte de las personas usuarias del SNVS^{2.0} que proporcionan información de manera sistemática desde las 24 jurisdicciones; de los laboratorios nacionales de referencia, los referentes jurisdiccionales de vigilancia clínica y laboratorial y de los programas nacionales de control, que colaboran en la configuración, gestión y usos de la información.

¹ Laboratorio Nacional de Referencia Viruela símica, INEI-ANLIS.

² Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS.

³ Plataforma de Genómica, ANLIS.

⁴ Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis.

SITUACIONES EPIDEMIOLOGICAS EMERGENTES



943

1

Casos confirmados reportados

Personas fallecidas en el país

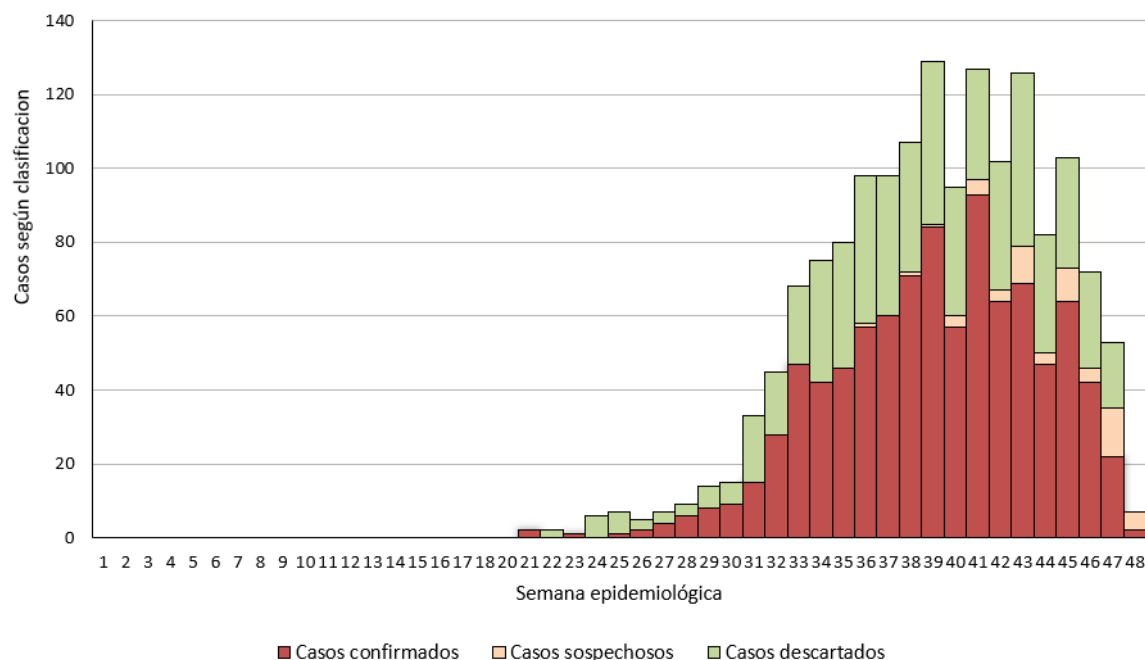
- ✓ Hasta el 29 de noviembre se confirmaron 943 casos en Argentina.
- ✓ El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 44 casos con un máximo de 64 en la SE45 y un mínimo de 22 en la SE47
- ✓ La mediana de edad de los casos es de 35 años con un mínimo de 10 años y un máximo de 78 años.
- ✓ El 98,5% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino (14 corresponden a sexo legal femenino, 4 de género trans y 10 de género cis).
- ✓ A la fecha, hay un caso que se encuentra con cuidados intensivos, residente de la provincia de Buenos Aires, que presenta factores de riesgo (VIH-SIDA).
- ✓ El día 22/11 se notificó el primer caso fallecido, en un varón de 44 años que presentaba factores de riesgo (VIH-SIDA).
- ✓ Se han notificado casos confirmados en 16 jurisdicciones y sospechosos en 23.
- ✓ Los casos siguen concentrados en la región Centro, en grandes conglomerados urbanos (el 66,7% de los casos confirmados se registraron en residentes de la CABA y junto con las provincias de Buenos Aires y Córdoba, concentran el 95%).
- ✓ Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres y con el antecedente de relaciones sexuales con múltiples parejas sexuales.

Tabla 1. Viruela símica: frecuencia absoluta y relativa de notificaciones acumuladas según clasificación y provincia de residencia. Argentina al 29-11-22.

Provincia de residencia	Confirmado	Frecuencia relativa acumulada Confirmados	Sospechoso	Descartado	Total	Frecuencia relativa acumulada Total notificados
CABA	629	66,7	28	257	914	58,22
Buenos Aires	248	93,0	22	227	497	89,87
Córdoba	19	95,0	2	20	41	92,48
Santa Fe	14	96,5	2	13	29	94,33
Tierra del Fuego	9	97,5		4	13	95,16
Río Negro	5	98,0		3	8	95,67
Santa Cruz	4	98,4	1	6	11	96,37
Mendoza	3	98,7	1	4	8	96,88
Neuquén	3	99,0		4	7	97,32
Chubut	2	99,3		5	7	97,77
Tucumán	2	99,5	2	0	4	98,03
Chaco	1	99,6		4	5	98,34
Corrientes	1	99,7		1	2	98,47
Jujuy	1	99,8		4	5	98,79
Salta	1	99,9		0	1	98,85
San Juan	1	100,0		4	5	99,17
Entre Ríos			1	1	2	99,30
Formosa				4	4	99,55
La Pampa				1	1	99,62
La Rioja				1	1	99,68
Misiones				3	3	99,87
San Luis				1	1	99,94
Santiago del Estero				1	1	100,00
Total	943		59	568	1570	

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

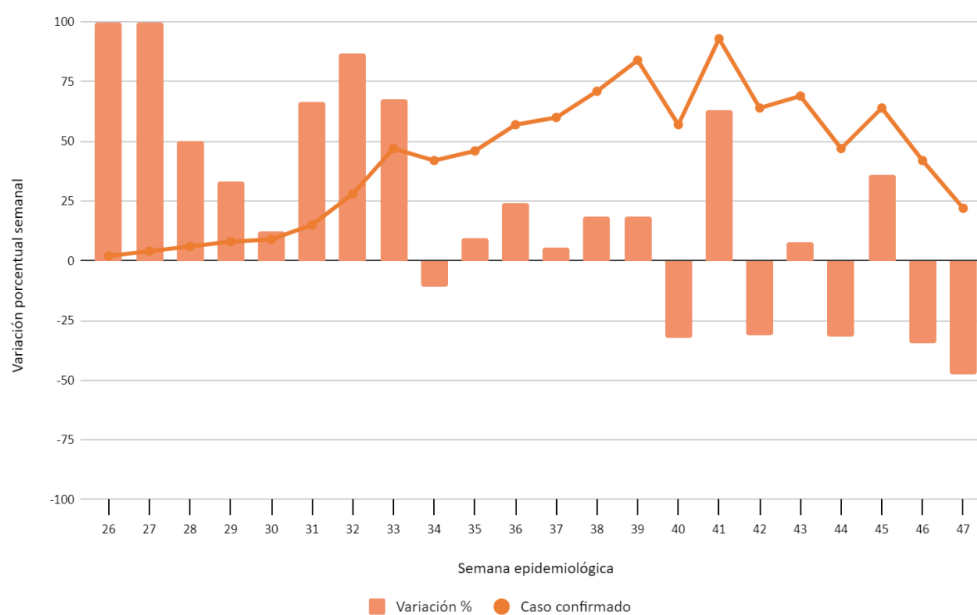
Gráfico 1. Casos de viruela símica según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina. SE1 a SE47 (48 parcial).



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

El promedio de casos confirmados de las últimas 4 semanas fue de 44 con un máximo de 64 en la SE45 y un mínimo de 22 en la SE47 (Gráfico 1). Se registra por sexta semana consecutiva un menor número de casos que en la semana en que se registró el pico (representado hasta ahora por la semana SE41) y una tendencia en descenso.

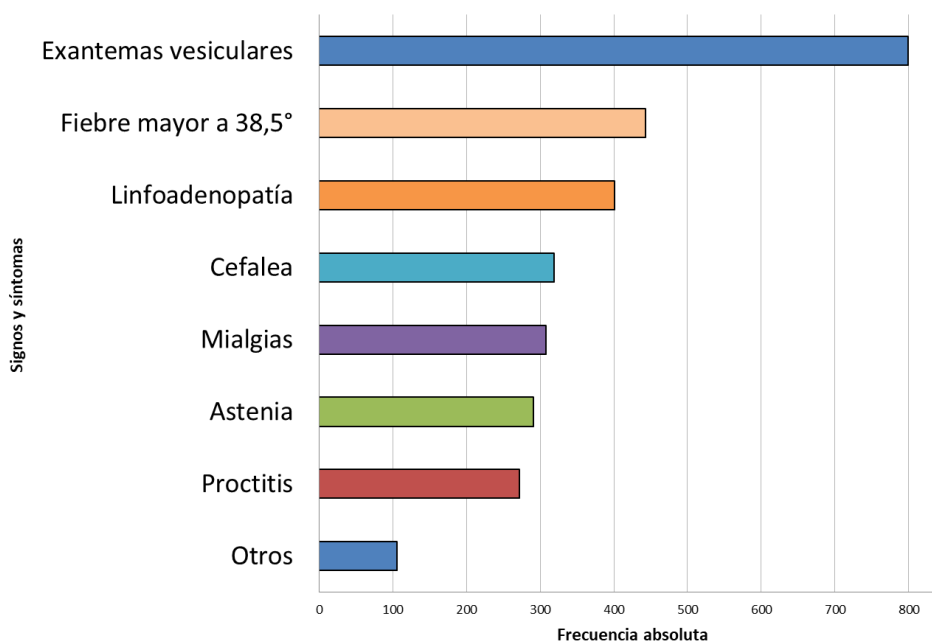
Gráfico 2. Variación respecto de la semana anterior y casos confirmados por semana epidemiológica. SE26 a SE47.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS^{2.0}

Los casos confirmados hasta ahora en el país se caracterizaron principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones incluyendo genitales, perianales, manos, torso y cara, fiebre y linfadenopatías.

Gráfico 3. Viruela símica: frecuencia absoluta de signos y síntomas en casos confirmados (n=894). Hasta 29/11/2022.



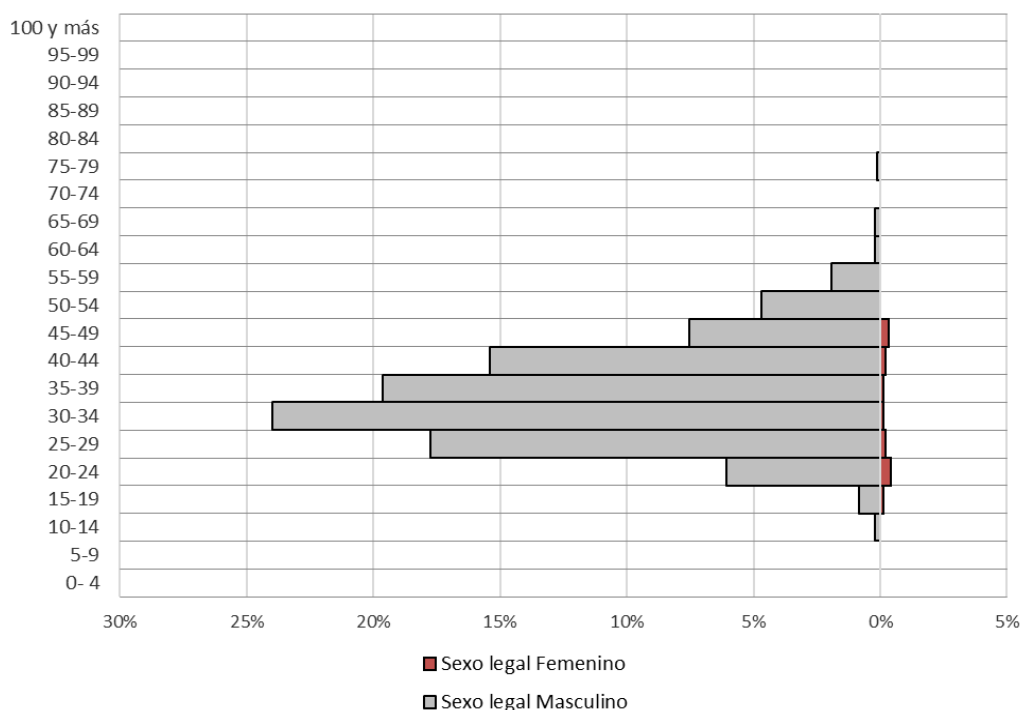
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

Hasta el momento se registran dos casos internados en unidades de cuidados intensivos. Ambos pacientes presentan factores de riesgo (VIH-SIDA).

El 98,5% de los casos corresponden a personas de sexo legal masculino y 14 de sexo legal femenino (4 mujeres de género trans y 10 mujeres de género cis).

La mediana de edad es de 35 años, con un mínimo de 10 años y un máximo de 78 años.

Gráfico 4. Viruela símica: distribución de casos confirmados acumulados por grupo de edad y sexo legal. Argentina, hasta el 29/11/2022.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

Hasta el momento la población más afectada continúa siendo la compuesta por hombres que tienen sexo con otros hombres. No obstante, se recuerda que la viruela símica puede afectar a cualquier persona que entre en contacto con una persona enferma de viruela símica, principalmente si tiene contacto físico directo -como el contacto sexual-, o con materiales contaminados.

De los 943 casos confirmados, hasta el momento 64 refieren antecedentes de viaje previo al inicio de los síntomas. De los casos restantes, se cuenta con información disponible para 598 casos confirmados, para los que existe una distribución de antecedentes de contacto físico con casos sospechoso/confirmado/sintomático, contacto físico con viajero, relaciones múltiples/ocasionales.

Guía para el estudio y vigilancia epidemiológica de viruela símica en Argentina:
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-para-el-estudio-y-vigilancia-epidemiologica-de-viruela-simica-en-argentina>

Ficha de notificación:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/06/20220527_-_ficha_viruela_simica_1.pdf

SITUACIÓN INTERNACIONAL

81.107

Casos confirmados reportados a OMS

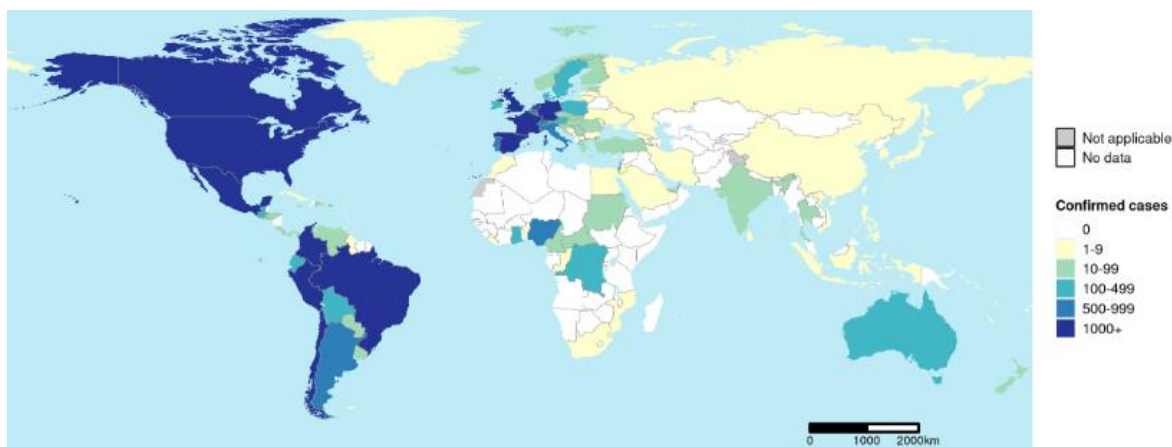
110

Países afectados

55

Personas fallecidas reportadas a OMS

Mapa 1. Distribución geográfica de casos de viruela símica reportados a OMS entre el 01/01 y el 29/11.



Fuente: [2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends \(shinyapps.io\)](#)

Tabla 2. Viruela símica: Casos notificados y fallecidos por Región de la OMS, al 26-11-22.

Región	Casos	Fallecidos
Región de África	982	14
Región de las Américas	54.277	34
Región del Mediterráneo Oriental	78	1
Región de Europa	25.516	5
Región del Sudeste Asiático	31	1
Región del Pacífico Occidental	223	0

Fuente: [2022 Monkeypox Outbreak: Global Trends \(shinyapps.io\)](#)

Desde el 1° de enero hasta el 29 de noviembre de 2022, se han registrado 81.107 casos de viruela símica confirmados en 110 países/territorios/área y 55 muertes distribuidas en cinco de las seis Regiones de la OMS.

El número de casos nuevos informados semanalmente en todo el mundo ha disminuido un 46,1% en la semana 47 en comparación con la semana previa; 10 países informaron un aumento en el número semanal de casos, con el mayor aumento informado en Perú; 71 países no han informado nuevos casos en los últimos 21 días.

El 86,1% de los casos se concentran en 10 países: Estados Unidos, Brasil, España, Francia, Reino Unido, Colombia, Alemania, Perú, México y Canadá.

Los 34 casos fallecidos en la Región de las Américas se presentaron en EE.UU (14), Brasil (12), México (4), Ecuador (2), Chile (1) y Cuba (1).

El 96,9% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años.

El 1,2% de los casos con datos sobre la edad se encuentran entre los 0 y 17 años, de los cuales el 0,3% poseen edades entre 0 y 4 años.

Entre los casos con orientación sexual reportados, el 84,8% (24.251/28.607) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y entre ellos, el 5,3% se identificaron como bisexuales.

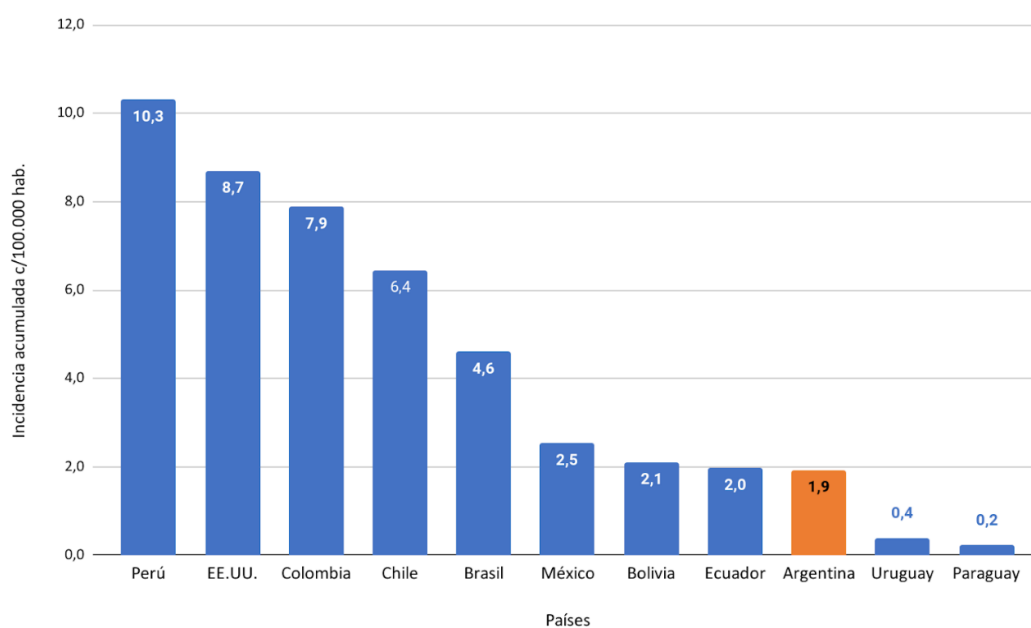
De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron los más comúnmente reportados, con 13.904 de 19.609 (70,9%) de todos los eventos de transmisión reportados.

Entre los casos mundiales con estado de VIH conocido, el 52% (14.573/28.006) corresponden a casos VIH positivos. Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos para los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia aquellos que informan resultados positivos del VIH.

El entorno de exposición más frecuente reportado a nivel mundial es el de fiestas con contactos sexuales (registrado en el 59% de los casos con datos para este indicador).

En cuanto a la situación regional, Argentina se encuentra entre los países con menor incidencia acumulada cada 100.000 habitantes. Brasil, Colombia, Perú, EE.UU, México y Chile presentan mayor cantidad de casos acumulados, pero a la vez, una incidencia acumulada mayor. Otros países, como Bolivia y Ecuador, poseen un número total de casos menor que nuestro país, pero una incidencia acumulada mayor.

Gráfico 5. Incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en países de la región al 29-11-22.



Fuente: elaboración propia en base a los datos de fuentes oficiales de cada país y www.who.int

Debido a la rápida propagación del virus en al menos 75 países y territorios, el día 23 de julio de 2022 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote actual de viruela constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), motivo por el cual se insta a intensificar las medidas de vigilancia epidemiológica, identificar casos, y sus contactos e implementar las medidas de control. Disponible [aquí](#).

HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 30 de noviembre de 2022.

La implementación de la vigilancia de Hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría se inició el 27 de abril de 2022, ante la detección de casos en otros países del mundo.

El trabajo de recopilación de información y cierre de los casos se realiza en conjunto por los equipos de la Dirección de Epidemiología Nacional y Provinciales, la Coordinación de Hepatitis Virales y los laboratorios nacionales de referencia de Hepatitis Virales y Gastroenteritis virales del INEI-ANLIS y el equipo técnico del INCUCAI.

SITUACIÓN NACIONAL AL 30/11/2022

12

Casos probables notificados

1

Caso probable fallecido

4

Casos probables trasplantados.

38

Casos descartados.

23

Casos pendientes de clasificación.

3

Mediana de edad probable (Min 0 – Máx 7).

29

Última semana epidemiológica en que se registraron casos probables.

46

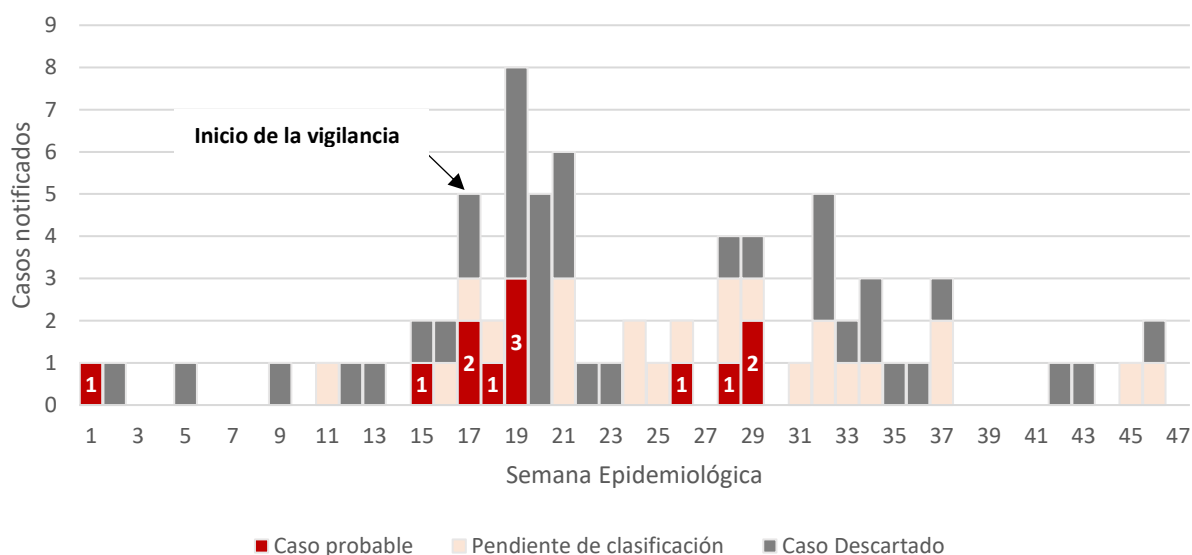
Última semana epidemiológica en que se registraron casos pendientes en investigación.

Tabla 3. Casos de hepatitis aguda grave de origen desconocido en pediatría, según jurisdicción de residencia y clasificación del caso.

Jurisdicción de residencia	Caso probable	Pendiente de clasificación	Caso Descartado	Casos notificados
Buenos Aires	3	13	22	38
CABA		3	3	6
Catamarca		1		1
Chaco		1		1
Chubut	1		1	2
Córdoba			1	1
Corrientes			2	2
La Pampa	1		1	2
Mendoza	1		1	2
Misiones	2	1	2	5
Neuquén	1		2	3
Río Negro			1	1
Salta			1	1
San Juan	1			1
San Luis	1			1
Santa Cruz		1		1
Santa Fe	1	3		4
Tucumán			1	1
Total	12	23	38	73

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología a partir de datos del SNVS 2.0.

Gráfico 5. Curva de casos de Hepatitis Aguda Grave de origen desconocido en menores de 16 años, según clasificación del caso por SE*. Argentina, 2022.



*Calculada en base a la FIS y cuando no se encuentre, Fecha de apertura.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos del SNVS 2.0

Documento integrado sobre hepatitis aguda grave:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/documento-integrado-sobre-hepatitis-aguda-grave>

Ficha de notificación:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-hepatitis-aguda-grave>

EVENTOS PRIORIZADOS



VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

A partir de abril de 2022 en Argentina se implementa una **Estrategia de vigilancia epidemiológica integral** de las infecciones respiratorias agudas con el objetivo de monitorear la frecuencia y distribución de agentes etiológicos involucrados, entre los mismos SARS-CoV-2, influenza, VSR y otros virus respiratorios, así como caracterizar la enfermedad respiratoria en cuanto a gravedad e impacto en la población (Disponible en: [2022-estrategia-ira.pdf \(argentina.gob.ar\)](#)).

Se realiza una transición de la vigilancia de COVID-19 a integración de la misma en la vigilancia de las enfermedades respiratorias agudas de presunto origen viral.

Se prioriza el diagnóstico de COVID-19 ante casos sospechosos pertenecientes a los siguientes grupos:

- Personas mayores de 50 años
- Personas con condiciones de riesgo⁵
- Poblaciones especiales que residan, trabajen o asistan a ámbitos como instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, etc.
- Personas con antecedente de viaje en últimos 14 días a una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no esté circulando en el país;
- Personas con enfermedad grave (internadas)
- Fallecidos y casos inusitados
- Investigación y control de brotes

En el presente informe se desarrolla el análisis del comportamiento de los Eventos de Notificación Obligatoria ligados a la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas: Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía, Bronquiolitis en menores de 2 años e Infección respiratoria aguda grave (IRAG), COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (en vigilancia universal), Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA, Monitoreo de SARS-COV-2 y OVR en ambulatorios (Unidades de Monitoreo Ambulatorio-UMA) y los casos estudiados por laboratorio para la detección de virus respiratorios bajo vigilancia en Argentina a partir de los datos registrados al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2^{2.0}.

⁵ Diabetes, obesidad grado 2 y 3, enfermedad cardiovascular/renal/respiratoria/hepática crónica, personas con VIH, personas con trasplante de órganos sólidos o en lista de espera, personas con discapacidad, residentes de hogares, pacientes oncológicos con enfermedad activa, tuberculosis activa, enfermedades autoinmunes y/o tratamientos inmunosupresores.

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE LA SE 46/2022

2.206

Casos confirmados de COVID-19 informados durante la semana 46.

6

Fallecidos informados en la semana 46 (estos fallecimientos ocurrieron en semanas previas).

7,09%

Positividad para SARS-CoV-2 por RT-PCR en Unidades de Monitoreo Ambulatorio.

39,35%

Positividad para Influenza en Unidades de Monitoreo Ambulatorio⁶.

INFORMACIÓN NACIONAL ACUMULADA HASTA LA SE 46/2022

- ✓ Los casos de ETI registrados hasta la SE45 superan los casos registrados en años históricos. Asimismo, los casos de neumonía notificados durante el mismo periodo superan los registrados desde el año 2018 (SNVS2.0) y se asemejan a los registrados en 2016. Los casos de Bronquiolitis, en cambio, son inferiores a los registrados en los años pre-pandémicos.
- ✓ Entre la SE01-45 de 2022 se registraron 1.114.990 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 169.865 casos de Neumonía, 191.129 casos de Bronquiolitis en menores de dos años y 31.720 casos de Infección respiratoria aguda internada (IRAG).
- ✓ La positividad calculada para el periodo SE16- SE46 de 2022 en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio para SARS-CoV-2, influenza y VSR entre las muestras analizadas por rt-PCR es de 19,75%, 21,75% y 3,69%, respectivamente. Respecto a la semana anterior, desciende para influenza y asciende para VSR.
- ✓ Entre los casos hospitalizados, entre las SE 23-46 el porcentaje de positividad calculado para SARS-CoV-2, influenza y VSR es de 12,16%, 20,57% y 30,45%, respectivamente. Se observa un descenso de la positividad para influenza y VSR, en comparación con la semana previa.
- ✓ En el periodo analizado, además de SARS-CoV-2, se detecta circulación de influenza, VSR, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.
- ✓ Hasta la SE 46 de 2022 se registraron 129 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

⁶ Las muestras estudiadas registradas en las últimas semanas son escasas y esto debe considerarse para la interpretación de los resultados. A la fecha de elaboración de este informe, las muestras estudiadas para influenza registradas en SE46 representan el 46,17% de las registradas para SE45.

9.723.924

Casos de COVID-19 acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 19 de noviembre de 2022.

130.017

Casos de COVID-19 fallecidos acumulados notificados desde el comienzo de la pandemia hasta el 19 de noviembre de 2022.

76,5%

De los fallecidos en las últimas 4 semanas tenían 50 años o más.

47,6%

De la población argentina recibió el primer refuerzo de la vacuna contra la COVID-19.

100%

De los casos investigados en vigilancia genómica de SARS CoV-2 entre la SE16 y SE 37 corresponden a variante Ómicron en todas las regiones del país. Entre la SE24 y SE37 se observa que BA.4 y BA.5 se encuentran en ascenso mientras que la proporción de BA.2 disminuye.

71,9%

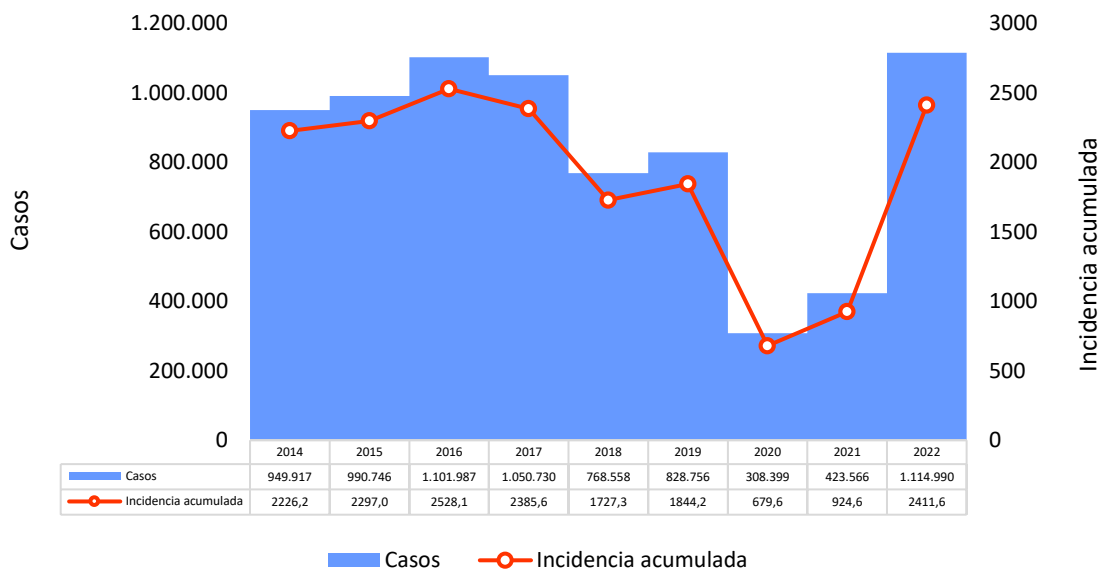
Es la cobertura del primer refuerzo en el grupo de 50 y más años.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre la SE01-45 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.114.990 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2411,6 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en las mismas semanas de los últimos nueve años, se observa que en 2022 se registraron hasta la fecha un número de casos superior al año con el mayor número para el período que fue el 2016 (cuando se registraron 1.101.987).

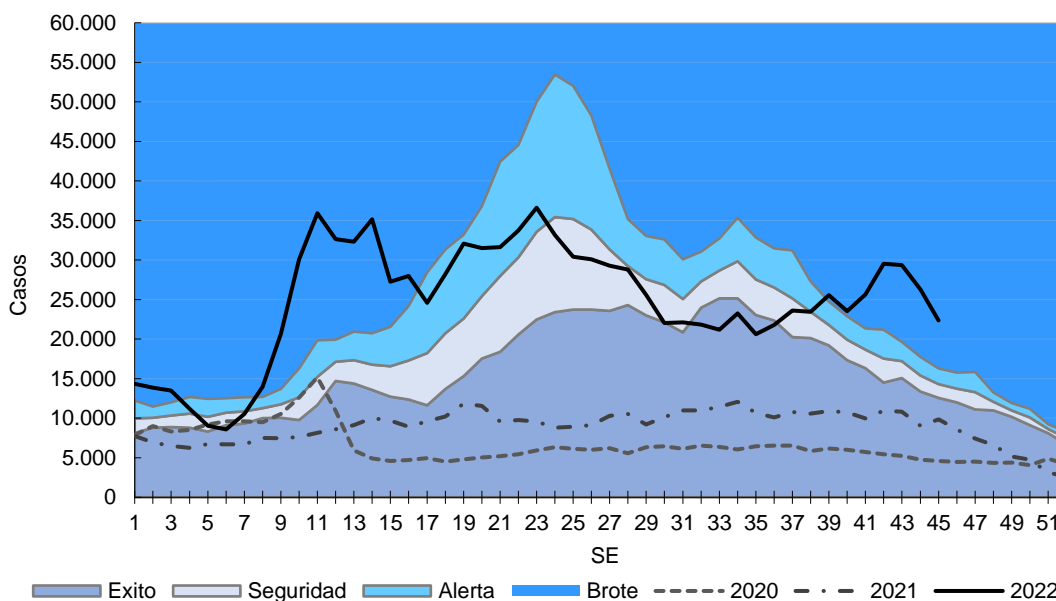
Gráfico 1. Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 45 – Año 2014-2022 Argentina.



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) C2 y SNVS 2.0

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país muestran un número de casos mayor a lo esperado encontrándose en las zonas de brote y alerta entre la SE08-31 y SE38-45, con el mayor número de casos registrado en SE23 y con una estacionalidad diferente a la esperada. Por otra parte, a partir de la SE11 del año 2020 y durante el año 2021, se observa un descenso general en las notificaciones con un comportamiento diferente del evento en relación a la estacionalidad de años previos.

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-45 de 2022. Argentina.



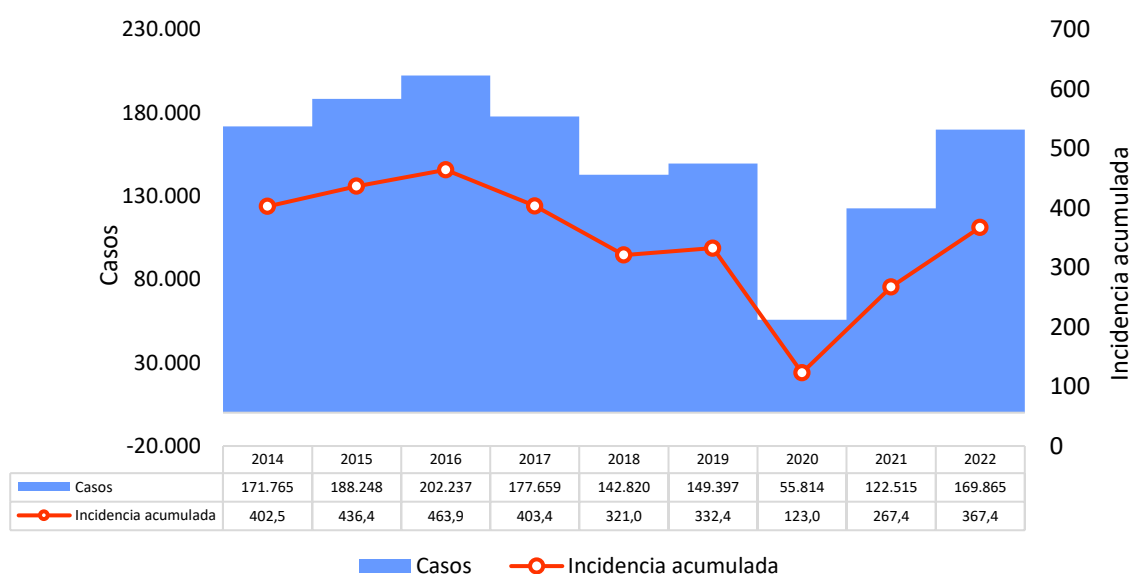
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

NEUMONÍA

Entre la SE01- 45 del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 169.865 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 367,4 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías en las primeras 45 semanas de los últimos nueve años se observa que los años con mayor número de notificaciones fueron 2015 y 2016. En la presente temporada se verifica también un aumento en el número de casos, superando el registrado en los últimos 4 años para el mismo período.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a SE45 – Año 2014-2022. Argentina.⁷

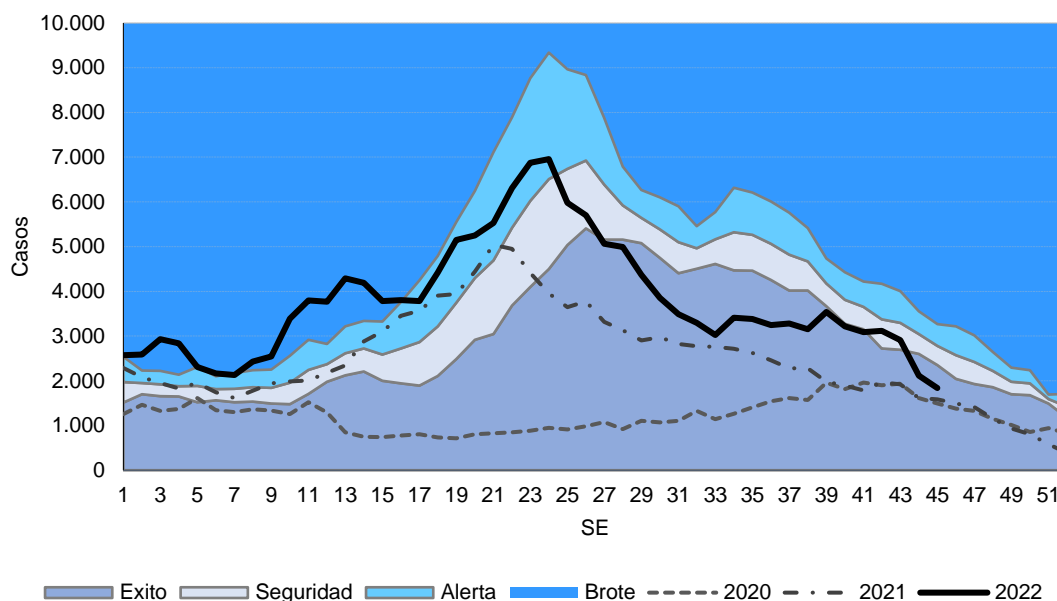


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS ^{2.0}

Las notificaciones por semana muestran un número de casos mayor a lo esperado encontrándose entre las zonas de alerta y brote hasta la SE25, luego de la cual descienden para ubicarse de seguridad y éxito, mostrando una estacionalidad acorde a los esperado según los años prepandémicos. A diferencia del año 2020 en el cual se observa un marcado descenso de los casos registrados. Durante el año 2021, los casos se encuentran en la zona de alerta entre las SE1-21 para luego descender por debajo de los límites esperados.

⁷ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Gráfico 4. Neumonía: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-45 de 2022. Argentina.



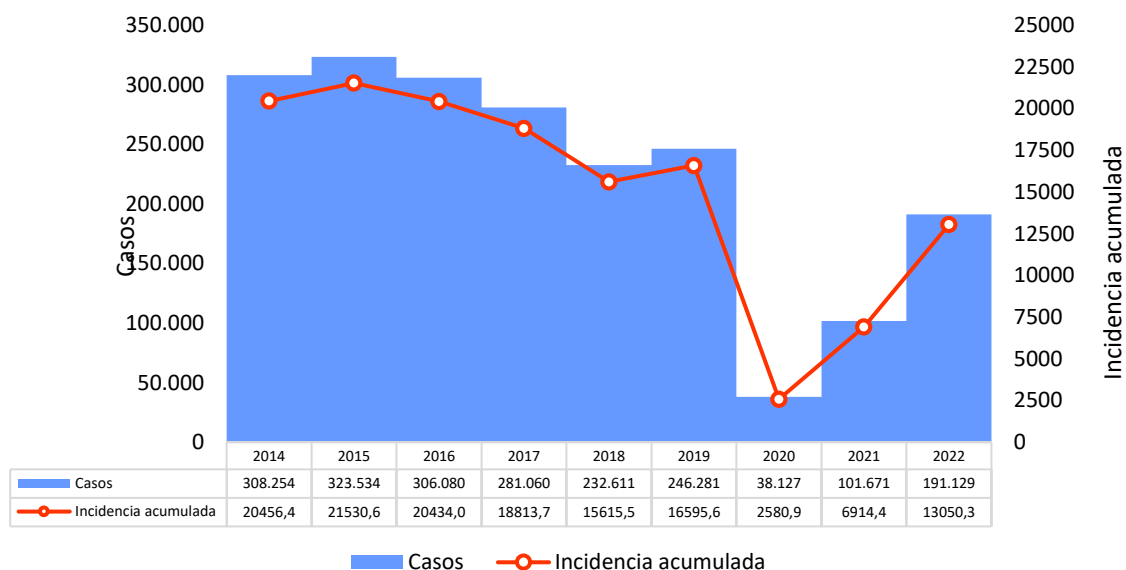
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS ^{2.0}

BRONQUIOLITIS

Entre la SE01- 45 semanas del año 2022 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 191.129 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 13050,3 casos/100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis en las primeras 45 semanas de los últimos nueve años muestra que los años con mayor número de notificaciones fueron 2014 y 2015, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019 respecto del año previo y con un número inusualmente bajo registrado para 2020 y 2021. Durante el año en curso, los casos registrados vuelven a incrementarse respecto de los dos años previos pero no llegan a los niveles de notificación alcanzados en todos los demás años de la serie.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 habitantes. Total país. SE01 a 45 – Año 2014-2022 Argentina.⁸

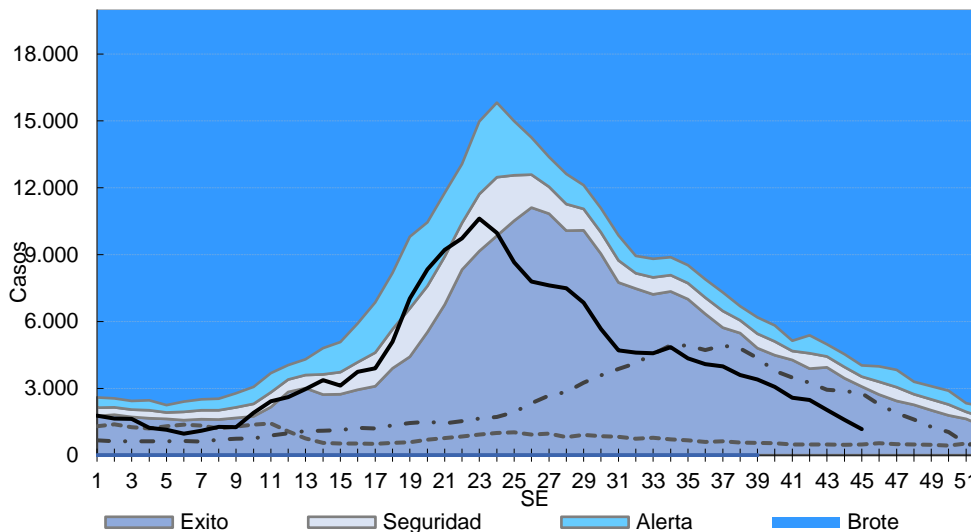


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0)

Los casos por semana muestran un número de casos por debajo de lo esperado hasta la semana 10 luego de la cual entra en zona de seguridad y algunas semanas toca la zona de alerta, volviendo a situarse en zona de éxito a partir de la SE23. Este comportamiento muestra una estacionalidad similar a los años previos, a diferencia de los años 2020 y 2021 cuyo comportamiento de la notificación fue atípico (casi sin notificaciones en el año 2020 y con una frecuencia baja y desplazada a la derecha (segundo semestre del año) para el 2021).

⁸ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 del año en curso. A partir de la SE23 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

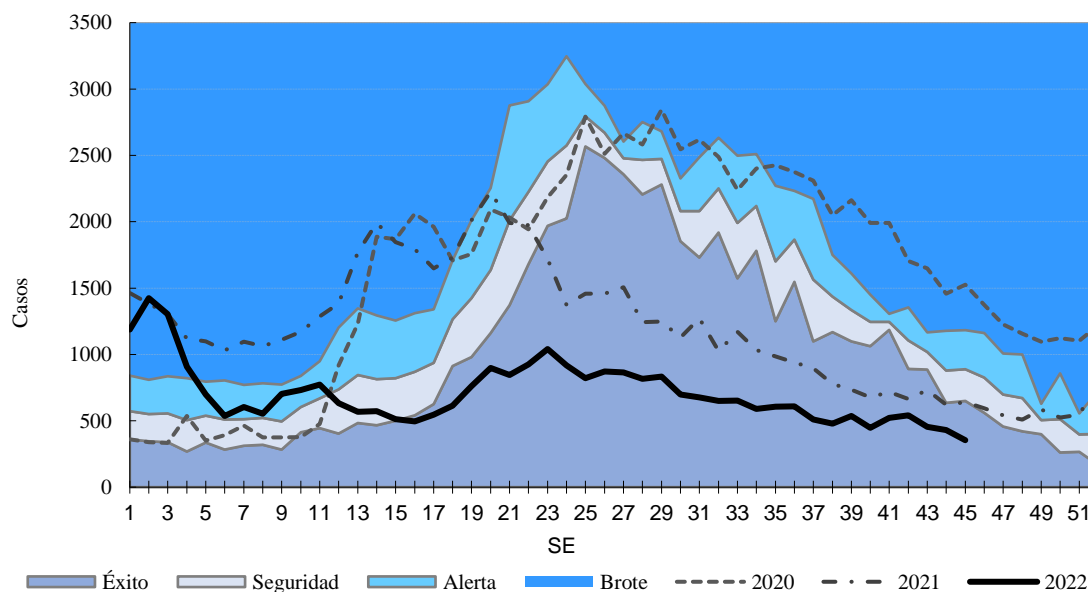
Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-45 de 2022. Argentina.



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) C2 y SNVS 2.0

Los casos de IRAG por semana se muestran en la zona de alerta y brote hasta la SE12 para luego descender por debajo del límite esperado. Para el año 2020 se observa un ascenso a partir de la SE11 encontrándose en las zonas de alerta y brote la mayoría de las semanas del año. Durante el año 2021 las notificaciones se mostraron mayor a los límites esperados hasta la SE23 para luego descender a la zona de éxito hasta la SE46, posterior a la cual se observa un nuevo ascenso en el número de casos.

Gráfico 7. Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Corredor endémico Semanal – 2020 – 2021- 5 años: 2015 a 2019. SE1-45 de 2022. 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) C2 y SNVS 2.0

VIGILANCIA DE COVID-19, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN UNIDADES DE MONITOREO DE PACIENTES AMBULATORIOS (UMAS)

A continuación, se presentan datos registrados hasta la SE 46 al evento “Monitoreo de SARS-CoV-2 y OVR en ambulatorios”. El objetivo de esta estrategia es mantener la vigilancia y monitoreo de COVID-19 en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad en las 24 jurisdicciones del país logrando una representatividad geográfica. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de ETI, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y VSR por rt-PCR.

Desde el inicio de la estrategia de vigilancia de las UMAs, se analizaron por rt-PCR 10.124, 6.418 y 5.346 muestras para SARS-CoV-2, influenza y VSR, respectivamente. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 por PCR se mantuvo en valores inferiores al 10% hasta la SE19, llegó a un 33,04% en SE24, a partir de la cual -si bien con fluctuaciones- se mantuvo entre 26,06 % y 36,98% (en sus valores mínimo y máximo) hasta la SE31 a partir de la cual desciende hasta SE43. A partir de SE44 se observa un ascenso siendo de 7,09% en la SE 46. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE16-17, con valores por debajo de 10% hasta SE35. A partir de SE36 se registra un ascenso en la positividad para influenza, alcanzando un 53,58% en SE43 y siendo de 39,35% en la SE46⁹. El porcentaje de positividad para VSR se mantuvo en valores por debajo del 10% con oscilaciones entre 0,31% y 8,71%, siendo de 0,83% en SE46. En casos ambulatorios desde la SE36, la positividad para influenza es superior a la proporción de positividad para SARS COV 2 y VSR.

Tabla 1: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS COV 2, influenza y VSR – SE16-46 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.¹⁰

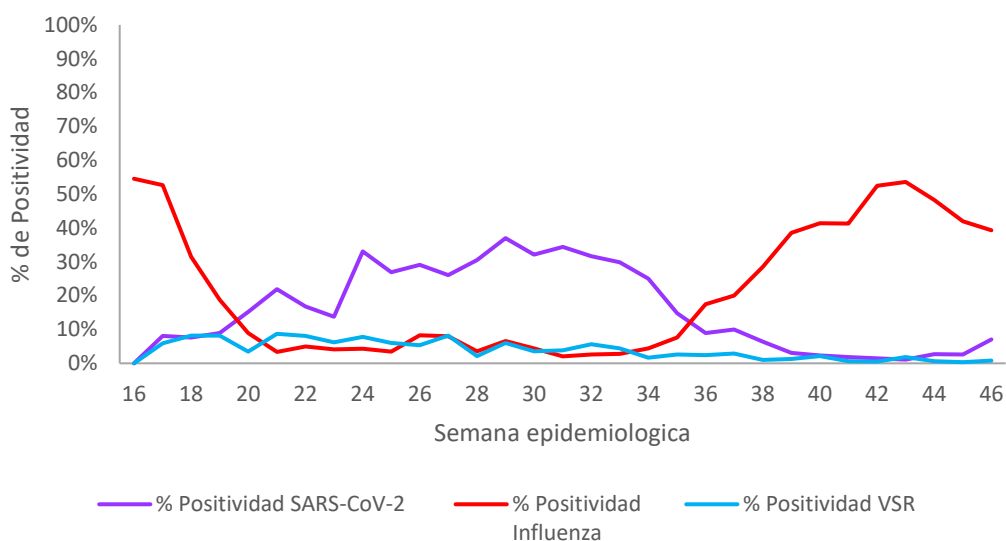
	Última semana			SE16 – SE46		
	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad	Muestras estudiadas	Positivos	% Positividad
SARS-CoV-2 Total	847	27	3,19%	96.272	26.263	27,28%
SARS-CoV-2 por PCR	141	10	7,09%	11.188	2.210	19,75%
Influenza	155	61	39,35%	7.646	1.663	21,75%
VSR	121	1	0,83%	6.348	234	3,69%

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.

⁹ Las muestras estudiadas registradas en las últimas semanas son escasas y esto debe considerarse para la interpretación de los resultados. A la fecha de elaboración de este informe, las muestras estudiadas para influenza registradas en SE46 representan el 46,17% de las registradas para SE45.

¹⁰ Se debe considerar para la interpretación de los porcentajes que el número de muestras notificadas en la última semana es aún escaso y se actualizará en la medida que se registre nueva información al SNVS.2.0.

Gráfico 8. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, influenza y VSR por semana epidemiológica. Estrategia UMAs – SE16-46 Año 2022.¹¹

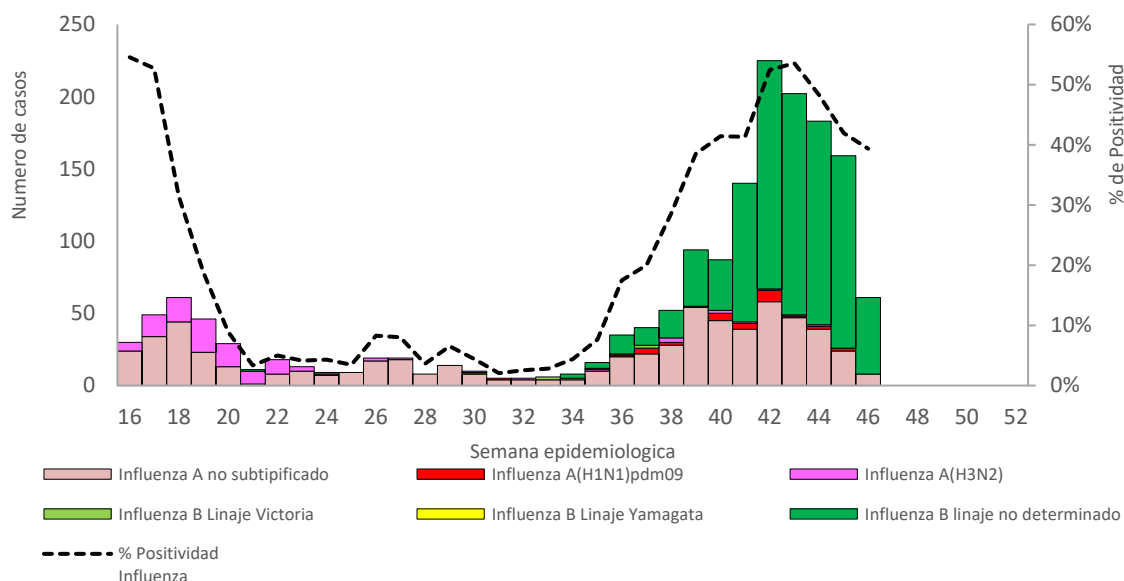


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En relación con las muestras positivas para virus Influenza (n=1.663), 795 (47,80%) fueron positivas para Influenza A y 868 (52,19%) para Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 147 muestras cuentan con subtipificación, detectándose Influenza A (H3N2) (n=115) e Influenza A (H1N1) pdm09 (n=32). Como puede observarse en el Gráfico desde el comienzo de la implementación de UMAs y hasta la SE29 se registró circulación de A (H3N2). A partir de la SE30 se registran casos de A (H1N1). Entre las SE33-46 nuevamente se registran casos de virus influenza B, de los cuales 7 corresponden a influenza B linaje Victoria, mientras que los 861 casos restantes son influenza B sin identificación de linaje. En casos ambulatorios, entre las SE41-46, se observa un predominio de las detecciones de influenza B en relación a influenza A.

¹¹ Corresponde a las muestras analizadas para SARS-CoV-2, influenza y VSR por PCR. En SE16 se registran 2 muestras para VSR, 1 con resultado positivo y 1 con resultado negativo. Para mejor interpretación de la positividad de virus respiratorios, no se incluyen en este gráfico

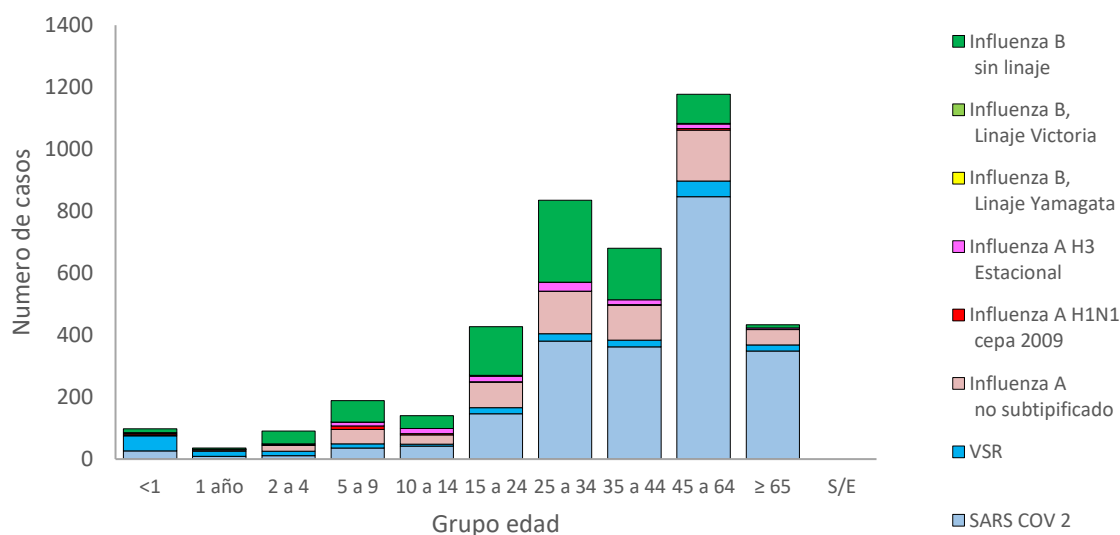
Gráfico 9. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica – SE16-46 Año 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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}.

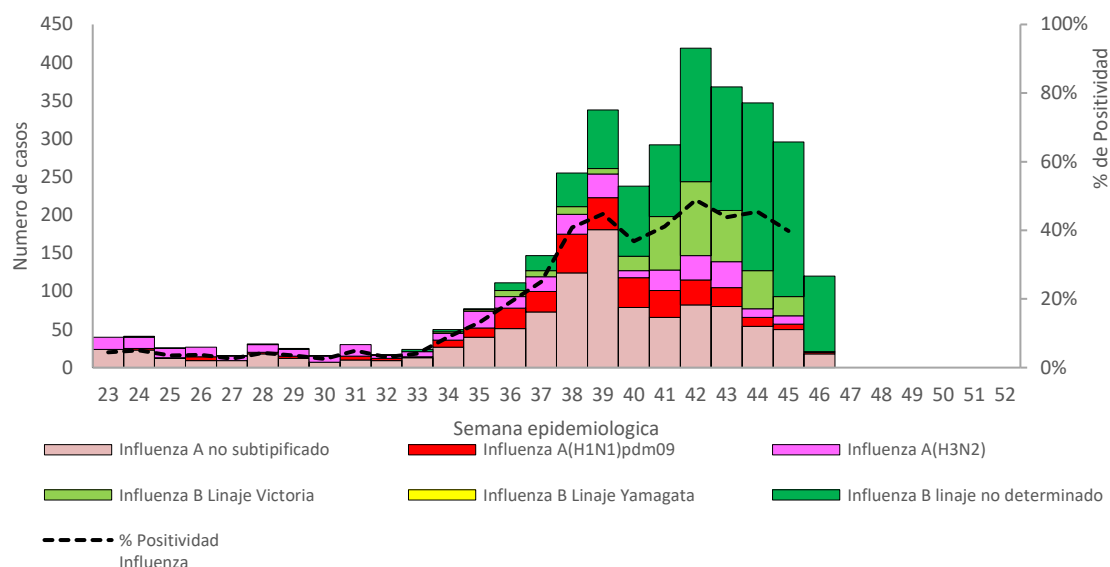
Los casos de influenza se detectan en todos los grupos de edad, con el mayor número de muestras positivas en el grupo de 25-34 años y 35-44 años. Las muestras positivas para VSR también se registran en todos los grupos de edad, principalmente en los menores de 1 año y en el grupo de 45-64 años.

Gráfico 10. Distribución absoluta de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados a SE 43 de 2022. Estrategia UMAs. Argentina.



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

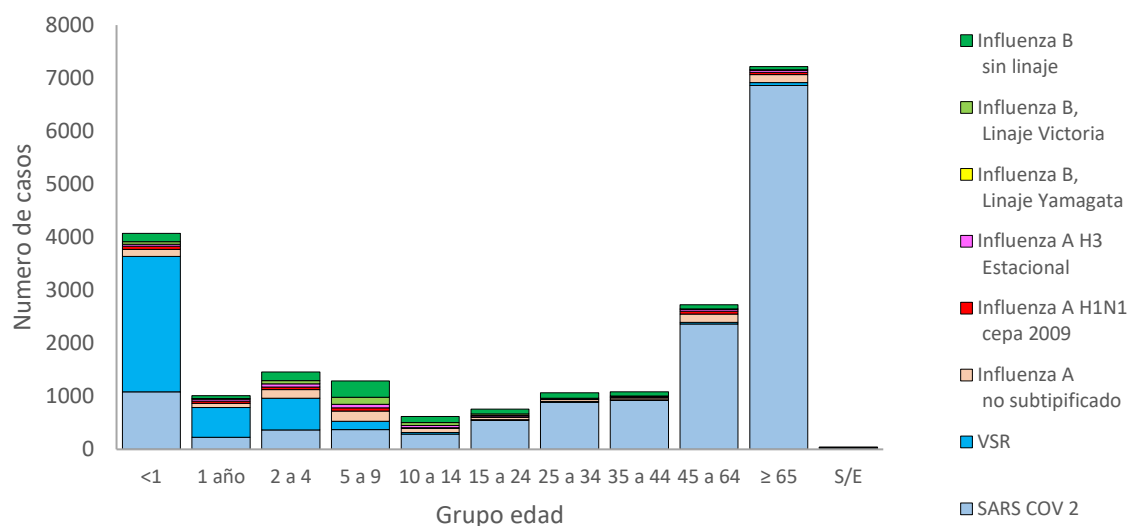
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes y porcentaje de positividad por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE16-46 Año 2022. Argentina.



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 la distribución por grupos de edad, el mayor número de casos positivos para VSR se observa en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Las detecciones positivas para influenza predominan en menores de 5 años, en el grupo de 5-9 años y 45-64 años en el periodo analizado.

Gráfico 13. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23-46 de 2022. 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}.

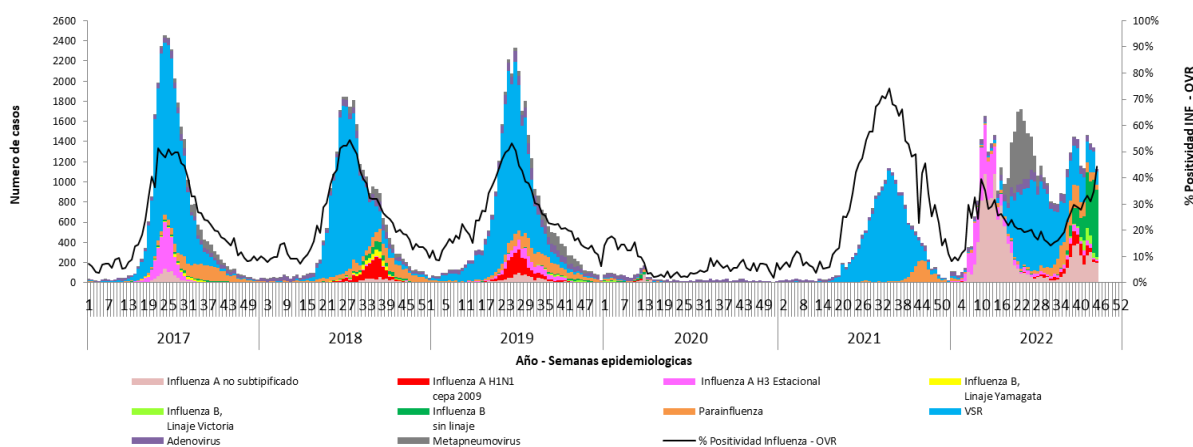
Hasta la SE 46 de 2022, se registraron 129 casos fallecidos con diagnóstico de influenza¹². Desde el ascenso en el número de casos de influenza observado a partir de SE34 a SE46, se notificaron 25 casos fallecidos, 5 de ellos en SE41.¹³

VIGILANCIA UNIVERSAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

A partir de la SE23 y en concordancia con la modificación de la estrategia de vigilancia de IRAs, el siguiente análisis se realiza considerando la notificación de las muestras positivas para influenza a los eventos “Internado y/o fallecidos por COVID o IRA” y “COVID-19, influenza y OVR en ambulatorios (no UMAs)” con modalidad nominal e individualizada. Para otros virus respiratorios (adenovirus, VSR, parainfluenza y metapneumovirus) se consideran las notificaciones de muestras positivas bajo el grupo de eventos “Infecciones respiratorias virales” en pacientes ambulatorios e internados, modalidad agrupada/numérica semanal.

La curva de casos positivos de virus respiratorios por semana -excluyendo SARS-CoV-2 e incluyendo años previos- muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. En lo que va del año 2022 puede notarse un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de influenza como por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente metapneumovirus que se registró de manera extraordinaria entre las semanas 16 y 26.

Gráfico 14. Distribución de Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. Años 2017- 2021. SE01-SE45 2022



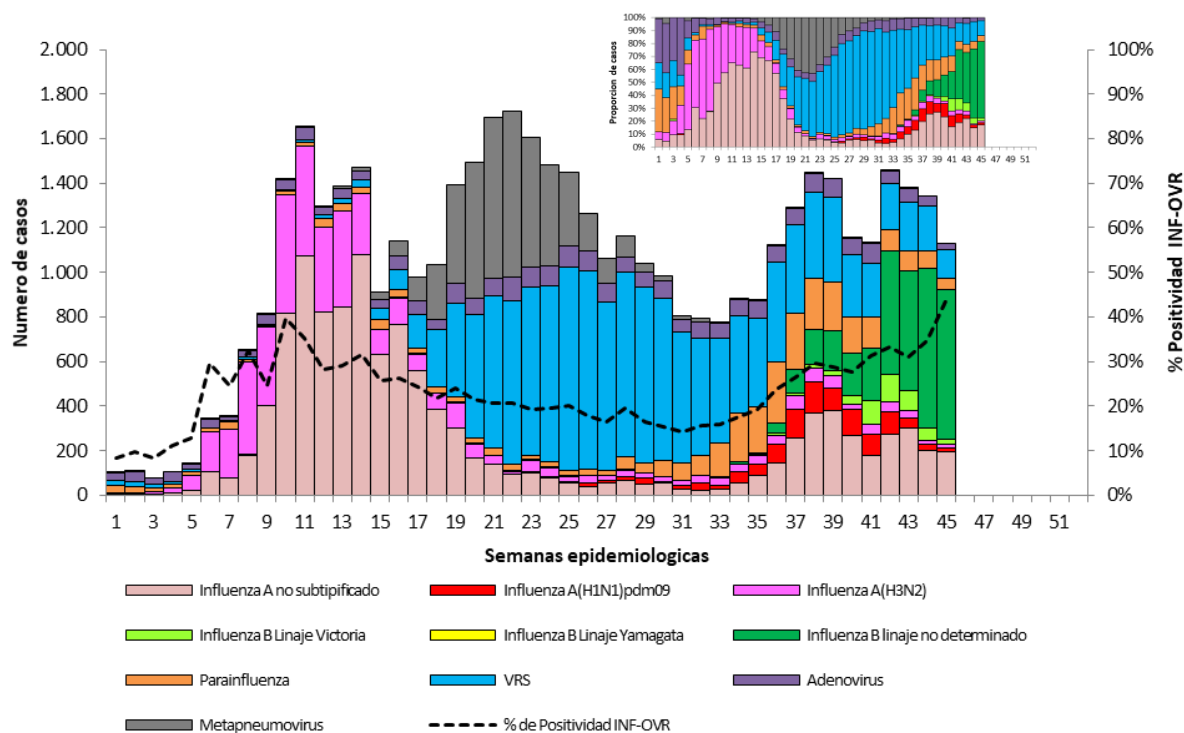
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En la SE45 se detecta circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: influenza, VSR, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus. Se destaca la circulación intensa de influenza durante el verano y el nuevo ascenso experimentado desde hace 11 semanas -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A(H1N1) e Influenza B así como la frecuencia absoluta y relativa de metapneumovirus entre las semanas 16 y hasta la 26.

¹² Se registra al SNVS la notificación retrospectiva de 8 casos fallecidos con diagnóstico de influenza con fecha de estudio en abril y mayo de 2022.

¹³ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, hasta SE22 se considera la fecha de apertura del caso. A partir de la SE23 y en concordancia con el cambio de la estrategia de vigilancia de virus respiratorios se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 15. Distribución de influenza y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE01- SE45 de 2022. Argentina. (n=47.371)

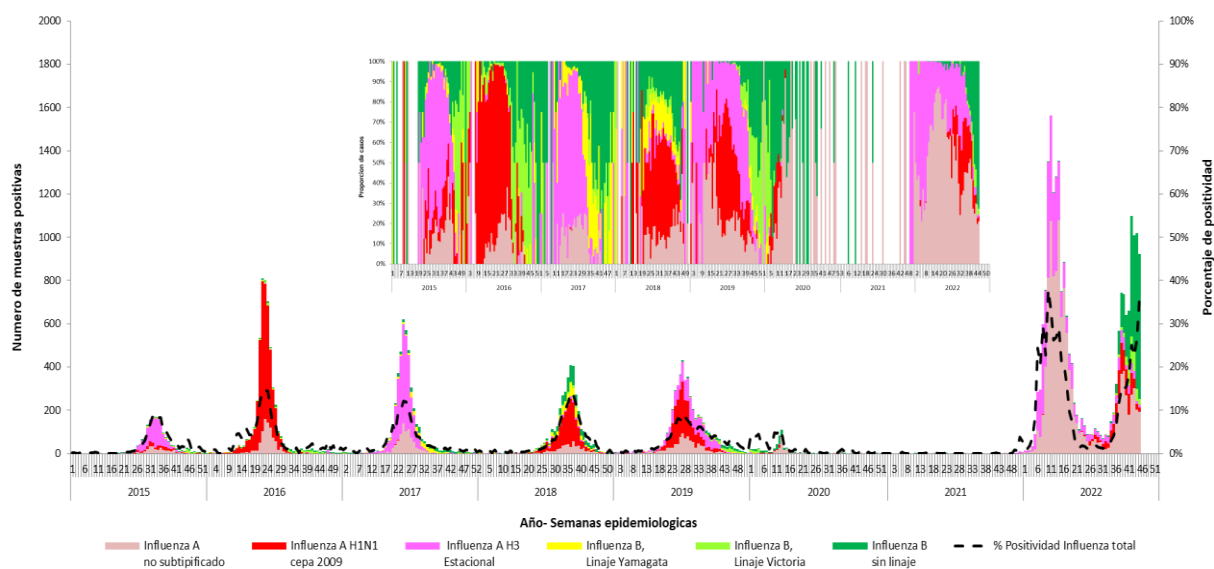


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

A partir de las últimas semanas del año 2021 y entre las SE 03-14 del año 2022 se registra un importante aumento en el número de casos de virus influenza a expensas de Influenza A (H3N2) con un descenso posterior a partir de la SE16 pero con una circulación ininterrumpida. A partir de SE34, se detecta nuevamente un aumento en el número de casos destacándose la co-circulación de influenza A (H1N1), A (H3N2) e influenza B.

Entre las muestras estudiadas para virus influenza en casos ambulatorios (no Umas) y hospitalizados la proporción de positividad para influenza se sitúa en 36,12% durante la SE45.

Gráfico 16. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01 de 2015 a SE45 de 2022. 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}.

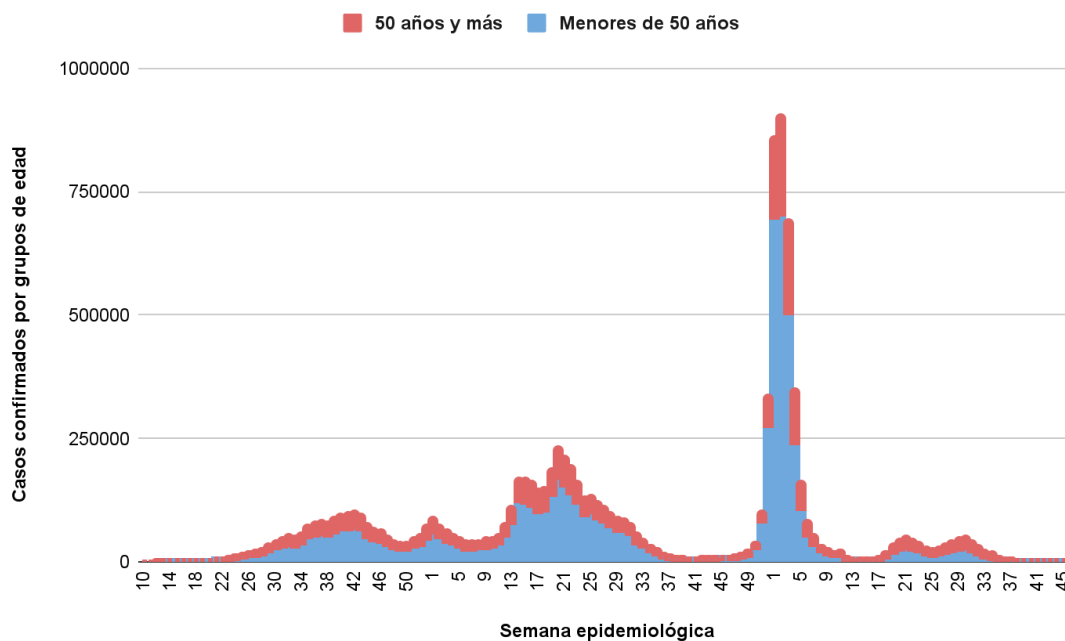
VIGILANCIA DE COVID-19

En Argentina, durante la SE 46 se confirmaron 2.206 casos de Covid-19 y 6 fallecimientos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Desde el inicio de la pandemia hasta el 19 de noviembre de 2022, se notificaron 9.723.924 casos confirmados de Covid-19 y 130.017 fallecimientos.

Para el análisis de la tendencia de los casos se utiliza como variable temporal la fecha de inicio del caso¹⁴. Considerando dicha fecha, se registra un aumento de los casos de 34% durante la SE 45 en relación a la semana previa (aumento de 302 casos), según datos notificados a la SE 46.

¹⁴ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

Gráfico 17. Casos confirmados por semana epidemiológica¹⁵ según grupo de edad. SE 10/2020 - SE 46/2022, Argentina

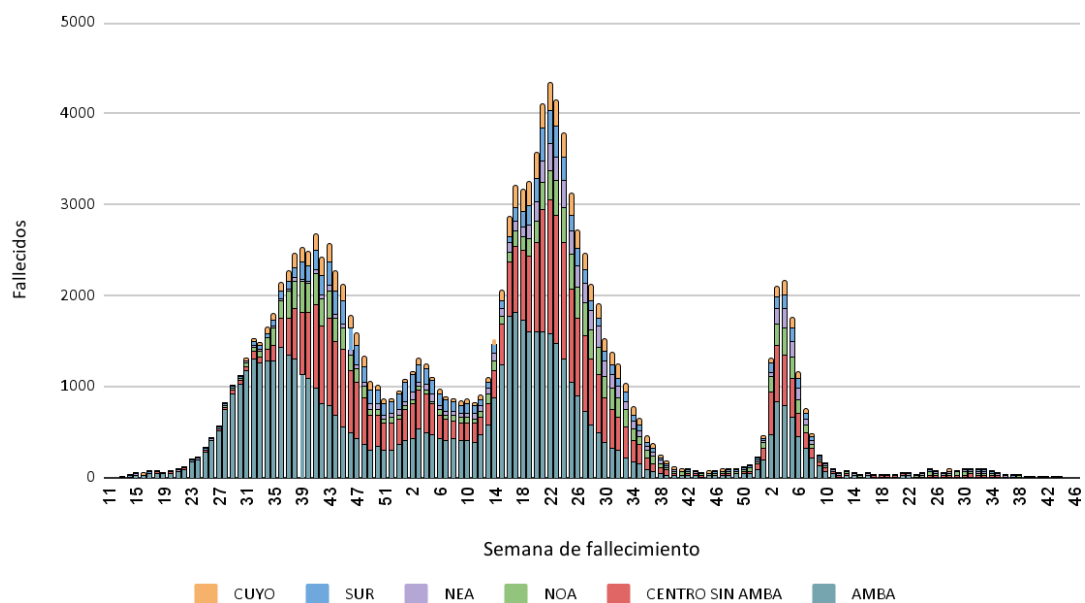


Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

En cuanto a los fallecimientos, según las notificaciones realizadas a la SE 46, en la SE 45 se produjeron 2 muertes. Se registra un descenso a lo notificado en la semana previa (n=9). Se destaca que desde la SE 12/2022 se observa la cantidad de fallecidos por semana más baja desde el comienzo de la pandemia.

¹⁵ La semana utilizada es la semana de inicio del caso según las especificaciones indicadas. Se muestran los datos a semana cerrada. Las últimas semanas están sujetas a modificaciones por el tiempo que requiere el proceso de consulta, atención y notificación.

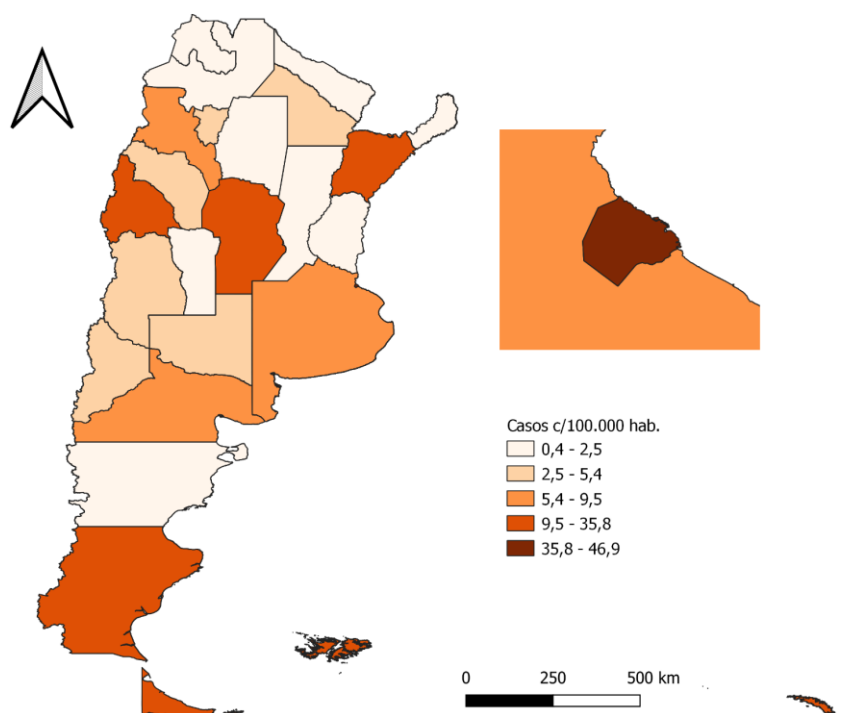
Gráfico 18. Casos de COVID-19 fallecidos por semana de fallecimiento según región del país. SE1/2020 a SE 46/2022, Argentina según regiones.



Fuente: Dirección de Epidemiología con datos extraídos del SNVS^{2.0}.

La incidencia de casos de COVID-19 a nivel nacional en población general en las últimas 4 semanas (SE 43 a SE 46/2022) fue de 9,5 casos por cada 100.000 habitantes. Las jurisdicciones que presentaron las tasas más elevadas fueron CABA y Corrientes (Mapa 3).

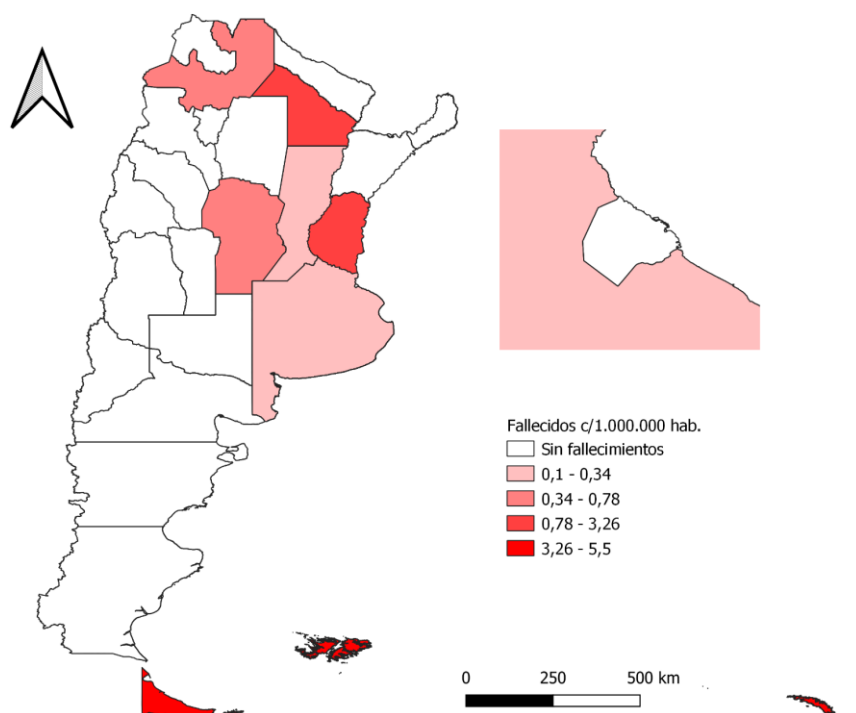
Mapa 1. Incidencia de COVID-19 en población general cada 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 43 a 46/2022, Argentina. N=4.435.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). Poblaciones utilizadas: INDEC proyección 2022.

En cuanto a la tasa específica de mortalidad por COVID-19 (Mapa 4), a nivel nacional esta fue 0,3 fallecidos por cada millón de habitantes considerando el período comprendido en las últimas 4 semanas (SE43 a 46). Las provincias con las mayores tasas para el período fueron Tierra del Fuego y Chaco.

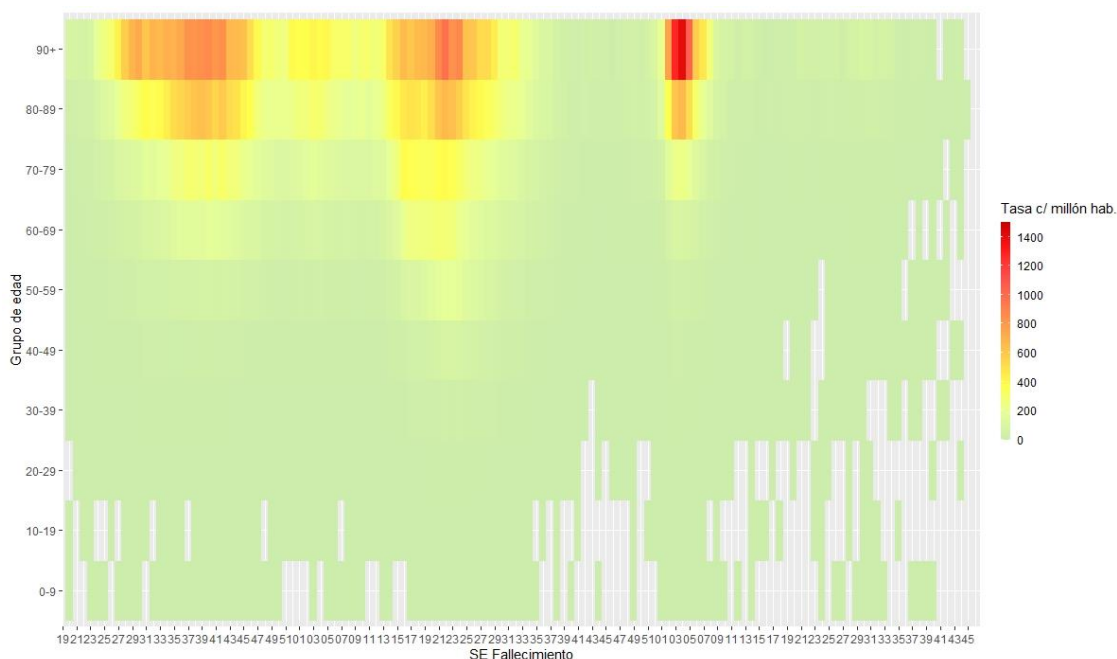
Mapa 2. Tasa de mortalidad acumulada en las últimas dos semanas por 1.000.000 habitantes por jurisdicción de residencia. SE 43 a 46/2022, Argentina. N=18.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). Poblaciones utilizadas: INDEC proyección 2022.

Si se analiza la tasa de mortalidad por grupos decenales de edad en su evolución a lo largo de las semanas se observa que son más altas en los grupos de edad más avanzada (mayores de 70 años). A partir de la SE 12 del año en curso y a nivel país, se registran de manera sostenida las tasas de mortalidad por semana más bajas de la pandemia. También se observa (graficado en gris) una mayor cantidad de SE sin casos fallecidos en los grupos de edad menores de 50 años.

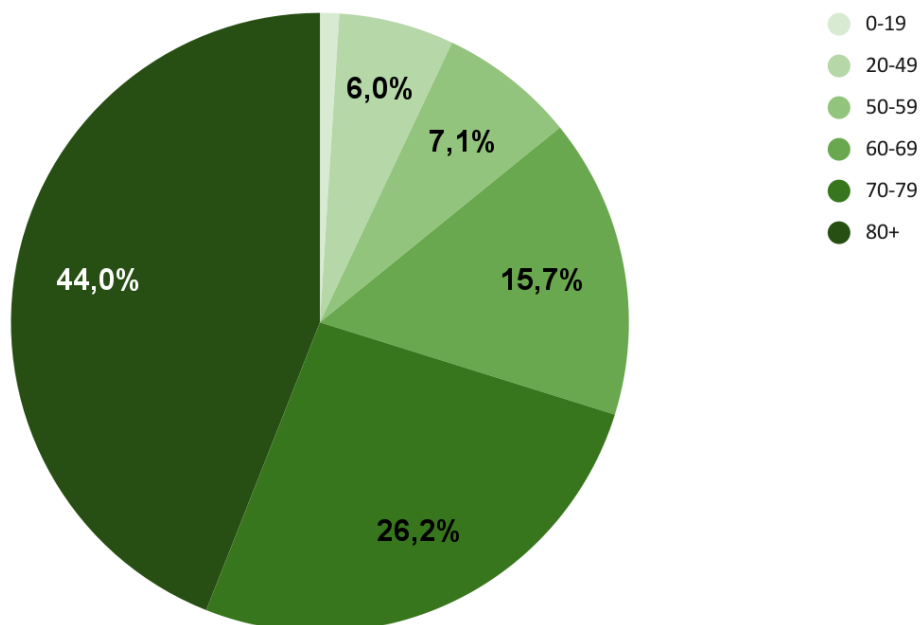
Gráfico 19. Tasas de mortalidad según grupo etario y SE de fallecimiento. Total país SE 19/20 a 46/22.



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

Si se toman en cuenta los fallecidos de 2022, se observa que el 93% tenían 50 años o más.

Gráfico 20. Fallecidos por grupo edad. Total País, SE 01 a 46/22. N=12.352*



*Nota: Se excluyen 4 fallecidos sin dato de edad correspondiente al período informado.

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

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 23/11/22 SE 46](#).

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

Ómicron es actualmente la variante dominante que circula a nivel mundial. El patrón de alta transmisión observado para Ómicron ha facilitado la aparición de mutaciones adicionales que definen diferentes sublinajes clasificados dentro la misma variante. A la fecha, se han reportado globalmente 5 diferentes linajes principales de Ómicron: BA.1, BA.2, BA.3, BA.4 y BA.5 y sus linajes descendientes (BA.1.1, BA.2.12.1, entre otros). En la actualidad, los linajes descendientes de BA.5 Omicron continúan siendo dominantes a nivel mundial.

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, en SE37 la proporción de BA.4, BA.5 y Ómicron compatible con BA.4/BA.5 es de 35,37%, 39,02% y 10,98%, mientras que BA.2 se sitúa en 7,32% (todas las muestras registradas para SE37 cuentan con identificación de linaje). Adicionalmente, en SE41 se registra 1 caso de Ómicron BQ.1.1 y 1 caso de Ómicron XBB.1¹⁶.

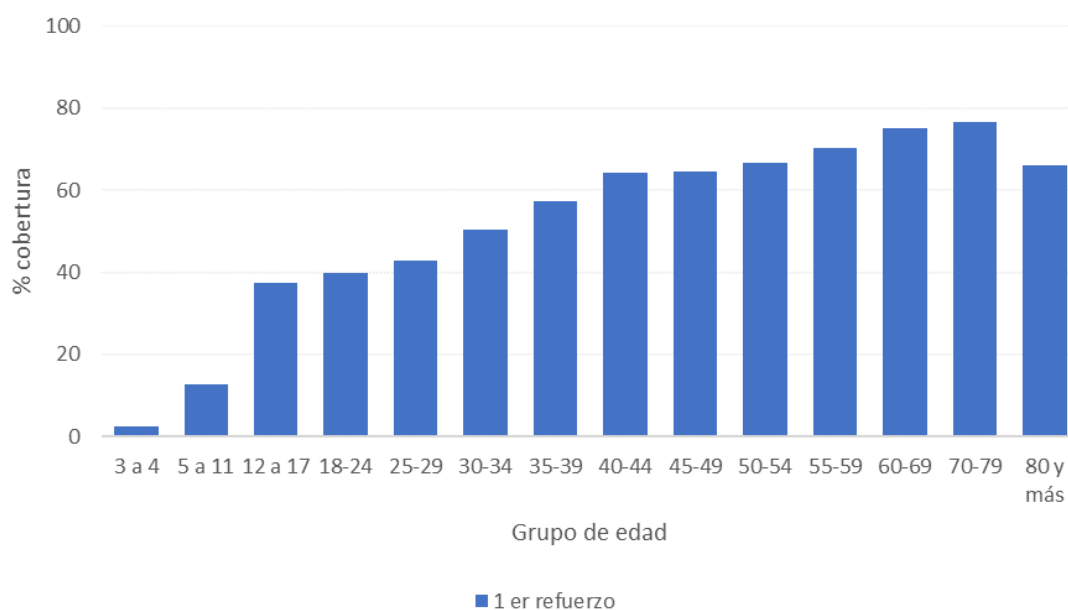
En relación al resto de las variantes del virus, en SE 4 y SE 15 del 2022, se informaron 2 casos de variante Lambda, sin identificación de casos adicionales a la fecha.

Para más información, consultar la [Sala de situación COVID-19 y otros virus respiratorios - 23/11/22 SE 46](#) y el [Informe de Vigilancia Genómica SE 35](#).

INFORMACIÓN SOBRE VACUNACIÓN COVID-19

En relación con las coberturas alcanzadas para el primer refuerzo, el 47,6% de la población argentina recibió la 3ra dosis de la vacuna. En cuanto a los grupos de edad se observa que el 59% de la población de 18 y más años recibió el primer refuerzo mientras que en el grupo de 50 y más años la cobertura es del 71,9%. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, en el grupo entre 12 y 17 años la cobertura alcanzó el 37,4%, en el grupo de 5 a 11 años la cobertura es del 12,8% y en el grupo de 3 a 4 años (incorporado en la SE 31) la cobertura es del 2,5%.

¹⁶ Debido al escaso número de muestras analizadas en las últimas semanas no pueden establecerse conclusiones en relación a la distribución porcentual de variantes de SARS-COV-2 en las semanas subsecuentes a la SE 37.

Gráfico 21. Coberturas de 1er refuerzo por grupo de edad. SE 46

Fuente: Informe de avance vacunación contra Covid-19. DICEI. Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NoMiVac).

Para más información, consultar en:

<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/vacuna>

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS¹⁷

América del Norte: en general, la actividad de la influenza es moderada en la subregión, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 estuvo baja en general mientras que la actividad del VRS se mantuvo elevada. En Canadá, la actividad de la influenza está aumentando, ubicándose en niveles de baja intensidad. En México, la influenza estuvo en niveles de intensidad moderada. Los Estados Unidos reportaron un aumento de la actividad de la influenza, a un nivel de baja intensidad.

Caribe: la actividad de la influenza se mantuvo baja en toda la subregión con predominio del virus A(H3N2) y circulación concurrente de influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 estuvo muy baja en general. La actividad de la influenza está aumentando en Jamaica y Puerto Rico. La actividad de la ETI se mantuvo elevada en Guadalupe y Martinica.

América Central: la actividad de la influenza permaneció baja, pero en aumento, con el predominio de influenza A(H3N2) y la circulación concurrente de influenza B (linaje indeterminado). La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo baja en la subregión en general. Sin embargo, Guatemala y Nicaragua reportaron una actividad aumentada de influenza con A(H3N2) en el primero e influenza B (linaje

¹⁷Tomado de: Reporte de Influenza SE44 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2022. OPS-OMS, disponible en <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

indeterminado) en el segundo. Además, la actividad de VRS estuvo elevada en El Salvador y Guatemala.

Países Andinos: la actividad de la influenza se mantuvo baja, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 y B (linaje indeterminado). En general, la actividad de SARS-CoV-2 y VRS estuvo baja en la subregión. Sin embargo, Bolivia notificó un aumento de la actividad por influenza con circulación concurrente de A(H3N2) y A(H1N1)pdm09.

Brasil y Cono Sur: la actividad de la influenza aumentó en la subregión, con predominio de influenza A(H3N2) y circulación concurrente de A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria. La actividad del SARS-CoV-2 se ha mantenido baja en general. Argentina notificó un aumento de la actividad por influenza con predominio del virus B (linaje indeterminado), mientras que Chile notificó un aumento de la actividad de la influenza para esta época del año en niveles de alta intensidad; las ETI aumentaron con un 35,1 % de casos de ETI positivos para influenza y un 2,7 % para SARS-CoV-2. Además, la actividad del VRS aumentó en Brasil.

SITUACIÓN MUNDIAL DE COVID-19¹⁸

634.837.882

Casos confirmados de COVID-19 informados por la OMS hasta el 20 de noviembre de 2022

6.601.427

Personas fallecidas en el mundo.

2.433.581

Casos nuevos reportados en la última semana.

7.802

Nuevos fallecidos reportados en la última semana.

5%↓

A nivel global en la última semana el número de casos nuevos se mantuvo similar a los de la semana previa.

13%↓

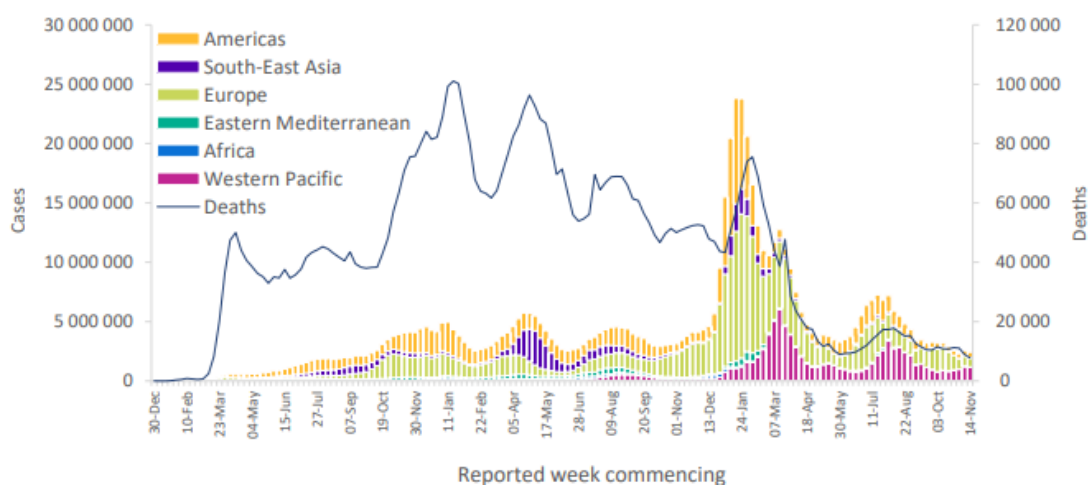
La cantidad de fallecidos nuevos disminuyó respecto de la semana anterior.

- ✓ Según la OMS, estas tendencias deben interpretarse con cautela ya que varios países han ido cambiando progresivamente sus estrategias de testeo de COVID-19, lo que resulta en un menor número total de pruebas realizadas y, en consecuencia, un número menor de casos detectados.

¹⁸ Tomado de: Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update, disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

- ✓ Respecto de las variantes circulantes, a nivel mundial, BA.5 y sus descendientes son los linajes predominantes de la variante Omicron. Entre los linajes descendientes de BA.5, BA.5.2, BA.5.2.1, BF.5 (BA.5.2.1.5) y BF.7 (BA.5.2.1.7) son los sublinajes más frecuentes.
- ✓ Según muestras estudiadas en la SE 44, la proporción de secuencias notificadas de BA.5 representaron el 72,1%, seguida de BA.2 con una prevalencia del 9,2% y los linajes descendientes de BA.4, que representaron el 3%.

Gráfico 22. Casos y fallecidos de COVID-19 reportados semanalmente, por región de OMS.



Fuente: *Coronavirus Disease (COVID-19) Situation Reports (who.int)*

Las recomendaciones para la comunidad y el equipo de salud para la prevención de COVID-19 y otros virus respiratorios se encuentran disponibles en:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>

VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

INTRODUCCIÓN

Para los datos nacionales, este informe se confeccionó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud hasta el día 27 de noviembre de 2022.

La vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI) y de los casos que cumplen con definiciones específicas para cada una de las arbovirosis, y la notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}). La vigilancia integrada de arbovirosis incluye el estudio de Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; así mismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirosis, leptospirosis y paludismo, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de dengue y otros arbovirus se realiza por “temporada”, entendiendo por tal un período de 52 semanas desde la SE 31 a la 30 del año siguiente, para considerar en conjunto los meses epidémicos.

Se insta a los equipos de salud, en la actual situación epidemiológica atravesada por la pandemia por SARS-CoV2, a fortalecer la sospecha clínica de dengue y otros arbovirus, a tener en cuenta el algoritmo de diagnóstico y definición de caso sospechoso.

INFORMACIÓN NACIONAL DE DENGUE TEMPORADA 2022-2023

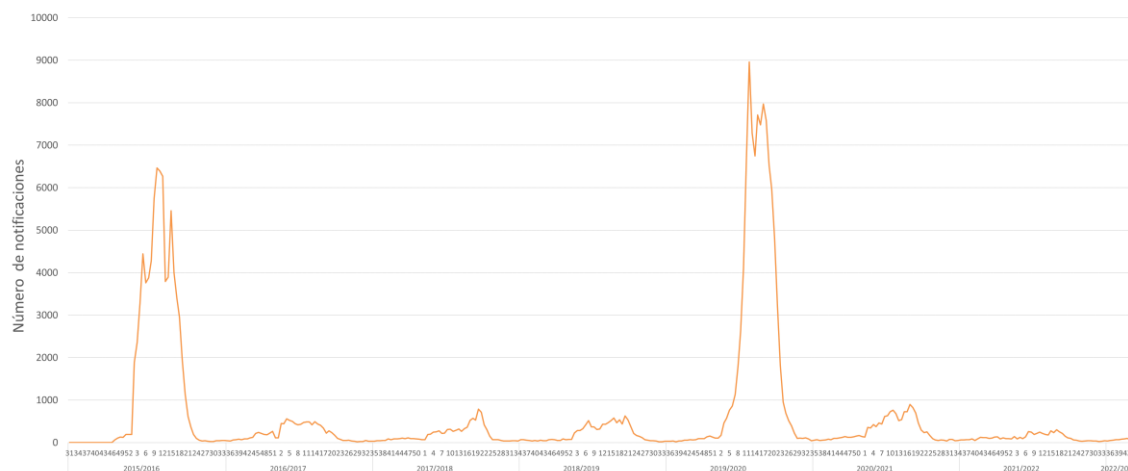
El período de análisis de esta edición corresponde a la SE 47/2022 de la temporada 2022-2023. Durante los primeros meses de la temporada se registra una baja en la cantidad de casos sospechosos a nivel país, con un aparente aumento hacia la SE 40 (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para temporadas no epidémicas (2016-2017, 2017-2018, 2018-2019, 2020-2021, 2021-2022 y 2022-2023 a SE 47/2022). Argentina.



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

Gráfico 2. Notificaciones totales de casos con sospecha de dengue por SE para todas las temporadas (2015-2016 a SE 47/2023). Argentina.



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

Desde la SE 31 del 2022 a la fecha, se notificaron 6 casos confirmados de dengue¹⁹ con antecedente de viaje al exterior, 8 casos probables de dengue, con y sin antecedente de viaje y 3 casos de probable flavivirus -uno de ellos con antecedente de viaje- (Tabla 1). Además, se ha registrado un caso de Encefalitis de San Luis. No hay registro de casos confirmados autóctonos hasta el momento. Se realizaron las acciones de control y bloqueo pertinentes.

En cuanto a los casos probables sin antecedente de viaje, corresponden a las provincias de Buenos Aires (SE 31, SE 39 y 43), Chaco (SE 39), Formosa (SE 47) y Salta (SE 33). Todos registran una prueba de laboratorio IgM positiva y se encuentran en investigación, a fines de confirmar o descartar la infección (Tabla 1).

¹⁹ En la edición anterior de este apartado (BEN 625) se informan 7 casos confirmados de dengue. Esta diferencia se debe a la reclasificación del caso confirmado de dengue, a caso confirmado de flavivirus.

Tabla 1. Casos notificados según clasificación y antecedente de viaje. SE 31/2022 a 47/2022.

Provincia	Sin AV	Con AV a otras provincias	Con AV a otros países		Total notificados
	Probable	Probable	Confirmado	Probable	
Buenos Aires	3	0	1	1	82
CABA	0	0	0	0	65
Córdoba	0	0	1	0	35
Entre Ríos	0	0	0	0	31
Santa Fe	0	0	0	1	112
Centro	3	0	2	2	324
Mendoza	0	0	2	0	3
San Juan	0	0	1	0	2
San Luis	0	0	0	0	1
Cuyo	0	0	3	0	6
Chaco	1	0	0	0	40
Corrientes	0	0	1	0	3
Formosa	1	0	0	0	10
Misiones	0	0	0	0	44
NEA	1	0	1	0	97
Catamarca	0	0	0	0	7
Jujuy	0	0	0	0	64
La Rioja	0	0	0	0	0
Salta	1	0	0	0	227
Sgo. del Estero	0	0	0	0	2
Tucumán	0	0	0	0	33
NOA	1	0	0	0	333
Chubut	-	0	0	0	0
La Pampa	-	0	0	0	0
Neuquén	-	0	0	0	1
Río Negro	-	0	0	0	0
Santa Cruz	-	0	0	0	0
T. del Fuego	-	0	0	0	1
Sur	0	0	0	0	2
Total PAIS	6	0	6	2	726

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

*AV=Antecedente de Viaje.

Del total de casos notificados con sospecha de dengue El 51% corresponden a casos sospechosos no conclusivos, el 31% han sido descartados, un 11% permanecen en estudio y el restante 2% corresponden a casos confirmados y probables. Las notificaciones se registraron principalmente en las regiones Centro y NOA.

INFORMACIÓN REGIONAL DEL DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS HASTA LA SE 47

Dengue, Zika y Chikungunya en países limítrofes

Durante el 2022, a SE 47/2022, se registraron en Argentina, Bolivia, Brasil y Paraguay los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, se registró también circulación de los serotipos DEN-3 y DEN-4 en Brasil. Uruguay presenta 7 casos confirmados y Chile no registra casos de dengue.

En cuanto a casos fatales, únicamente Brasil y Bolivia registraron muertes.

Si se observa las curvas epidemiológicas de Bolivia, Brasil y Paraguay (Figura 1), se puede ver que, durante el 2022, Brasil presentó un número de casos mayor a los años anteriores, similares a años epidémicos, con una concentración de casos en la primera parte del año (Figura 2). Si se analiza la curva del año 2022 para Bolivia y Paraguay, se ve que Bolivia repite el mismo patrón que Brasil, con una mayor concentración de casos en la primera parte del año y Paraguay está registrando una suba de casos en la segunda parte del año.

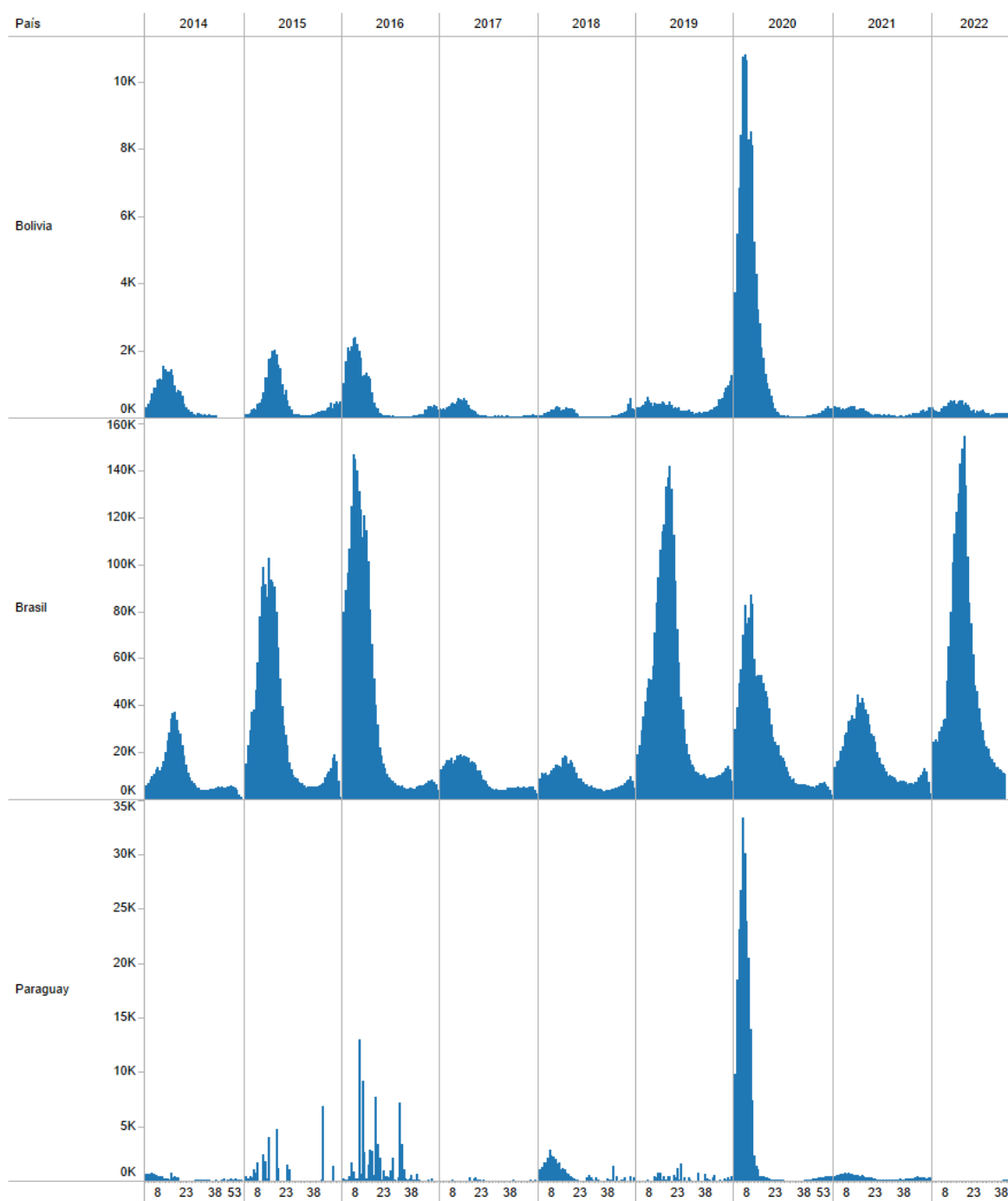
Tabla 2. Casos totales, confirmados por laboratorio y tasas de incidencia cada 100.000 hab. de dengue. Muertes y tasas de letalidad cada 100mil hab., según país*. SE 01/2022 a 47/2022.

País	Última actualización	Serotipos circulantes	Total casos	Tasa de incidencia	Confirmados laboratorio	Muertes	Letalidad
Brasil	SE 40	DEN 1, 2, 3 y 4	2.582.229	1.019,77	1.141.264	929	0,04
Bolivia	SE 45	DEN 1 y 2	11.685	98,75	3.375	8	0,07
Paraguay	SE 46	DEN 1 y 2	1.928	26,70	198	0	0,00
Uruguay	SE 20	-	29	0,83	7	0	0,00
Argentina	SE 47	DEN 1 y 2	748	1,76	748	0	0,00

**Se excluye de la tabla al país limítrofe Chile, donde no hay registro del vector *Ae. aegypti*.*

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).

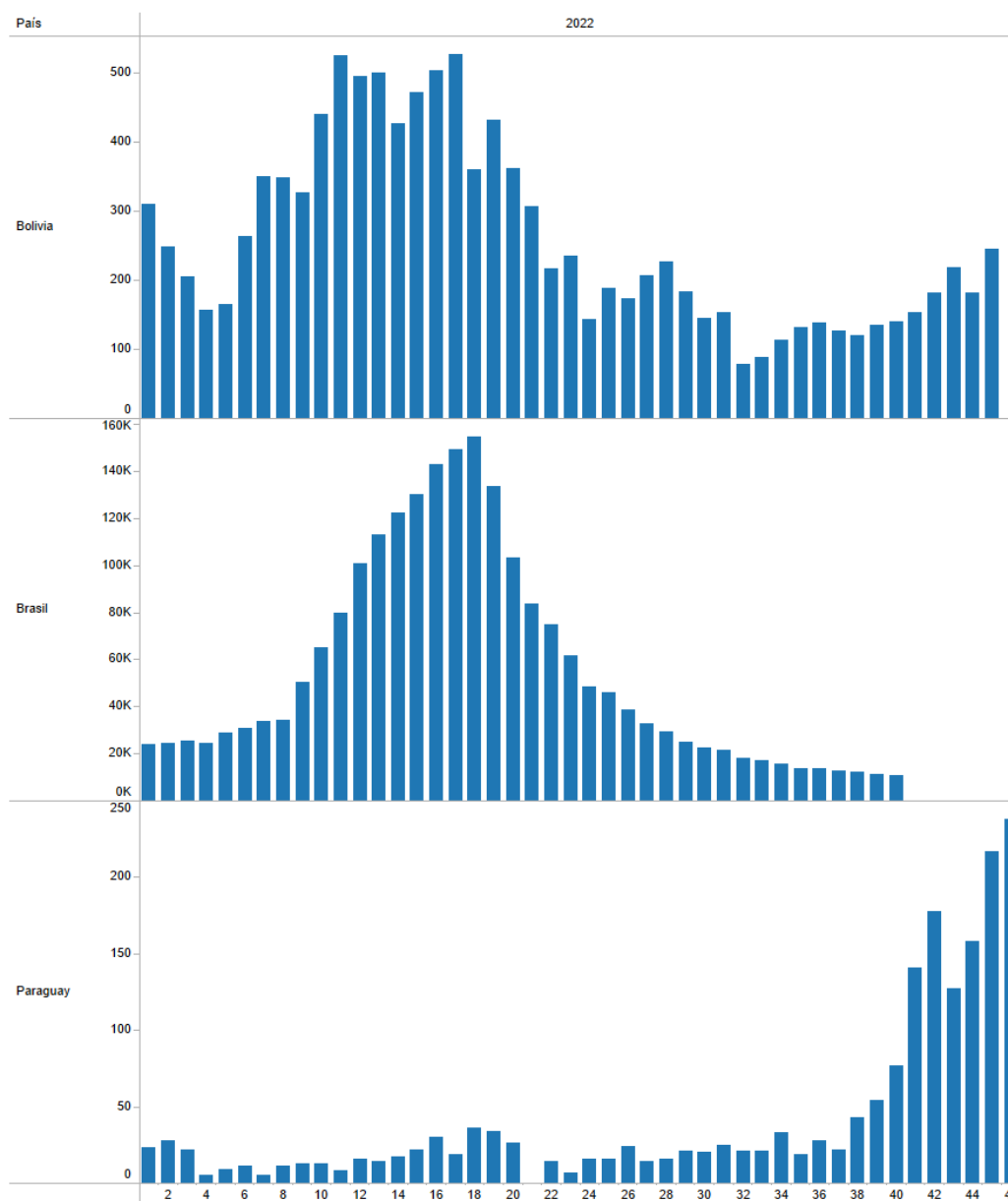
Figura 1. Número de casos de dengue por SE. Bolivia, Brasil y Paraguay. Años 2014 a 2021 y SE 1 a 46/2022.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA). Datos reportados por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región.

* NOTA: Número de casos reportados de fiebre por dengue incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes

Figura 2. Número de casos de dengue por SE. Bolivia, Brasil y Paraguay. SE 1 a 46/2022.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA). Datos reportados por los Ministerios e Institutos de Salud de los países y territorios de la Región.

* NOTA: Número de casos reportados de fiebre por dengue incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.

En cuanto a otras arbovirosis, Brasil, Bolivia y Paraguay registran casos de Fiebre Chikungunya; y Brasil y Bolivia de Enfermedad por virus Zika. En ambos eventos la mayor cantidad de confirmados se concentra en Brasil (Tabla 3).

Tabla 3. Casos confirmados por laboratorio y tasas de incidencia (cada mil hab.) de Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus de Zika según país*. SE 01/2022 a 47/2022.

País	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus de Zika		
	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes	Última actualización	Confirmados laboratorio	Muertes
Brasil	SE 40	124.803	75	SE 38	2.656	0
Bolivia	SE 40	13	0	SE 46	3	0
Paraguay	SE 46	235	0	SE 46	0	0
Argentina	SE 47	0	0	SE 47	0	0

*Se excluyen de la tabla a los países limítrofes Chile y Uruguay donde no hay circulación de los virus Zika y Chikungunya.

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud en base a información proveniente de la Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA) y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}).

CONCLUSIONES

Desde el inicio de la temporada actual (SE 31/2022 a la fecha), se han registrado en Argentina 6 casos confirmados importados de dengue y 12 casos probables (6 de ellos sin antecedente de viaje).

A lo largo del país, no se registra evidencia de circulación viral al momento. Sin embargo, se refuerza en este contexto la importancia de la vigilancia por laboratorio para el cierre de casos mediante pruebas moleculares que permitan determinar la circulación actual del virus en las zonas afectadas, siendo que las regiones Centro y NOA, donde suelen darse la mayor cantidad de casos, están registrando casos con pruebas positivas. De igual manera, se refuerza la importancia del cierre de casos de otros arbovirus, en un contexto de circulación viral de otras arbovirosis en la región.

En cuanto a la situación regional, Brasil presentó un gran número de casos y un comportamiento epidémico durante la primera parte de 2022. Ante esta situación, se insta a reforzar la vigilancia, prevención y control en zonas limítrofes con el país vecino. En conjunto con la vigilancia regional y provincial, se hace imprescindible el análisis de la situación de salud referente a arbovirosis de países limítrofes como Brasil, Bolivia y Paraguay.

RECOMENDACIONES PARA EL CIERRE DE CASOS DE DENGUE Y ROL DEL LABORATORIO ETIOLÓGICO SEGÚN DIFERENTES ESCENARIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Es importante considerar que el recurso humano, equipamiento e insumos de laboratorio son recursos críticos para la vigilancia de dengue y otros arbovirus, y su uso racional es estratégico para mantener una vigilancia de alta calidad. Por lo tanto, la realización de estudios de laboratorio y la interpretación de los resultados deben corresponderse con los diferentes contextos epidemiológicos.

A continuación, se detallan las recomendaciones para el estudio por laboratorio en casos con sospecha de dengue en base a diferencias en el escenario epidemiológico (zonas con presencia del

vector y evidencia de circulación viral; zonas con presencia del vector y sin evidencia de circulación viral autóctona y zonas sin presencia del vector).

En todos los escenarios **todos los casos graves, atípicos o fatales** serán estudiados por laboratorio procurando confirmar o descartar el caso.

Zonas sin circulación viral y presencia del vector

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO y se debe procurar concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección.

2. Casos sospechosos CON antecedentes de viaje (a zonas con circulación viral de dengue conocida):

En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO, pero NO es necesario concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar el caso. Los casos deberán cerrarse teniendo en cuenta el cuadro clínico, el antecedente epidemiológico y los datos de laboratorio. Por ejemplo, un caso con antecedente de viaje en el período de incubación a una zona con circulación viral activa de dengue, con un cuadro clínico sin signos de alarma ni criterios de gravedad y una prueba serológica positiva deberá cerrarse como un caso de Dengue con nexo epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT).

Zonas CON circulación viral (CONTEXTO DE BROTE)

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje:

- Deberán considerarse “Caso de dengue por nexo epidemiológico” a todos los casos con clínica compatible y relacionada al brote.
- NO se recolectarán muestras para el diagnóstico etiológico en todos los casos sino solo en una porción de los mismos y con exclusivos fines de vigilancia. Las áreas de “Atención de pacientes”, “Epidemiología” y “Laboratorio” deben coordinar en base a capacidades y magnitud del brote epidémico el porcentaje de pacientes que estudiarán por laboratorio atendiendo dos situaciones:
- Toma de muestras agudas tempranas (0-3 días de evolución preferentemente) para monitorear el serotipo viral circulante y la posible introducción de nuevos serotipos.
- Toma de muestras agudas tardías (de 6 o más días de evolución) para realización de IgM y seguimiento temporal de la duración del brote.

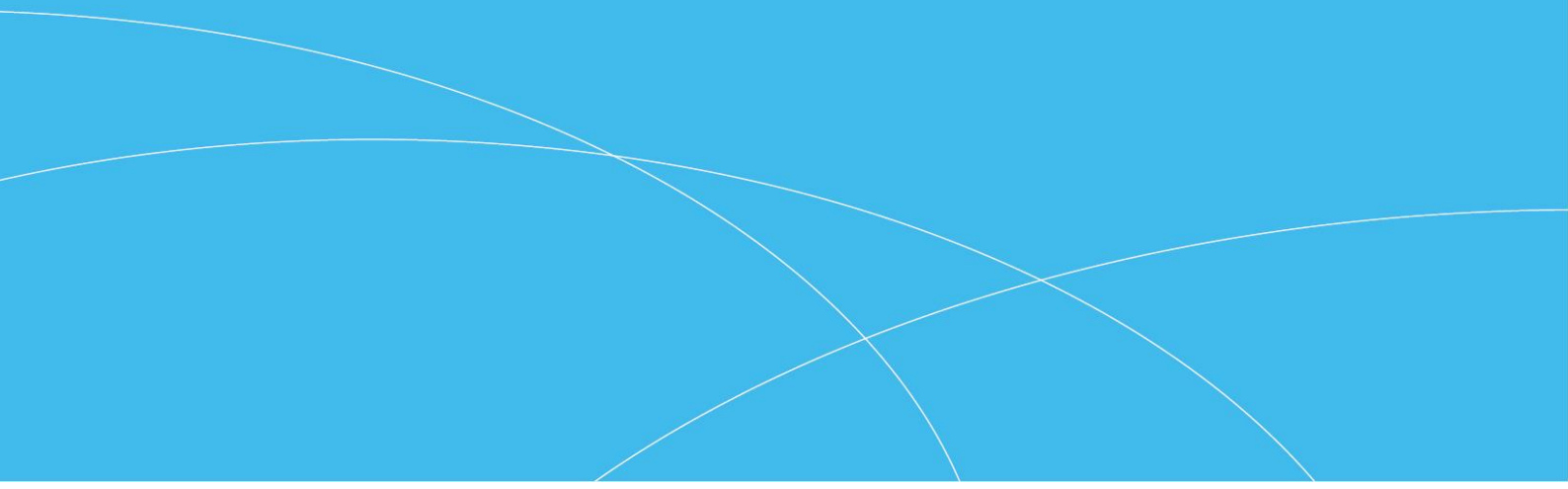
Zonas SIN presencia del vector

Todo caso sospechoso CON antecedentes de viaje:

- En este escenario TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO, pero NO es necesario concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar el caso. Los casos deberán cerrarse teniendo en cuenta el cuadro clínico, el antecedente epidemiológico y los datos de laboratorio. Por ejemplo, un caso con antecedente de viaje en el período de incubación a una zona

con circulación viral activa de dengue, con un cuadro clínico sin signos de alarma ni criterios de gravedad y una prueba serológica positiva deberá cerrarse como un caso de dengue con nexo epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT).

INFORMES ESPECIALES



VIH EN ARGENTINA - 2021

SITUACIÓN DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH

Este año se cumplieron 40 años desde el primer caso de sida diagnosticado en la Argentina. Diez años más tarde la vigilancia epidemiológica de este evento comenzó a ser obligatoria y la de VIH, recién en 2001. Por ello, durante la primera década del milenio se hizo la transición de una vigilancia centrada en las infecciones avanzadas hacia una dirigida a medir la tendencia y a describir a las personas con nuevos diagnósticos, incluyendo la oportunidad de los mismos. Este cambio estuvo también ligado al impacto que tuvo en el curso de la historia natural de la infección el acceso universal a los tratamientos antirretrovirales en el país y a la multiplicación de las estrategias para facilitar el acceso temprano al diagnóstico de infección.

Hasta 2018, la información epidemiológica generada por los equipos de salud era enviada en fichas de papel para su almacenamiento y análisis centralizado en la Dirección de Sida y ETS –actual Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT)– del Ministerio de Salud de la Nación y difundida a través de distintas herramientas. En 2018, la base de casos de VIH fue migrada al nuevo Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) gestionado por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, que concentra la vigilancia de todos los eventos de notificación obligatoria.

El nuevo sistema permitió avanzar en la descentralización del reporte de casos, hecho que mejoró significativamente la oportunidad de la notificación. Por otro lado, integró la información originada en los laboratorios, que, si bien no cuenta con todos los datos para hacer una caracterización sociodemográfica y epidemiológica de las personas diagnosticadas, dispone de la información básica para calcular las tasas. Esta incorporación también favoreció la reducción del tiempo entre el diagnóstico y su reporte.

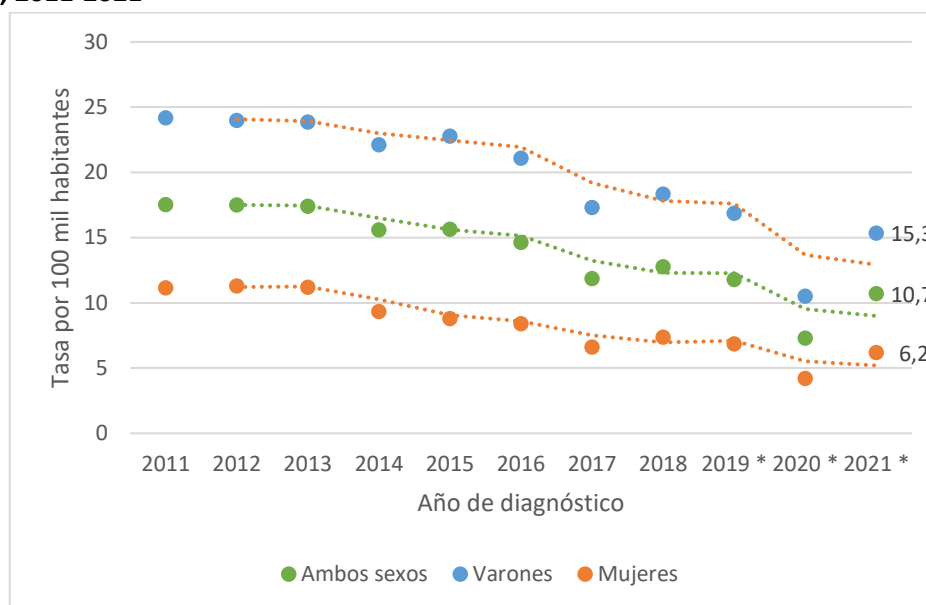
Hasta el 31 de agosto de 2022, el SNVS 2.0 registra 164.947 personas con VIH, número que incluye a aquellas que fueron notificadas al alcanzar un estadio sida durante los años 90. **Se analizarán en este artículo 66.051 casos reportados entre 2011 y 2021.**

En el último lustro, se ha producido un promedio de 5.300 nuevos diagnósticos por año. En 2021, la tasa de VIH se ubicó en 10,7 por cien mil habitantes, 15,3 entre los varones y 6,2 entre las mujeres (Gráfico 1). Al comparar el promedio de las tasas de los períodos 2011-2015 y 2017-2021, se aprecia un descenso del 35%, siendo del 33% entre los varones y casi del 40% entre las mujeres.

Boletín N° 39 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina | Año 2022

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>

Gráfico 1: Evolución de la tasa de VIH por 100 mil habitantes según sexo asignado al nacer. Argentina, 2011-2021



* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

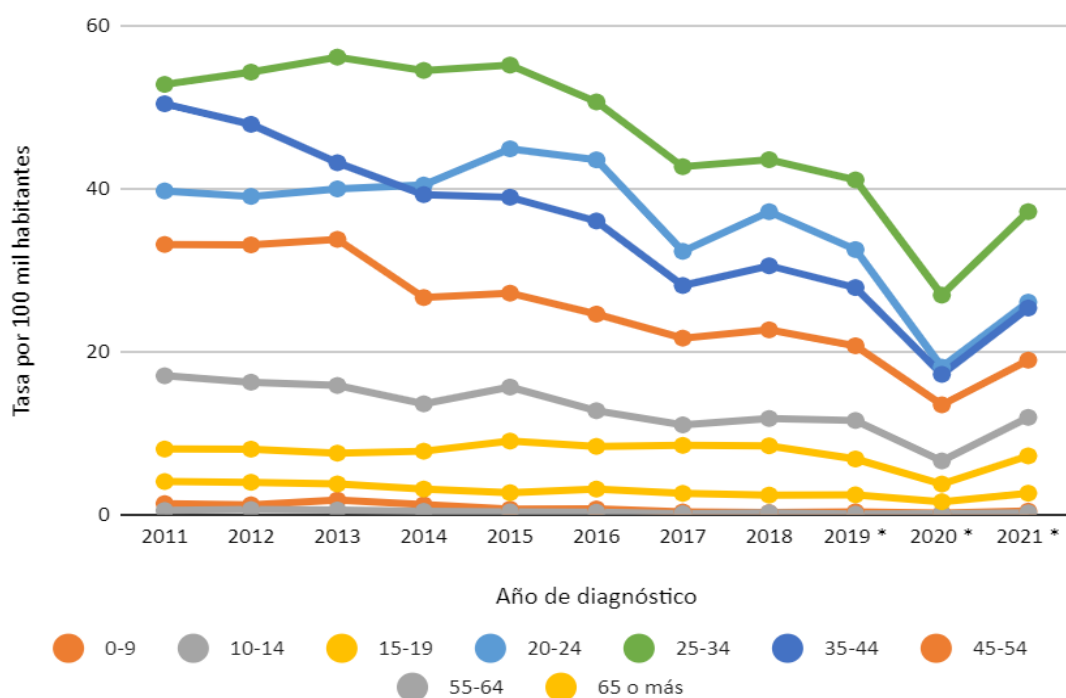
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=66.051.

La caída de la tasa en 2020 se debe al impacto de la pandemia de COVID-19 tanto en la accesibilidad y oferta de servicios de salud como en los sistemas de información, cuyos recursos fueron dirigidos a la vigilancia de la pandemia emergente. Este efecto se registró en todo el mundo y se revirtió durante el año 2021.

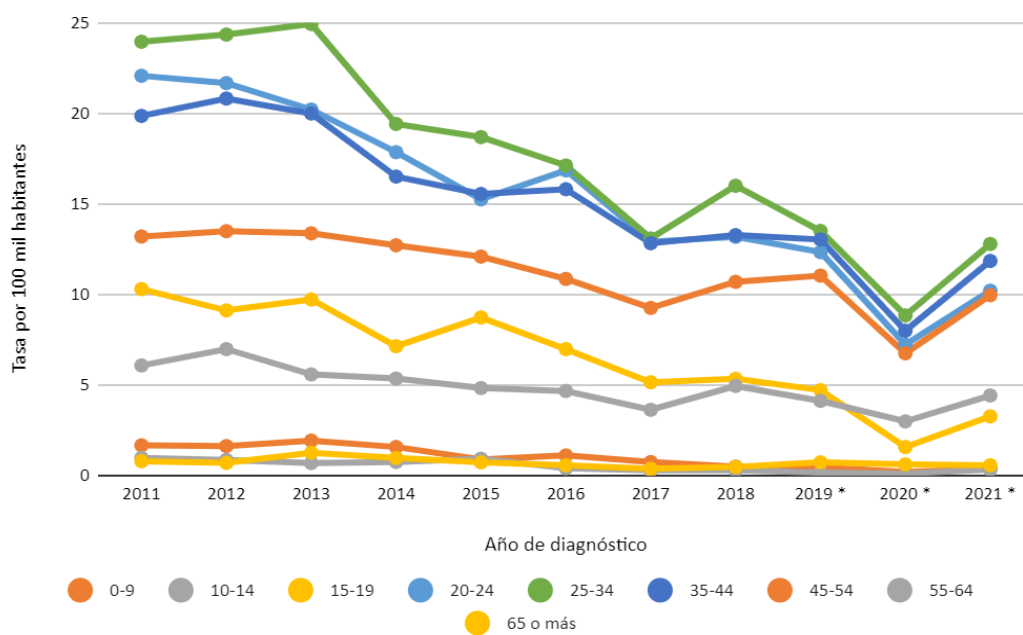
No se observa un aumento de la tasa específica en ningún grupo de edad, que en su gran mayoría están en descenso. Entre los varones, la tasa desciende en los grupos de 20 a 54 años y se mantiene estable entre los de 15 a 19 y entre los de 55 años y más. Entre las mujeres, la tendencia descendente se observa en los grupos de 15 a 45 años y es estable en los intervalos de edad superiores. La tasa del grupo de 0 a 9 años, que mayoritariamente refleja la transmisión vertical, viene descendiendo consistentemente en ambos sexos. No obstante, en 2021 se reportaron 16 diagnósticos en varones y 14 en mujeres menores de diez años. El grupo de 10 a 14 años es el único en el que la tasa en mujeres supera ligeramente a la de varones, 0,3 a 0,2 por cien mil. En el resto de los grupos, salvo en el de 65 años o más, la tasa de varones es entre dos y tres veces mayor a la de mujeres. (Gráfico 2).

Gráfico 2: Evolución de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes según grupo de edad y sexo asignado al nacer. Argentina, 2011-2021.**

Varones



Mujeres



* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

** Las escalas en ambos gráficos son diferentes.

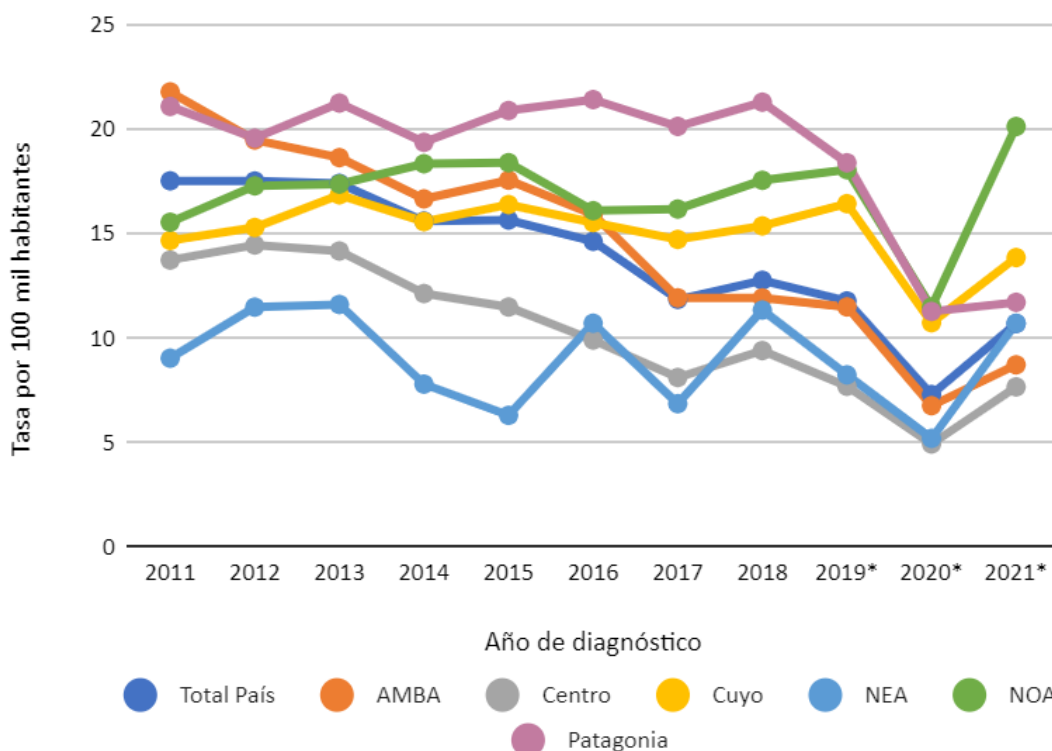
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=66.051.

En cuanto a la distribución geográfica vemos que el AMBA continúa descendiendo lentamente, la región central estabilizó su caída, se aprecia una baja considerable de la tasa en Patagonia y un aumento en NEA y especialmente en el NOA. Así, en 2021 el NOA presenta la tasa de diagnósticos de VIH más alta del país, 20,1 por cien mil, valor que duplica la tasa nacional. Sorprendentemente, AMBA y Centro tienen los valores más bajos, lo que puede estar relacionado más con un subregistro que con una caída real de los diagnósticos. Esta situación se debe cotejar con otras fuentes de datos.

Dentro de cada región se aprecian diferencias entre las provincias (Ver tablas anexas). Las tasas muestran una importante caída en CABA entre 2016 y 2021, de 35,0 a 15,6 casos por cien mil habitantes. La provincia de Buenos Aires también marca un descenso, aunque no tan pronunciado. Córdoba presenta una caída importante entre 2016 y 2020, pero en 2021 subió a valores semejantes a los de 2016. Salvo en Tucumán y Santiago del Estero, que presentan valores estables, en el resto de las jurisdicciones del NOA, las tasas aumentan. La Rioja y Catamarca igualaron a Tucumán, con valores cercanos a 15 por cien mil, mientras que Salta alcanzó en 2021 un valor de 28,1 y Jujuy, de 40,4. En el NEA, se aprecian valores estables en Formosa y un aumento en el resto de las provincias, tras una caída en 2019 y 2020. La tendencia es inversa a la de Misiones. En Cuyo, las tasas muestran pocos cambios en los últimos años; las tres provincias que conforman la región se ubican en valores de entre 10 y 15 por cien mil y con tendencias homogéneas. Finalmente, las tasas de las provincias patagónicas están a la baja, especialmente en Tierra del Fuego y Santa Cruz (Gráfico 3).²⁰

²⁰ El AMBA comprende la ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires; la región Centro está conformada por el resto de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos; el NOA, por Catamarca, Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero y La Rioja; el NEA, por Formosa, Misiones, Chaco y Corrientes; Cuyo, por San Juan, San Luis y Mendoza; Patagonia, por Neuquén, La Pampa, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Gráfico 3: Evolución de las tasas de VIH por 100 mil habitantes según región de residencia. Argentina, 2011-2021*



* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

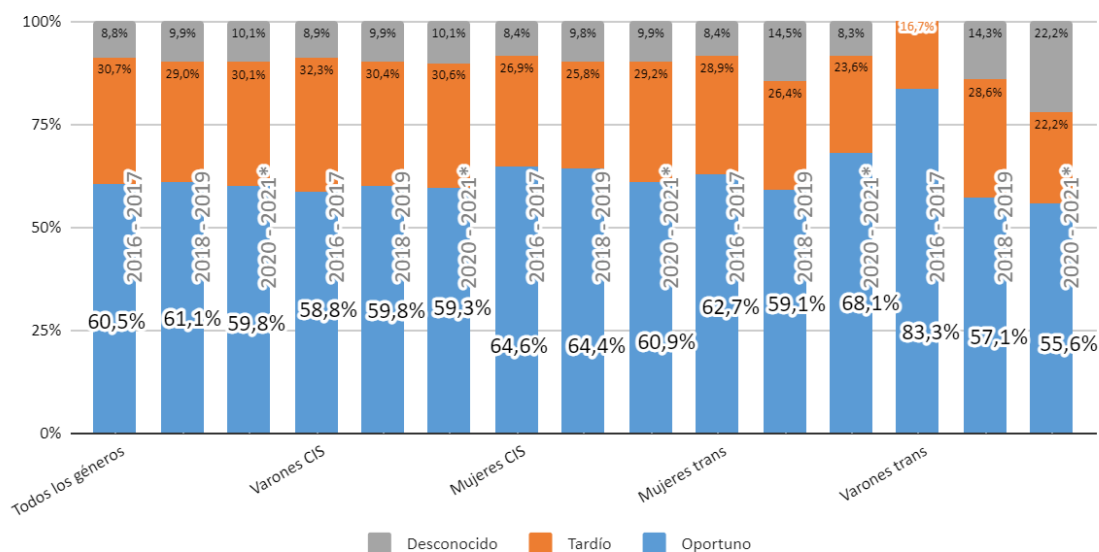
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=66.051.

OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

Uno de los principales indicadores para medir el progreso de la respuesta nacional al VIH es la oportunidad del diagnóstico. En Argentina se considera diagnóstico oportuno a aquel que ocurre durante el síndrome retroviral agudo o en etapa asintomática con un conteo de CD4 de 200 o más. A la inversa, cualquier diagnóstico en etapa sida o sintomática sin criterio de sida y/o un CD4 menor a 200 células/mm³ (salvo en los casos de síndrome retroviral agudo), se considera como tardío. Para realizar el análisis, se excluyen los casos reportados por laboratorios que no cuentan con información clínica posterior.

En el bienio 2020-2021, el 30,1% de las personas fueron diagnosticadas tardíamente, lo que refleja que no se produjeron cambios significativos en los últimos años (Gráfico 4). En el análisis por género, se aprecia que el diagnóstico tardío afectó al 30,6% de los varones cis, al 29,2% de las mujeres cis, 23,6% de las mujeres trans y al 22,2% de los varones trans.

Gráfico 4: Evolución bienal del diagnóstico tardío de VIH total y según género. Argentina, 2016-2021.



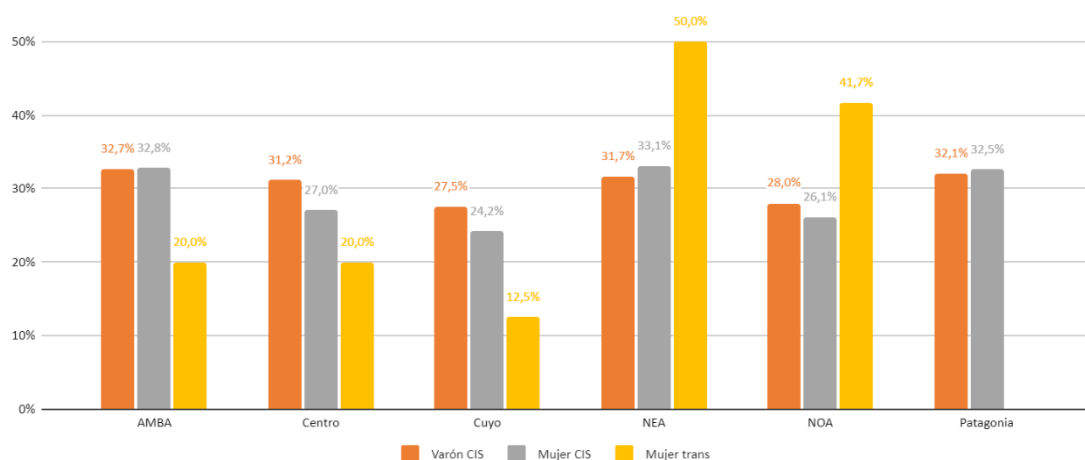
* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=26.590.

No se observa diferencias importantes entre los varones cis y las mujeres cis dentro de cada región, aunque sí entre estos dos grupos y las mujeres trans. Por ejemplo, las mujeres trans están más de diez puntos porcentuales por debajo de los otros dos grupos en el AMBA y casi diecisiete por ciento más arriba en el NEA. Las diferencias entre varones cis y mujeres cis son casi inexistentes en AMBA, NOA y Patagonia, y menores al cuatro por ciento en el resto de las regiones.

En AMBA, NEA y Patagonia, casi un tercio de las personas fueron diagnosticadas tardíamente; sobresale en NEA y NOA la alta proporción de mujeres trans afectadas por esa situación (50 y 41,7%, respectivamente). Salvo en las mujeres cis del NEA, entre quienes el diagnóstico tardío pasó del 28% al 33%, al comparar los bienios 2016-2017 y 2020-2021, la evolución de este indicador no muestra cambios significativos entre varones cis y mujeres cis del resto del país. Sin embargo, se observan variaciones en la situación de las mujeres trans según la región de residencia (Gráfico 5).

Gráfico 5: Proporción de personas con diagnóstico tardío según región y género. Argentina, 2020-2021*.



* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

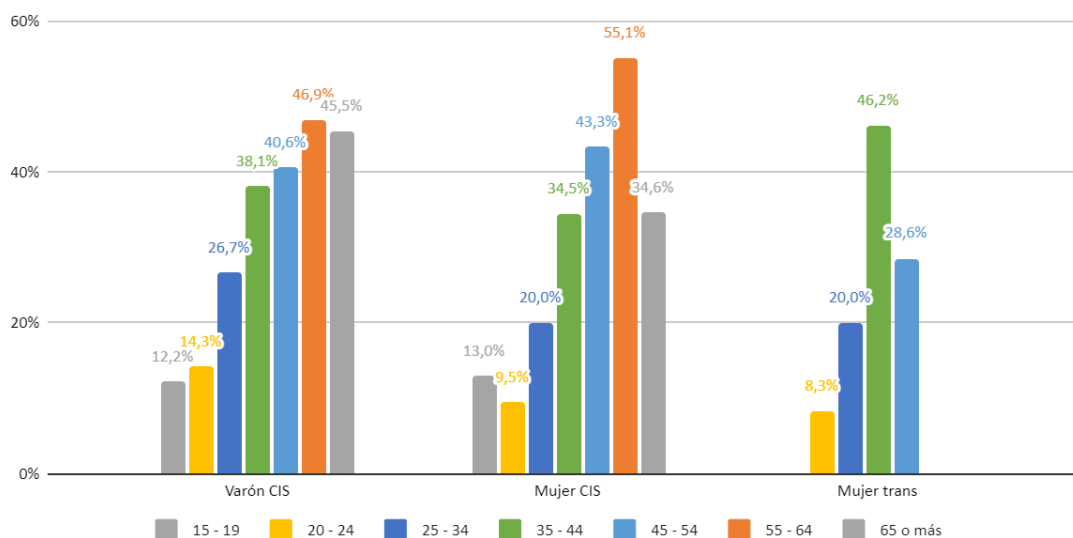
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=5.982.

En términos generales, el diagnóstico tardío aumenta según lo hace la edad (Gráfico 6). Mientras que solo el 12% de los varones cis de 15 a 19 años tienen ese tipo de diagnóstico, alcanza casi al 47% de los de 55 a 64 años. Entre las mujeres cis, afecta al 13% de las de 15 a 19 años y al 9,5% de las de 20 a 24, pero trepa al 55% entre las de 55 a 64 años. Entre las mujeres trans, solo afecta al 8,3% de las de 20 a 24, pero al 46,2% de las de 35 a 44 años. No se incluye en el gráfico a la única mujer trans del grupo de 55 a 64 años que tuvo diagnóstico tardío.

El mismo gráfico deja ver que de los 45 a los 64 años, las proporciones de diagnóstico tardío son mayores entre las mujeres cis que entre los varones cis.

Entre los varones cis mejora ligeramente la situación en los grupos de menor y de mayor edad, pero permanecen parejos en los intervalos intermedios. Entre las mujeres, el indicador sólo mejora de un bienio al siguiente en los grupos de 20 a 24 años y de 65 y más, permanece igual en el de 25 a 34 y en el resto de los grupos la proporción de diagnóstico tardío aumenta.

Gráfico 6: Proporción de personas con diagnóstico tardío de VIH según género y grupo de edad. Argentina, 2020-2021*.



* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines. No se incluye una mujer trans del grupo 55 a 64 años que tuvo diagnóstico tardío.

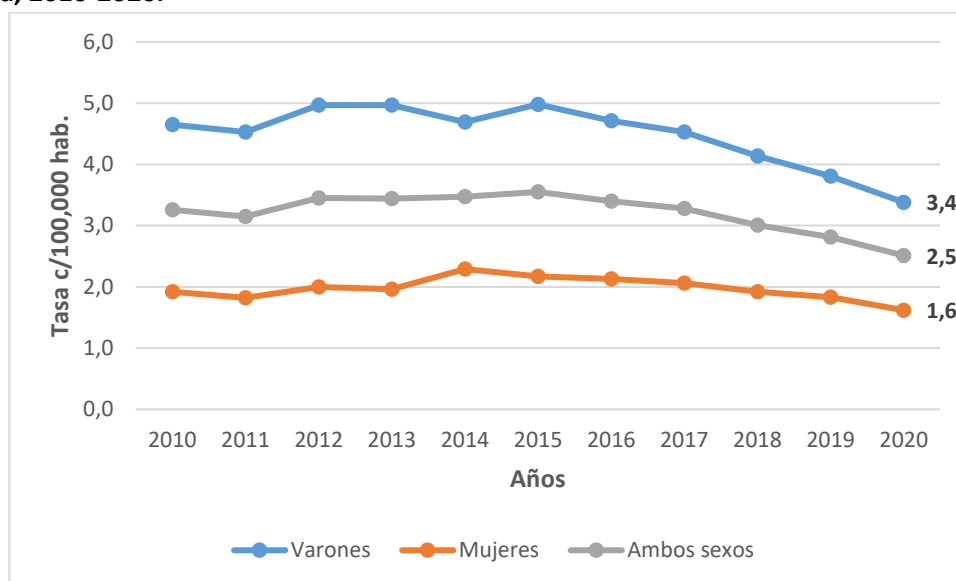
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=5.938.

MORTALIDAD POR SIDA

El estudio de las tasas de mortalidad permite identificar no solamente el impacto de la pandemia a nivel poblacional, sino también planificar políticas de gestión y evaluar la respuesta del sistema sanitario, sobre todo teniendo en cuenta que existen actualmente recursos de diagnóstico y tratamiento que permitirían poner fin a la epidemia.

Durante 2020, se produjeron 1.139 muertes por sida en Argentina, lo que arroja una tasa de 2,51 casos cada cien mil habitantes (Gráfico 7). Se registraron 374 fallecimientos de mujeres (33%), 753 de varones (66%) y en 12 casos no se consigna información sobre el sexo. Así, la tasa de mortalidad por sida en mujeres en 2020 fue de 1,62 casos cada cien mil habitantes y en los varones, de 3,38.

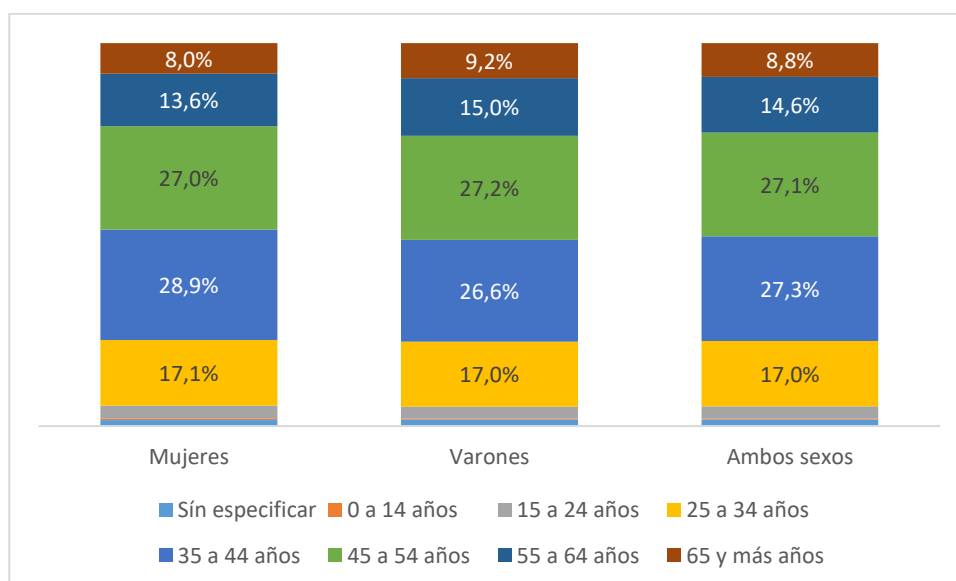
Gráfico 7: Evolución de las tasas de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes según sexo. Argentina, 2010-2020.



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

La distribución etaria de las muertes por sida en 2020 arroja proporciones similares al año previo. La mayor concentración de fallecimientos se encuentra en adultos. El grupo de 35 a 44 años es el más afectado, con el 27,3% de las muertes, inmediatamente seguido por el grupo de 45 a 54 años, con el 27,1%. Es destacable el hecho de que no hay grandes diferencias en la distribución etaria de varones y mujeres (Gráfico 8).

Gráfico 8: Distribución porcentual de muertes por sida por grupos de edad según sexo. Argentina, 2020.



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

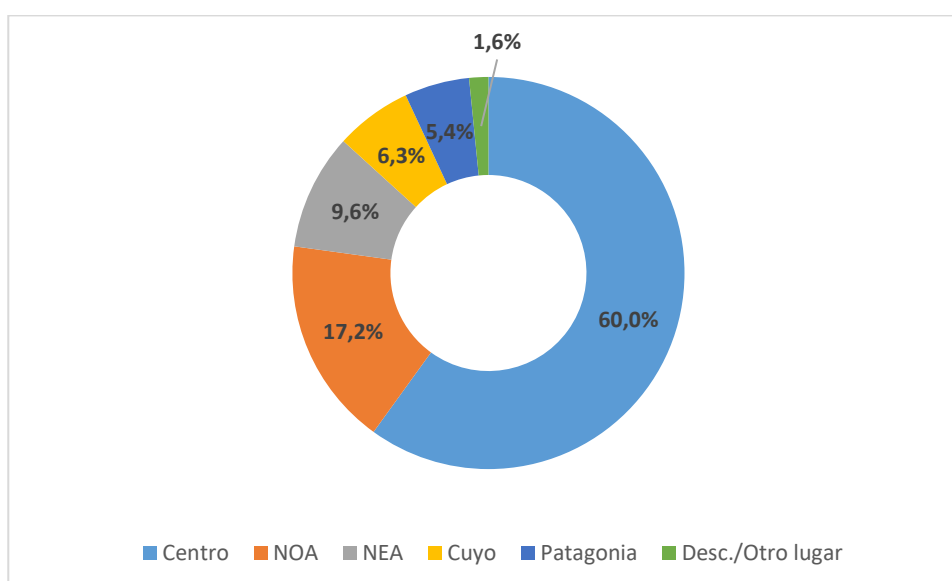
Durante 2020, fallecieron 11 personas de 19 años o menos, 9 de las cuales eran adolescentes de 10 a 19 años. En el intervalo de 20 a 24 se registraron 28 defunciones. Si analizamos la evolución de las tasas por grupo etario y sexo, se observa la caída año a año y más notablemente en los grupos que concentran mayor cantidad de fallecimientos. Así se puede ver que la tasa de mortalidad en mujeres de 35 a 44 años va de 5,9 casos cada cien mil habitantes en 2015 a 3,4 en 2020; algo similar ocurre con el grupo de 45 a 54 años, que pasó de 5,5 al inicio de la serie a 4 decesos cada cien mil habitantes. En los varones, el mayor descenso de tasas también se da en estos grupos: el de 45 a 54 años registra la mayor caída, pasando de 14,4 a 8,5 fallecimientos cada cien mil habitantes en el período, y en el de 34 a 45 años la baja es de 11,6 a 6,5 fallecimientos cada cien mil habitantes.

En cuanto a la distribución geográfica de las personas fallecidas por sida durante 2020, el mayor volumen se registró en la región central (AMBA incluida) y alcanzó el 60%; le siguen el NOA, con el 17,2%; el NEA, con 9,6%; Cuyo, con 6,3%; y por último la Patagonia, con el 5,4% sobre el total de los casos (Gráfico 9).

En la provincia de Buenos Aires se registraron 475 muertes por sida durante 2020, que equivalen al 41% del total, siendo la jurisdicción que concentra el mayor porcentaje de fallecimientos. Muy por detrás se encuentran CABA (77), la provincia de Salta (72) y Córdoba

(55). Las provincias con menos registros fueron La Pampa (3), Santa Cruz (4), Tierra del Fuego (5) y La Rioja (6).

Gráfico 9: Distribución porcentual de las muertes por sida según región de residencia. Argentina, 2020.



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 1: Resumen de indicadores por indicadores básicos de VIH por provincias – Ambos sexos.

	Población 2021 (1)		Nuevos casos 2021 (2)		Tasa de VIH C/100.000 habitantes (2021)2	Porcentajes de diagnósticos tardíos 2020-2021(2-3)	Tasa de mortalidad por sida C/100.000 habitantes 2020 (4-5)
	Población	% sobre el total del país	Nuevos casos	% sobre el total del país			
Total País	45.808.747	100,0%	4.899	100,0%	10,7	30,1%	2,5
AMBA	14.462.373	31,6%	1.261	25,7%	8,7	32,4%	2,4
Centro	15.086.222	32,9%	1.156	23,6%	7,7	29,8%	
CUYO	3.314.462	7,2%	459	9,4%	13,8	26,6%	1,9
NEA	4.231.578	9,2%	453	9,2%	10,7	32,4%	2,6
NOA	5.741.571	12,5%	1.155	23,6%	20,1	27,6%	3,4
PATAGONIA	2.972.541	6,5%	348	7,1%	11,7	32,0%	2,1
Buenos Aires	17.709.598	38,7%	1028	21,0%	5,8	32,4%	2,7
24 partidos GBA	11.383.537	24,9%	781	15,9%	6,9	34,1%	
Resto de Buenos Aires	6.326.061	13,8%	247	5,0%	3,9	27,8%	
CABA	3.078.836	6,7%	480	9,8%	15,6	29,9%	2,5
Catamarca	418.991	0,9%	68	1,4%	16,2	38,4%	2,2
Chaco	1.216.247	2,7%	100	2,0%	8,2	31,4%	1,3
Chubut	629.181	1,4%	90	1,8%	14,3	22,8%	3,6
Córdoba	3.798.261	8,3%	582	11,9%	15,3	33,1%	1,5
Corrientes	1.130.320	2,5%	101	2,1%	8,9	30,7%	3,7
Entre Ríos	1.398.510	3,1%	101	2,1%	7,2	38,8%	2,2
Formosa	610.019	1,3%	85	1,7%	13,9	30,4%	2,5
Jujuy	779.212	1,7%	315	6,4%	40,4	16,7%	7,0
La Pampa	361.394	0,8%	49	1,0%	13,6	38,8%	0,8
La Rioja	398.648	0,9%	56	1,1%	14,0	35,3%	1,5
Mendoza	2.010.363	4,4%	311	6,3%	15,5	28,3%	2,3
Misiones	1.274.992	2,8%	167	3,4%	13,1	34,0%	2,9
Neuquén	672.461	1,5%	72	1,5%	10,7	33,3%	2,0
Río Negro	757.052	1,7%	69	1,4%	9,1	31,4%	1,9
Salta	1.441.988	3,1%	405	8,3%	28,1	21,5%	5,0
San Juan	789.489	1,7%	98	2,0%	12,4	31,0%	1,8
San Luis	514.610	1,1%	50	1,0%	9,7	1,7%	2,6
Santa Cruz	374.756	0,8%	42	0,9%	11,2	36,1%	1,1
Santa Fe	3.563.390	7,8%	245	5,0%	6,9	18,1%	1,3
Santiago del Estero	988.245	2,2%	25	0,5%	2,5	34,1%	2,9
Tierra del Fuego	177.697	0,4%	26	0,5%	14,6	40,4%	2,9
Tucumán	1.714.487	3,7%	286	5,8%	16,7	36,0%	1,5
Desconocido/Otro			48	1,0%		22,0%	

1 Fuente: proyecciones poblacionales INDEC

2 Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

3 Incluye mujeres trans y varones trans.

4 Fuente: DEIS (Dirección de Estadística e Información en salud)

5 Dentro de la región Centro se incluye la región del AMBA

Nota: Información disponible a septiembre de 2022, cada año se ajustan los valores por retraso en la notificación.

Tabla 2: Resumen de indicadores por indicadores básicos de VIH por provincias – Varones.

	Población 2021(1)		Nuevos casos 2021 (2)		Tasa de VIH C/100.000 habitantes 2021 (2)	Porcentajes de diagnósticos tardíos 2020-2021 (2)	Tasa de mortalidad por sida C/100.000 habitantes 2020 (3-4)
	Población	% sobre el total del país	Nuevos casos	% sobre el total del país			
Total País	22.492.818	100,0%	3.451	100,0%	15,3	30,6%	3,4
AMBA	7.030.183	31,3%	904	26,2%	12,9	32,7%	3,0
Centro	7.393.701	32,9%	796	23,1%	10,8	31,2%	
CUYO	1.636.338	7,3%	337	9,8%	20,6	27,5%	2,4
NEA	2.097.918	9,3%	311	9,0%	14,8	31,7%	3,3
NOA	2.845.336	12,6%	791	22,9%	27,8	28,0%	4,9
PATAGONIA	1.489.342	6,6%	256	7,4%	17,2	32,1%	3,0
Buenos Aires	8.693.385	38,6%	695	20,1%	8,0	32,6%	3,5
24 partidos GBA	5.582.688	24,8%	518	15,0%	9,3	34,5%	
Resto de Buenos Aires	3.110.697	13,8%	177	5,1%	5,7	27,6%	
CABA	1.447.495	6,4%	386	11,2%	26,7	30,4%	3,5
Catamarca	209.737	0,9%	41	1,2%	19,5	42,9%	3,4
Chaco	600.052	2,7%	74	2,1%	12,3	27,4%	1,9
Chubut	315.365	1,4%	69	2,0%	21,9	22,7%	6,4
Córdoba	1.858.896	8,3%	415	12,0%	22,3	29,9%	1,9
Corrientes	557.787	2,5%	69	2,0%	12,4	33,2%	4,9
Entre Ríos	687.159	3,1%	66	1,9%	9,6	41,0%	3,7
Formosa	303.560	1,3%	60	1,7%	19,8	34,4%	3
Jujuy	385.072	1,7%	218	6,3%	56,6	18,2%	10,8
La Pampa	179.244	0,8%	31	0,9%	17,3	37,3%	1,1
La Rioja	198.459	0,9%	33	1,0%	16,6	36,4%	1,5
Mendoza	989.400	4,4%	239	6,9%	24,2	28,5%	3,1
Misiones	636.519	2,8%	108	3,1%	17,0	34,0%	3,7
Neuquén	334.174	1,5%	55	1,6%	16,5	35,0%	2,1
Río Negro	377.510	1,7%	53	1,5%	14,0	34,7%	2,4
Salta	713.474	3,2%	270	7,8%	37,8	21,1%	6,7
San Juan	391.627	1,7%	66	1,9%	16,9	34,3%	2,6
San Luis	255.311	1,1%	32	0,9%	12,5	2,4%	2,4
Santa Cruz	192.484	0,9%	29	0,8%	15,1	31,8%	1,6
Santa Fe	1.736.949	7,7%	157	4,5%	9,0	20,2%	1,5
Santiago del Estero	491.775	2,2%	18	0,5%	3,7	18,5%	3,7
Tierra del Fuego	90.565	0,4%	19	0,6%	21,0	39,0%	3,4
Tucumán	846.819	3,8%	211	6,1%	24,9	37,7%	2,9
Desconocido/Otro			37	1,1%		22,0%	

1 Fuente: proyecciones poblacionales INDEC

2 Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

3 Fuente: DEIS (Dirección de Estadística e Información en salud)

4 Dentro de la región Centro se incluye la región del AMBA

Nota: Información disponible a septiembre de 2022, cada año se ajustan los valores por retraso en la notificación.

Tabla 3: Resumen de indicadores por indicadores básicos de VIH por provincias – Mujeres.

	Población 2021(1)		Nuevos casos 20212		Tasa de VIH C/100.000 habitantes 2021 (2)	Porcentajes de diagnósticos tardíos 2020-2021(2)	Tasa de mortalidad por sida C/100.000 habitantes 2020 (3-4)
	Población	% sobre el total del país	Nuevos casos	% sobre el total del país			
Total País	23.315.929	100,0%	1.443	100,0%	6,2	29,2%	1,6
AMBA	7.432.190	31,9%	356	24,7%	4,8	32,8%	1,5
Centro	7.692.521	33,0%	360	24,9%	4,7	27,0%	
CUYO	1.678.124	7,2%	120	8,3%	7,2	24,2%	1,4
NEA	2.133.660	9,2%	142	9,8%	6,7	33,1%	1,8
NOA	2.896.235	12,4%	362	25,1%	12,5	26,1%	1,9
PATAGONIA	1.483.199	6,4%	92	6,4%	6,2	32,5%	1,1
Buenos Aires	9.016.213	38,7%	332	23,0%	3,7	32,2%	1,8
24 partidos GBA	5.800.849	24,9%	262	18,2%	4,5	33,9%	
Resto de Buenos Aires	3.215.364	13,8%	70	4,9%	2,2	27,4%	
CABA	1.631.341	7,0%	94	6,5%	5,8	29,8%	1,7
Catamarca	209.254	0,9%	27	1,9%	12,9	31,8%	1,0
Chaco	616.195	2,6%	26	1,8%	4,2	42,3%	0,8
Chubut	313.816	1,3%	21	1,5%	6,7	24,3%	0,6
Córdoba	1.939.365	8,3%	167	11,6%	8,6	40,5%	1
Corrientes	572.533	2,5%	32	2,2%	5,6	26,6%	2,5
Entre Ríos	711.351	3,1%	35	2,4%	4,9	34,8%	0,7
Formosa	306.459	1,3%	25	1,7%	8,2	21,4%	2,0
Jujuy	394.140	1,7%	95	6,6%	24,1	12,5%	3,3
La Pampa	182.150	0,8%	18	1,2%	9,9	41,4%	0,6
La Rioja	200.189	0,9%	23	1,6%	11,5	33,3%	1,5
Mendoza	1.020.963	4,4%	71	4,9%	7,0	27,6%	1,5
Misiones	638.473	2,7%	59	4,1%	9,2	32,7%	2,2
Neuquén	338.287	1,5%	17	1,2%	5,0	29,3%	1,8
Río Negro	379.542	1,6%	16	1,1%	4,2	24,1%	1,3
Salta	728.514	3,1%	135	9,4%	18,5	21,0%	3,3
San Juan	397.862	1,7%	32	2,2%	8,0	25,0%	1,0
San Luis	259.299	1,1%	17	1,2%	6,6	0,0%	2,7
Santa Cruz	182.272	0,8%	13	0,9%	7,1	47,1%	0,6
Santa Fe	1.826.441	7,8%	88	6,1%	4,8	11,8%	1,1
Santiago del Estero	496.470	2,1%	7	0,5%	1,4	58,8%	2,0
Tierra del Fuego	87.132	0,4%	7	0,5%	8,0	43,8%	2,4
Tucumán	867.668	3,7%	75	5,2%	8,6	31,1%	0,2
Desconocido/Otro			11	0,8%		25,0%	

1 Fuente: proyecciones poblacionales INDEC

2 Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

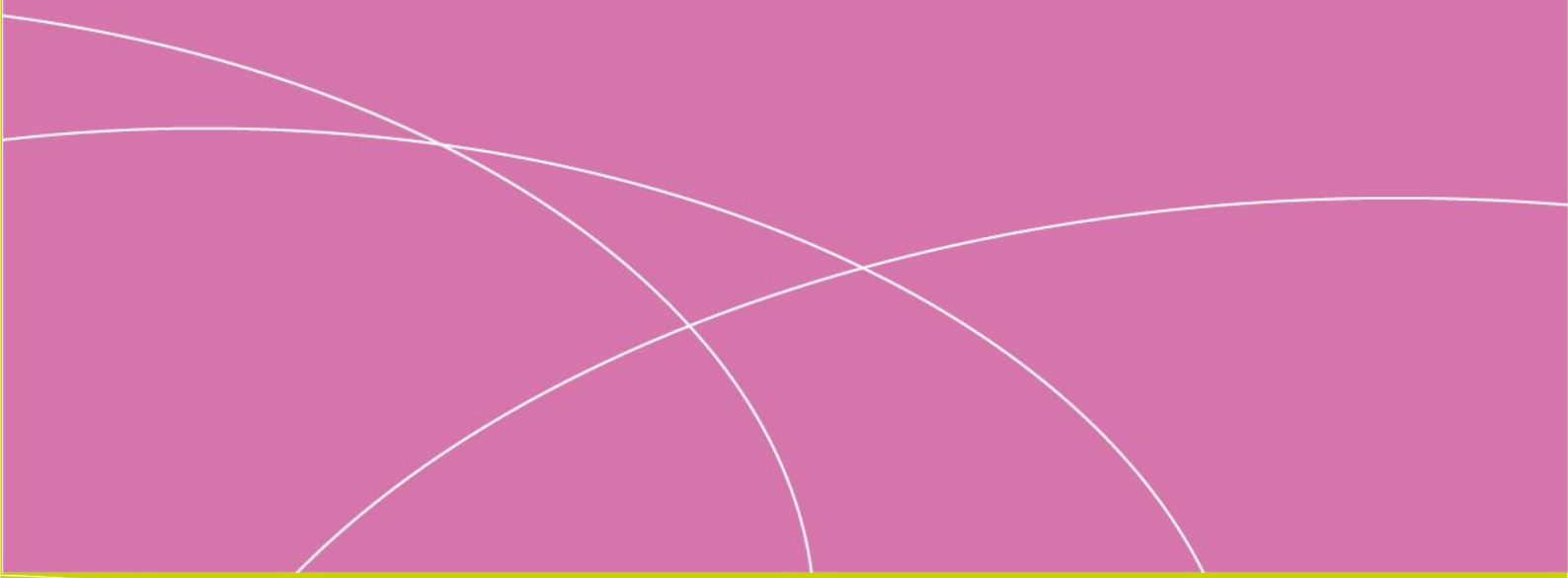
3 Fuente: DEIS (Dirección de Estadística e Información en salud)

4 Dentro de la región Centro se incluye la región del AMBA

Nota: Información disponible a septiembre de 2022, cada año se ajustan los valores por retraso en la notificación.

**ALERTAS
EPIDEMOLÓGICAS
INTERNACIONALES**

**HERRAMIENTAS
PARA LA
VIGILANCIA**



RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE CANDIDA AURIS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

El día 11/02 de 2021, frente a los comunicados de Brasil, México y Perú referidos a la alerta epidemiológica por la emergencia de *Candida auris*, el Laboratorio Nacional de Referencia en Micología Clínica, Departamento Micología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) “Dr. Carlos G Malbrán”, ANLIS, había informado a los laboratorios de micología sobre las circunstancias en las que deben derivarse muestras en el marco de la vigilancia de *C.auris* (<https://www.argentina.gob.ar/noticias/consideraciones-del-laboratorio-nacional-de-referencia-en-micologia-clinica-de-argentina>).

El 28 de octubre de 2022 el LNR informó a la Dirección de Epidemiología la detección de *C. auris* en dos aislados provenientes de pacientes internados en una misma clínica de la Ciudad de Buenos Aires, uno de los cuales había sido derivado desde el extranjero el 2/10 a dicho establecimiento.

El 30/10 el Ministerio de Salud de la Nación lo informa a través del [Boletín epidemiológico nacional N 624 SE42 | 2022](#) el *Reporte de 2 casos de Candida auris en institucion de salud. Primeros casos en Argentina*. En el siguiente [Boletín epidemiológico nacional N 625 SE 43 | 2022](#) el Departamento Micología -Laboratorio Nacional de Referencia en Micología Clínica (LNRM)- del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas -ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” informó que los dos aislados de *Candida auris* correspondientes al brote fueron clasificados como pertenecientes al Clado III utilizando la técnica de Tipificación Multilocus de Secuencias (MLST en sus siglas en inglés) y el análisis filogenético del genoma total. El análisis bioinformático indica una alta relación clonal de los genomas secuenciados, lo cual sugiere que ambas muestras pertenecerían a una misma cadena de transmisión. Ambos aislados poseen valores de CIM elevados para las tres clases de antifúngicos de uso clínico (azoles, polienos y equinocandinas).

EL 30/11 el Ministerio de Salud de la Nación publica las Recomendaciones para la prevención y control de *Candida auris* en establecimientos de salud, disponibles en el siguiente enlace:

Recomendaciones para la prevención y control de *Candida auris* en establecimientos de salud

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-prevencion-y-control-de-candida-auris-en-establecimientos-de-salud>

RESOLUCIÓN 2827/2022: ACTUALIZACIÓN DE LAS NORMAS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

A través de la [Resolución 2827/2022](#) publicada en el [Boletín Oficial](#) del 16 de noviembre de 2022 se actualiza la **nómina de eventos de notificación obligatoria** y se aprueba el **Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria**. Así mismo, la norma establece al SNVS^{2.0} como el sistema oficial de información para el registro de los eventos de notificación obligatoria y define los alcances de la obligación de notificar, incluyendo a los profesionales asistenciales, autoridades de establecimientos y jurisdiccionales.

Además, faculta a la actualización periódica del manual de normas de forma total o parcial debiendo publicarse la última actualización en la página web del Ministerio de Salud de la Nación (cuya actualización vigente se encuentra [disponible aquí](#)).

Asigna a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación las funciones de gestión y coordinación técnico-epidemiológica, a nivel nacional, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y la gestión y coordinación de las distintas estrategias de vigilancia epidemiológica de eventos de importancia para la salud pública.

La actualización de las normas de vigilancia y control luego de 15 años (la última actualización oficial se había hecho a través de la Res.1715 de 2007) es el resultado de un trabajo conjunto de las direcciones de Epidemiología y referentes de Vigilancia nacional y jurisdiccionales, los Laboratorios Nacionales de Referencia y las redes jurisdiccionales de laboratorios, los Programas de Prevención y Control y las Áreas y Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación involucradas.

Listado de eventos de notificación obligatoria:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/listado-de-eventos-de-notificacion-obligatoria>

Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria – Actualización 2022:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>

MÁS HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA

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

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

*primero
la gente*



Ministerio de Salud
Argentina